

DEPRESSIONENS LIDANDE

Patientens upplevelse av lidande och lindrat lidande

FÖRFATTARE	Ulrika Le Hir Ann Lundmark
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 poäng Omvårdnad – Eget arbete VT 2008
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Bodil Augustsson
EXAMINATOR	Anna Forsberg

Titel (svensk):	Depressionens Lidande - Patientens upplevelse av lidande och lindrat lidande
Titel (engelsk):	The suffering from depression - Patient's experiences from suffering and relieved suffering
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå I
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 poäng/ Omvårdnad - Eget arbete/OM2240/SPN9
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	22 sidor
Författare:	Ulrika Le Hir Ann Lundmark
Handledare:	Bodil Augustsson
Examinator:	Anna Forsberg

SAMMANFATTNING

Depression är ett av Sveriges största folkhälsoproblem och beskrivs som ett stort psykiskt lidande. Att lindra lidande är ett av sjuksköterskans grundläggande ansvarsområden. Syftet med detta fördjupningsarbete i omvårdnad var att få fördjupad förståelse för hur patienter med depression upplever lidande och hur sjuksköterskan kan lindra lidandet. Katie Eriksson beskriver tre kategorier av lidande i vården: sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Resultatet är byggt på vetenskapliga artiklar som söktes manuellt och i databaserna CINAHL och PsycINFO och tolkades utifrån Erikssons lidandekategorier. I sjukdomslidandet var fysisk smärta och skuld- och skamkänslor dominerande. Ouppfyllda förväntningar på sjuksköterskans närvaro karaktäriserade vårdlidandet. Livslidandet präglade patienternas hela liv och flera identifierade sig med depressionen och såg ingen möjlighet att separera sig ifrån den. I diskussionen tolkades lindrat lidande utifrån Erikssons teori om lidandets drama vilket medförde en fördjupad förståelse för hur sjuksköterskan kan lindra lidandet. Tolkningen visade att patienterna önskade att sjuksköterskan skulle agera aktivt genom främst bekräftelse och närvaro. Försoningen med lidandet visade sig vara en i huvudsak personlig process där sjuksköterskans närvaro inte var lika påtaglig. Vår slutsats är att teorin om lidande är användbar i omvårdnad av patienter med depression och kan underlätta i sjuksköterskans förståelse för patientens lidande.

Tack!

Vi vill tacka vår handledare Bodil Augustsson för all hjälp och stöttning under arbetets gång. Tack för att du alltid varit positiv, engagerad och trott på oss. Tack också till våra underbara söner, Neo och Cornelius, som gett oss perspektiv på tillvaron under skrivandet!

INNEHÅLL	Sid
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Lidande	1
Lidande i vården	2
Lidandets drama	2
Depression	3
Symtom och diagnostisering	3
Orsaker	4
Behandling	5
Omvårdnad	5
SYFTE	6
METOD	6
RESULTAT	8
Sjukdomslidande	8
Lindrat sjukdomslidande	9
Vårdlidande	10
Lindrat vårdlidande	11
Livslidande	12
Lindrat livslidande	13
DISKUSSION	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	16
Sjukdomslidande	16
Vårdlidande	17
Livslidande	17
Lidandets drama	18
Slutsats och reflektion	19
REFERENSER	20
BILAGOR	
1. ICD-10	1
2. DSM-IV	1
3. ARTIKELPRESENTATION	1

INLEDNING

Att lindra lidande är ett av sjuksköterskans grundläggande ansvarsområden (1). Som blivande sjuksköterskor kommer vi varje dag att möta människor som lider av olika anledningar och på olika sätt. Idag anses psykisk ohälsa vara ett av Sveriges största folkhälsoproblem och mellan 20 till 40 procent av befolkningen är drabbade (2). Psykisk ohälsa, psykiska problem, psykisk störning, psykisk sjukdom eller psykiska funktionshinder - begreppen är många, men gemensamt är att de alla används för att beskriva ett psykiskt lidande.

Depression och hjärt- och kärlsjukdomar är, enligt World Health Organization (WHO), de två största folkhälsoproblemen världen står inför under 2000-talet (3). Det svenska samhällets kostnader för depression har mer än fördubblats de sista nio åren. Den största delen av pengarna går till sjukskrivningar och sjuk- och aktivitetsersättningar (4).

I möten med patienter inom både primär- och sjukhusvård har vi reagerat på att patienternas medicinlistor ofta innehåller antidepressiva läkemedel. Patienten har vårdats för någon annan sjukdom och depressionen är bara något som vi kunnat läsa oss till i journalanteckningen. Detta väcker givetvis frågor om hur depressionen påverkar patienten. Det finns mycket litteratur om symtom och behandling vid depression, men vi saknar patienters egna beskrivningar av sina upplevelser. Vi saknar också kunskap om omvårdnadshandlingar riktade till deprimerade patienter. Enligt Skärsäter (5) är depression en helkroppssjukdom som påverkar både den fysiska kroppen och patientens känslor, tankar och uppträdande. För att möjliggöra omvårdnad som ser till hela människan är kunskap om patientens egna unika upplevelse av sin situation nödvändig för sjuksköterskan.

BAKGRUND

I bakgrundskapitlet presenteras Katie Erikssons teori om lidande. Vi kommer även att ge en bakgrund till sjukdomen depression och avslutningsvis ge en bild av forskningsläget i omvårdnadsämnet när det gäller depressioner.

I följande teoridel använder vi oss av begreppen människa och patient som synonymer, eftersom teorin är en allmänmänsklig teori om människans livsvillkor. Vi skriver om människa och patient som hon p. g. a. att depression är en vanligare sjukdom bland kvinnor. Vi använder vårdpersonal, sjuksköterskor och blivande sjuksköterskor som likvärdiga begrepp.

Lidande

Eriksson (6) beskriver patienten som den lidande människan. Vårt svenska ord patient kommer från latinets *patiens* som betyder lidande, tålig (7). Idag används sällan lidandet som begrepp, men fortfarande är det en del av människans verklighet. När människan saknar ord för sitt lidande uttrycker hon istället lidandet med symboler som vårdpersonalen måste vara lyhörda för. Lidandet är alltid en kamp som människan väljer att antingen kämpa eller ge upp. I litteraturen har lidandet ofta beskrivits som en källa till kraft som kan leda människan framåt. Lidandet är en del av livet för alla människor, men det finns ett särskilt lidande i vården. Eriksson (6) menar att vårdvetenskapens viktigaste område är frågan om hur detta lidande kan lindras.

Lidande i vården

Eriksson (6) talar om tre olika former av lidande inom vården: sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande.

Sjukdomslidande är det lidande som patienten upplever i relation till sin sjukdom och den behandling hon får. Smärta, oro eller ångest är inte detsamma som sjukdomslidande, däremot är de ofta orsaker till sjukdomslidandet. Kroppslig smärta är en vanlig orsak till sjukdomslidande och kan uppta all patientens kraft. Sjukdom och behandling kan även innebära att patienten upplever ett emotionellt sjukdomslidande p. g. a. av förluster av egna förmågor eller förluster som påverkar hennes upplevelse av sitt fulla värde som människa. Emotionellt sjukdomslidande kan även vara att patienten upplever skuld, skam och förnedring i samband med sin sjukdom (6, 8).

Vårdlidande innebär vård på ett ickevärdigt sätt och kan sammanfattas i fyra kategorier: kränkning av patientens värdighet, fördömelse och straff, maktutövning samt utebliven vård. Vårdlidandet har inget samband med själva sjukdomen. Kränkning av patientens värdighet innebär alltid ett lidande för patienten och är den vanligaste formen av vårdlidande. Patienten kan känna sig ovärdig på grund av att hon befinner sig i en beroendesituation eller att hon fräntas sitt egenvärde som patient, sin möjlighet att helt och fullt få vara människa. Vårdpersonalen har ofta en uppfattning om vad patienten behöver och hur idealpatienten borde vara och om hon inte uppfyller detta så kan hon få fördömelse och straff. Straff kan innebära utebliven vård eller nonchalering. Patienten kan även uppleva vårdlidande orsakat av maktutövning av vårdpersonalen. Hon kan tvingas att göra saker som hon inte skulle göra av fri vilja. Utebliven vård kan handla om att vårdpersonalen har bristfälliga kunskaper och inte ser vad patienten behöver. Det kan vara slarv eller att den vårdande dimensionen saknas. Det kan också handla om medveten vanvård. Utebliven vård innebär alltid en kränkning av människans värdighet (6).

Livslidande, slutligen, innefattar hela människan och hennes livssituation. Vid sjukdom kan det som varit självklart i livet förändras eller helt tas ifrån människan. Livslidande kan innebära allt ifrån att människan inte fungerar som tidigare i sitt sociala liv, till att bli ett hot mot hela hennes existens (6). Att inte bli sedd, hörd eller förstådd är ett livslidande (8). Att inte få kärlek är kanske en av de allra djupaste formerna av livslidande (6).

Lidandets drama

Den lidande människan lider alltid ett lidandets drama. Lidandets drama uppstår i mötet mellan patient och sjuksköterska. Patienten bär med sig förväntningar in i dramat och för sjuksköterskan innebär lindring att träda in och vara en medaktör. Patienten väljer på vilket sätt hon vill gestalta sitt lidande och får hon en medaktör i dramat kommer det att utvecklas och gå framåt. Är det däremot ingen som uppmärksammar och ser henne kommer patienten att byta skepnad på sitt lidande tills någon ser och vill spela med. Dramat utspelar sig i tre akter (6).

Dramats första akt innebär bekräftelse av lidandet. Att bekräfta innebär för sjuksköterskan att visa att hon ser. För patienten bli bekräftelsen då en tröst - någon vill gå med och vara medaktör. Bekräftelsen kan ske genom ett ord, en blick eller

genom beröring. Med detta förmedlar sjuksköterskan att hon finns i närheten och det innebär en inbjudan till lidandet att ta plats och uppta både tid och rum (6).

För att kunna lida behöver människan tid och rum. Tid och rum för lidandet ges i akt två av lidandets drama. Om inte vårdpersonalen ger lidandet plats, inte ser, bortförklarar, eller hittar enkla lösningar, tar den bort patientens möjlighet till utveckling. Lidandets vara innebär att pendla mellan lidande och lust, hopp och hopplöshet, vilja till ensamhet och vilja till gemenskap. Att känna sig övergiven i sitt lidande kan leda till känslor av hopplöshet och förtvivlan som leder till att nytt liv inte kan skapas (6).

Dramats tredje och sista akt är försoningens skeende, platsen där en ny enhet formas. Försoningen kan komma efter att människan har genomgått en svår kamp med förkrosselse och förödmjukelse, men den kan också komma som en stilla insikt om livets oundvikliga verklighet. Många människor upplever försoningen som att lidandet som varit får en mening. I försoningen skapas något nytt när det gamla införlivas i det nya livet som går vidare. Den försonade människan kan återigen uppleva gemenskap (6).

Depression

För Sveriges befolkning är prevalensen av affektiva syndrom omkring 7 procent hos män och 10 procent hos kvinnor. I affektiva syndrom ingår både mani, depression, dystymi, bipolärt syndrom, cyklotymi och cykloida syndrom. Sjukdomsrisker för att drabbas av affektiva syndrom någon gång under sin livstid är drygt 20 procent hos män och 40 procent hos kvinnor (4). Enligt Skärsäter riskerar varannan kvinna och var fjärde man att drabbas av depression (5). Av de som en gång haft en depression kommer 75-80 procent att insjukna igen (9).

Depression hos äldre är underdiagnostiserat, men beräknas till 15 procent bland de som är över 70 år. Bland äldre som lever ensamma, på sjukhem, åldersdomshem eller geriatriska avdelningar visar 30 till 40 procent tecken på depression (9).

Bland yngre barn är depression ovanligt, 0,2 till 2 procent uppskattas utveckla depression före puberteten. Bland tonåringar bedöms 3 till 4 procent lida av depression och det är tre till fyra gånger vanligare hos flickor (9). Barnens rätt i samhället (BRIS) lyfter fram att den mest märkbara trenden under 2000-talet är ökningen av barn och ungdomar som kontaktar dem på grund av psykisk ohälsa, däribland depression (10).

Symtom och diagnostisering

Att känna sig nedstämd som en reaktion på olika händelser i livet är normalt och ofta behövs ingen professionell hjälp. Gränsen mellan normal nedstämdhet och ett sjukligt depressionstillstånd är inte alltid helt klar (5). Ibland behöver även naturliga och övergående tillstånd vård och behandling för att inte ge bestående symtom (2). En akut sorgereaktion har samma symtom som en egentlig depression, men räknas som normalpsykologisk. Överskrider sorgereaktionen två månader och innebär ett påtagligt lidande övergår den till en egentlig depression (11).

För att få diagnosen egentlig depression krävs att patienten uppfyller vissa kriterier enligt något av de två diagnossystemen International Classification of Diseases (ICD)

(12, bilaga 1) eller Diagnostic and Statistical Manual (DSM) (13, bilaga 2). ICD-10 är standard i Sverige, men DSM-IV är ett mer utarbetat och beskrivande system och används oftare i forskning (11). Enligt DSM-IV måste patienten ha ett av två obligatoriska symtom, antingen nedstämdhet eller minskat intresse och glädje för aktiviteter, samt minst fyra andra symtom under minst två veckors tid (13).

Nedstämdheten kan präglas av irritabilitet och dysfori, men kan också uttryckas i sorgsenhet, uppgivenhet och förtvivlan. Likgiltighet, trötthet, låg självkänsla, känslor av otillräcklighet och ovärdighet, självförebåelser och skuldkänslor, sömn och ätstörningar är andra symtom. Döden kan hos en djupt deprimerad person både ses som ett straff och en befrielse och kan resultera i suicidhandlingar (4). Eftersom depressionen kan ha så olika ansikten är det oerhört viktigt att diagnosen ställs tidigt med tanke på att depression är så starkt förbunden med suicidrisk (11).

Skillnaden mellan kvinnor och män är betydlig vid depression. Symtomen visar sig ofta på olika sätt. Kvinnor uppvisar de klassiska symtomen, där nedstämdhet dominerar, medan männens symtom präglas av irritation och aggressivitet (5). Depressioner hos män står för en stor andel av dödsfallen i aktiv ålder (11) och männen dämpar i högre grad än kvinnor, sin ångest i alkohol. Kvinnor söker mer hjälp av hälso- och sjukvården och förbrukar mer antidepressiva läkemedel (5).

Orsaker

Uppkomsten av en depression beror på samverkan mellan genetiska förutsättningar och den fysiska och psykosociala miljön. Det biologiska arvet kan medföra en obalans mellan signalsubstanserna, framförallt av serotonin, dopamin och noradrenalin. Dessa signalsubstanser spelar en viktig roll vid regleringen av vårt känsloliv. Senare forskning tyder på att även receptoreernas känslighet har en viktig roll vid uppkomsten av depression (9). Det biologiska arvet anses ha störst betydelse för svåra depressioner och mindre betydelse vid lindriga eller medelsvåra depressioner (14). Många depressioner utlöses i samband med stress och negativa händelser i livet som mobbning, tortyr, sjukdom, dödsfall eller andra förluster. Hur människor handskas med dessa händelser beror, förutom det biologiska arvet, även på kultur, utbildning, och ekonomiska förhållanden (9).

Det har visat sig att depression förekommer oftare hos personer med somatisk sjukdom och sjukdom i centrala nervsystemet, än hos personer utan kroppslig sjukdom. De personer som blir deprimerade i samband med en kroppslig sjukdom har ofta anlag för nedstämdhet (15).

Sambandet mellan somatisk sjukdom och depression kan delas in i de som har ett direkt samband och de som har ett indirekt samband (9). Sjukdom i ett hormonproducerande organ som exempelvis sköldkörteln, binjurarna eller tallkottkörteln stör det hormonella systemet, som står i nära anatomisk och funktionell förbindelse med det centrala nervsystemet, och kan på sikt leda till nedstämdhet och depression. Sjukdom som påverkar immunsystemet kan också ge störningar i centrala nervsystemet och leda till depression. Vid sjukdomar som epilepsi, stroke, Parkinsons sjukdom, demenssjukdomar och multipel skleros (MS) förstörs delar av hjärnan. Indirekt kan de psykologiska konsekvenser som sjukdomarna för med sig bidra till depression. Cancer, reumatism, kronisk astma, kroniska luftvägsinfektioner, hjärtinfarkt och anemi kan innebära stora förändringar

och begränsningar i livet som kan leda till depression. Depressionssymtomen kan variera beroende på den somatiska sjukdomen (9).

Depression kan ge uttrycksformer som smärta och olika kroppsliga symtom, så kallad somatisering. Psykosomatiska besvär är vanligt hos personer som har svårt att tala om känslor och sina psykiska problem. Att det är lättare att tala om fysiska besvär beror på att fysiska sjukdomar är belastade med färre fördomar än psykiska sjukdomar (5).

Behandling

Vid lindriga och medelsvåra depressioner är psykoterapi med kognitiv inriktning den mest stabila och effektiva behandlingen. Antidepressiva läkemedel kan ge likvärdiga resultat. Svårare depressioner svarar bättre på läkemedelsbehandling och de svåraste behöver ECT-behandling. Vid vinterdepressioner ges ljusbehandling. Ofta erbjuds patienten flera behandlingsalternativ samtidigt. Bristen på psykoterapeuter och enkelheten att skriva ut läkemedel gör att antidepressiva läkemedel i praktiken får större plats än psykoterapin (4, 15).

Omvårdnad

Hallberg (16) har på uppdrag från Socialstyrelsen kartlagt psykiatrisk omvårdnad. Omvårdnaden beskrivs ofta som insatser i syfte att stärka patienternas förmåga att hantera dagligt liv. Insatserna kan innebära att bota eller lindra i akuta skeenden eller att förändra, bibehålla och stödja accepterande och anpassning av sjukdomen för långtidssjuka. Andra betonade omvårdnadsområden är livskvalitet, oberoende, egenkontroll och mening i tillvaron. Ett viktigt fält är relationen mellan patient och vårdare. Hallberg (16) definierar psykiatrisk omvårdnad som:

”processer som igångsätts och vidmakthålls för att vårdtagaren i samspel med för denne viktiga närstående skall, psykosocialt och praktiskt, kunna bemästra den dagliga livssituationen (personlig omvårdnad, boende, fritid, arbete/sysselsättning och relationer till andra och annat). Omvårdnad är en aktiv, planerad och målinriktad process och kan ske utifrån t. ex. psykopedagogiskt, kognitivt och/eller psykoterapeutiskt inspirerade metoder. Den syftar till att vårdtagaren skall kunna leva ett oberoende liv, i ett naturligt socialt sammanhang och med för vårdtagaren och dennes närstående tillfredställande livskvalitet”. (16 s. 10).

Det individuella hälsofrämjande arbetet är enligt Svedberg (17) det viktigaste i psykiatrisk omvårdnad. Sjuksköterskan ska se patienten i sitt sammanhang och underlätta för henne att hantera och finna mening i det vardagliga livet. De hälsofrämjande insatserna får då ofta en effekt på symtom, men det primära syftet för omvårdnaden är inte att lindra, bota eller förebygga sjukdom utan att främja hälsa. Den psykiatriska omvårdnaden bör bygga på följande fyra punkter: Att skapa förutsättningar för tillit och god samvaro, att stärka patientens delaktighet och inflytande, att främja individens hälsoprocesser, samt att värna om personens värdighet.

Vidare lyfter Hedelin (18) fram omvårdnadsåtgärder som hon anser vara särskilt hälsofrämjande i psykiatrisk vård: samtalet, pedagogiska interventioner (information, undervisning och handledning), förmedling av kontakter till olika samhällsinstanser,

anhörigstöd, handledning och konsultation för vårdpersonalen, samt tid och kontinuitet i patientkontakten.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och Svensk Sjuksköterskeförening (SSF) (19) har gjort en kunskapssammanställning om omvårdnad vid depression och fann att det inte finns mycket vetenskapligt underlag för omvårdnaden. Studierna som författarna granskade, vid depression hos vuxna, handlade om effekter av patientutbildning, copingförmåga, känsla av kontroll, samt betydelsen av kulturella aspekter. Författarna poängterar att de flesta studierna har relevans för omvårdnaden även om de inte direkt handlar om omvårdnad. Studierna visade att grupputbildning med kognitiv inriktning hade effekt hos kvinnor och att personer med depression har sämre copingförmåga, sämre empatisk förmåga och sämre anpassningsförmåga än andra. Författarna betonar att underlaget för att dra några slutsatser om omvårdnadsarbetet är för litet och ytterligare forskning är nödvändig för att framförallt utvärdera effekten av olika former av samtal, stöd och utbildningsprogram.

SYFTE

Syftet med detta fördjupningsarbete i omvårdnad var att få fördjupad förståelse för hur patienter med depression upplever lidande och hur sjuksköterskan kan lindra lidandet med stöd av Katie Erikssons teori om lidande i vården.

METOD

Detta fördjupningsarbete i omvårdnad är en litteraturstudie byggd på 11 vetenskapliga artiklar. Artikelsökningar är gjorda i databaserna CINAHL, PubMed och PsycINFO under perioden 2008-01-28 till 2008-02-05. Sökorden som användes var depression, experience, narratives, nurse-patient relations, suffering, caring och life experiences.

I CINAHL begränsades artikelsökningen från år 2002 och peer-reviewed. Sökningarna gjordes först i abstract, men resultaten blev stora, över 100 artiklar, vilket inte ansågs som rimligt att gå igenom. Dessa sökningar är därför inte redovisade i tabellen. Sökningar gjordes därefter med sökorden som Major Headings (MH) och Major Concept (MM) vilket minskade antalet träffar. Sökord som Major Headings innebär att artikelns innehåll berör sökordet, medan begränsningar till Major Concept innebär att sökordet motsvarar artikelns huvudinnehåll. I PsycINFO söktes artiklar utan begränsningar och artiklar med sökorden som nyckelord. De sökningar som gav mer än 100 träffar och sökningar där ingen av artiklarna motsvarade vårt syfte redovisas inte i tabellen. I PubMed användes MeSH-sökordet depression disorder i kombination med nursing. Ingen av artiklarna från sökningarna i PubMed motsvarade vårt syfte. Sökningarna av de artiklar som inkluderades redovisas i tabell 1.

Tabell 1:

Databas, tillgänglig	Sökord	Limits	Antal träffar	Antal valda artiklar
PsycINFO 2008-01-28	depression experience	no limits	83	1 (25)
CINAHL 2008-01-29	depression and experience and narratives	in abstract, 2002- Peer Reviewed, all adult	3	1(22)
CINAHL 2008-01-31	depression(MH) and nurse-patient Relations(MH)	2002-, Peer Reviewed	50	1(23)
CINAHL 2008-02-01	depression(MH) and suffering(MH)	2002-, Peer Reviewed	12	2 (24, 28)
CINAHL 2008-02-01	caring(MM) and suffering(MM)	2002-, Peer Reviewed	12	2 (29, 30)

Ett första urval av sökningarna gjordes utifrån rubrik och sammanfattning. Artiklar som inte tillhandahölls via Göteborgs Universitetsbibliotek uteslöts p. g. a. tidsbrist. Artiklar som handlade om barn eller där förhållandena var speciella exkluderades. Speciella förhållanden kunde vara post-partum depressioner, studier gjorda på minoritetsgrupper eller i länder med icke västerländsk kultur. Artiklar skrivna på andra språk än engelska, svenska och de skandinaviska språken exkluderades också. Referenslistorna till de valda artiklarna granskades och ytterligare två artiklar tillkom varav en (21) inkluderades i det slutliga urvalet. Två artiklar (26, 27) hittades i referenslistan till en av böckerna som användes i bakgrunden (5). Dessa två artiklar framkom även i flera av våra sökningar, men redovisas inte i tabellen då de redan var framtagna. En artikel (31) fanns i referenslistan till en c-uppsats gjord vid Luleå Universitet 2007 (20).

Ett andra urval gjordes efter att ha läst igenom artiklarna och en översikt av innehållet fått. Samtliga 12 artiklar som valdes var kvalitativa och granskades med en checklista för kvalitativa artiklar tillhandahållen av institutionen för omvårdnad vid Göteborgs universitet. En artikel valdes bort efter granskningen för att den inte ansågs svara på vårt syfte. Artiklarna som valdes ut kom från Sverige, Australien, Sydafrika och Norge. Två studier var gjorda på deprimerade kvinnor (26, 21) och en studie på deprimerade män (27). I sex studier fanns både kvinnor och män representerade (22-25, 30, 31). En studie gjordes på sjuksköterskor (28) och ytterligare en studie (29) ingick där både sjuksköterskor, sjuksköterskestudenter och patienter intervjuades.

Analysen av de utvalda artiklarna gjordes med deduktiv metod där Erikssons lidandeteori användes som stöd i analysen. Artiklarna lästes av oss båda var för sig och viktiga resultat ströks under och tolkades utifrån patienternas upplevelse av sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Vid bearbetningen av texten letade vi även efter vad som innebar lindrat sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Efter detta gick vi igenom artiklarna tillsammans och diskuterade vår analys för att

komma fram till samstämmighet i tolkningen. Efter att ha bearbetat och diskuterat skrevs en sammanfattning av varje artikel utifrån ovanstående rubriker.

Efter detta valdes en kategori, t.ex. vårdlidande. Allt som stod om vårdlidande i varje artikels sammanfattning bearbetades till en text som utgör resultatet. Citat från artiklarna finns med för att förstärka och tydliggöra de olika kategorierna av lidande och lindrat lidande. Resultatet presenteras utifrån dessa kategorier. I resultatdiskussionen diskuteras resultatet utifrån de olika lidandekategorierna, samt utifrån lidandets drama för att få en djupare förståelse för lindrat lidande.

RESULTAT

Sjukdomslidande

Hedelin (21) intervjuade äldre kvinnor för att få en djupare förståelse av depression. Kvinnornas berättelser visade att mental och fysisk smärta var nära sammankopplade. Kraftlöshet, utmattning, smärta i olika delar av kroppen och svår yrsel var vanliga symtom på det fysiska lidandet och ökade kvinnornas upplevelse av hjälplöshet och isolering. Det fysiska lidandet begränsade kvinnorna och påverkade deras sociala relationer. Smärtan beskrevs som att den inte hade några gränser, att den uppfyllde tid och rum och upptog hela varandet. Danielsson och Johansson (22) beskriver att fysisk smärta upplevdes av samtliga deprimerade patienter, men ingen av dem kopplade samman smärtan med tecken på depression. Det framkom skillnader mellan hur kvinnor och män uttryckte smärta. Kvinnorna pratade öppet om både fysisk och emotionell smärta, medan männen uppmärksammade fysiska symtom mer intensivt. När kvinnorna talade om fysiska symtom lokaliserade de dem till magen, medan männens symtom handlade om hjärtat, högt blodtryck och bröstsmärta (22).

Upplevelse av ökad känslighet och sårbarhet i samband med depressionen var ett återkommande tema (21-23). Den ökade känsligheten kunde komma vid förändringar i livet (21) och förvärrades av faktorer som ljud, tystnad eller medicinering (22). Kvinnorna beskrev sitt humör som att ha känslor av överväldigande trötthet, på gränsen till att känna sig bortkopplad från verkligheten. Männen däremot, definierade sitt humör som att ha kort stubin och uppvisa aggressivitet (22). Främlingskap inför sin egen kropp, hur det välkända plötsligt blev främmande, återkom i flera berättelser (23, 24). Känslan av främlingskap och att inte vara närvarande i sitt eget liv kunde leda till ilska. Samtidigt fanns en avsaknad av känslor som beskrevs som att ha en djup sorg utan tårar (24).

Känslor av skam och skuld över att vara deprimerad framkom i flera studier (21, 22, 24, 25). Det fanns en uppfattning om att det var okej att vara ledsen om det fanns en anledning till det, men inte om sorgsenheten kom från ingenstans (22). Känslor av skam gjorde att de deprimerade undvek andra när de mådde dåligt, men när de mådde bra ville de prata om sin sjukdom (24). Kvinnor beskrev hur de dolde sina känslor och försökte vara som vanligt för att inte visa vad de verkligen kände. De var rädda för att förlora sitt anseende och att andra inte skulle förstå. En av kvinnorna pratade aldrig med någon av rädsla för fördomar gentemot psykisk ohälsa (21).

"People aren't talk about it. Well, I don't know, but I think it is very difficult...other things are okay to talk about but this...I'll just have to bear it" (21 sid 410).

Männen talade om att de var uppfostrade med att hålla tillbaka känslor. En man beskrev att svaghet och att vara deprimerad inte gick ihop med att vara man (22). Att behöva mediciner upplevdes som ett svaghetstecken och var svårt att acceptera (24).

Flera deprimerade personer skuldbelagde sig själva och tänkte att de inte hjälpt andra tillräckligt i sina liv (21, 25). Lågt självförtroende gjorde att de tog på sig skuld i konflikter och de var alltid måna om att tillfredsställa andra. De deprimerade patienterna förmådde inte göra vardagliga saker som att stiga upp eller vända sig om i sängen. Detta medförde ett beroende av andra och de kände sig som en börda och inkompetenta (25).

Lindrat sjukdomslidande

Skärsäter (26, 27) beskriver hur kvinnor och män med depression hanterade att leva sitt liv med stöd ifrån professionella och andra. Kvinnorna behövde tid och rum för att kunna lämna depressionen bakom sig och börja tro på sina egna resurser. De ville få bekräftat av vårdpersonalen att de inte var galna och att de skulle tillfriskna, vilket gav dem styrka att kämpa vidare (26). En diagnos kunde göra att känslor av skuld försvann och var till hjälp i processen som handlade om att acceptera depressionen som en livslång sjukdom (24). Sjuksköterskornas närvaro gjorde att patienterna upplevde att de fick stöd och tillit till sin förmåga att ta sig ur tankar av hopplöshet. Genom att sjuksköterskorna var närvarande visade de även att de ville hjälpa patienterna att komma över sjukdomen tillsammans med patienterna (23). Kontinuitet i vårdkontakten var viktig för att de inte skulle känna sig övergivna. Information gav kvinnorna och deras familjer hjälp att finna struktur och hopp i en kaotisk situation och fick dem att undvika känslor av skuld och skam (26). Att få information om sjukdomen innebar för männen att de kunde hantera sin situation bättre och inte se depressionen som ett personligt misslyckande. De uppskattade stöd och information till familjen, speciellt barnen, eftersom de själva hade svårt att finna ord (27).

Samtal med vänner och vårdpersonal var en viktig del för kvinnorna för att hantera sin sjukdom. Genom att någon lyssnade på dem och genom att dela känslor med andra fick de perspektiv på sin situation och kunde förstå sig själva bättre. Gemenskap med andra hjälpte kvinnorna att återfå hälsan (26).

"No, I don't think that one should be alone in a situation like that. Even if one's whole being and emotions...just wanting to be left alone...and retire still further into one's own shell" (26 sid 429).

Kvinnorna uppskattade att tala med vårdpersonal för att inte belasta sin familj och sina vänner (26). Männen uppskattade att ha familj och vänner att samtala med för att inte känna sig ensamma och övergivna i sin sjukdom. Männen såg sjukdomen som en utmaning och använde strategier som träning och meditation för att komma över depressionen (27).

I Sneltvedts (28) studie intervjuades sjuksköterskor för att undersöka hur de upplevde relationer till patienter med depression. Alla sjuksköterskorna upplevde ett ansvar

gentemot patienterna. Detta ansvar tog de tillvara genom att vara ställföreträdare. Ibland innebar det att stötta patienterna, ibland att ta över ansvaret helt och ibland att ansvariggöra patienterna och därmed låta patienterna själva ta vara på sina möjligheter i livet. Denna bedömning gjorde sjuksköterskorna gradvis med hjälp av yrkeskunskap och empatisk förmåga. Alla sjuksköterskorna upplevde det som en svår utmaning att hitta balansen mellan att stötta och lägga ansvar på patienten. Sjuksköterskorna tillvaratog grundläggande behov hos patienterna som att äta, stiga upp ur sängen och vara med i sociala sammanhang. Intuition och inlevelse framkom som viktigt för att bedöma den deprimerade patientens smärta (28).

I en annan studie upplevde patienterna trygghet och säkerhet när sjuksköterskorna omfamnade dem. Att bli omfamnade gav dem ett avbrott ifrån deras känslomässiga lidande vilket de inte alltid fick genom att bara prata eller av sjuksköterskornas närvaro (23). Sömn användes som en flykt ifrån det olidliga lidandet, för att få en paus ifrån alla krav (24).

Vårdlidande

Ur Moyles (23) studie med deprimerade patienter framkom att patienternas förväntningar på sjuksköterskorna inte uppfylldes. Patienterna upplevde att sjuksköterskorna inte var närvarande och de kände sig marginaliserade. Sjuksköterskorna lyssnade inte på patienternas inre oro, utan fokuserade istället på deras fysiska kroppar och de symtom som finns med i diagnossystemet för depression (23). Deprimerade patienter, inlagda på sjukhus för medicinska sjukdomar, berättade att tiden på sjukhus gjorde att de tvingades tänka på saker de inte ville tänka på. På sjukhuset fanns inget att göra som kunde avleda deras tankar och de tvingades konfronteras med tankarna vilket gjorde dem olyckliga (25).

Ytterligare framkom att förväntningarna på vårdpersonalen inte uppfylldes (25). De deprimerade männen i studien uttryckte en vilja till stöd och hjälp av vårdpersonalen för att kunna bli aktiva och uppfylla sina åtaganden. De önskade också att de fått mer socialt stöd av sjuksköterskorna under sjukhusvistelsen (25). Andra patienter berättade att de upplevde emotionellt stöd i början av sjukhusvistelsen, men fokus ändrades snart till att handla om mer fysiska behov. Patienterna upplevde att sjuksköterskorna distanserade sig ju längre tid de var inlagda på avdelningen. De längtade efter närvaro och försäkran av sjuksköterskorna om att allt skulle bli bra, och ville ha sjuksköterskorna vid sin sida hela tiden. Sjuksköterskorna var de som förväntades kunna ge dem lindring och minska deras oro och hopplöshet inför framtiden (23).

Det fanns risk för icke-vård även när sjuksköterskor tog sig tid och satte sig ner bredvid patienten. Om sjuksköterskorna inte hade intentionen att trösta som motiv för omvårdnaden, utan istället gav vården på egna villkor kunde det medföra att patienten kände sig avvisad (29). Patienterna i Moyles (23) studie upplevde att samtalen med sjuksköterskorna var korta och innehöll mest frågor som var till för att kunna rapportera till annan personal. Deltagarna ifrågasatte därför sjuksköterskornas roll i vården (23).

Patienternas önskan av mer emotionellt stöd framkom i många artiklar (23, 25, 27, 30). Fokuseringen på de fysiska behoven fick en patient att känna sig som en börda och hon upplevde inte att hon fick någon hjälp att tillfriskna (23). Hon berättade:

"Lots of times I can remember them yelling at me...because I couldn't drink and I remember they were trying to get me to the shower one day and I couldn't walk properly and I know that they were very angry with me. Nurses yelling at me has stuck in my mind. I found that I started to get better once I was moved to B (another hospital) where the nurses spent time listening to me...and didn't make me run to the bathroom" (23 sid 106).

Lindrät vårdlidande

God vård innebar att se hela människan (26, 27, 29). Både kvinnor och män med depression berättade hur viktigt det var att bli sedda som hela människor (26, 27). Även för sjuksköterskor innebar vårdande att se hela människan, att visa respekt och uppträda i enlighet med det (29). Att våga lita på sina känslor och frånga rutiner var för sjuksköterskorna ytterligare delar av den goda vården. Sjuksköterskestudenter i samma studie menade att vårdande handlar om att som medmänniska bli berörd av patientens situation (29). Deprimerade män berättade att bli sedda som hela människor gav dem förtroende och tillit till vårdpersonalen (27). Kvinnorna berättade att de ville bli sedda ur sin sociala situation och erbjudas alternativa behandlingsmöjligheter. Det ville ses som individer och inte som sjukdomsfall, bli tagna på allvar och få ett unikt värde (26).

Rehnsfeldt och Eriksson (30) har gjort en studie om lindrat lidande i mötet med vårdpersonal. I artikeln framkom att den lämpliga omvårdnaden för att möta ett outhärligt lidande var att sjuksköterskorna visade uppmärksamhet och konfronterade patienten med lidandet. En patient ville inte att vårdpersonalen skulle vara rädd för att ställa frågor, även svåra frågor om t.ex. döden. Patienten berättade att alla svårt sjuka patienter tänker på döden, och att få prata om de svåra tankarna gav dem en möjlighet att minska stressen och låta energin gå till andra saker (30).

Patienterna beskrev hur de upplevde magi och kraft när de möttes av genuint intresse och engagemang från vårdpersonalen. En kvinna berättade om den helande kraft vården från en vårdares hjärta kunde föra med sig. Hon lyfte fram en sjuksköterska som engagerade sig lite mer än andra. Sjuksköterskan såg vad hon behövde och gav sig inte förrän hon hittade det (29).

"I was so happy when she was at work...she gave that little bit extra, she was really sweet. She would sit and hold my hand when I was sad and in tears. It makes such a difference. But the others, they didn't look" (29 sid 378).

En manlig patient framhöll att samstämmighet i mötet med vårdpersonalen gav trygghet i vård och behandling (27). Att få samtala med någon i början av sjukhusvistelsen gav många patienter trygghet och hjälp att komma över sjukhusrädslan. Samtalet gav även förtroende för vårdpersonalen (23).

Enligt Sneltvedt (28) var det viktigt för sjuksköterskor att kunna tolka kroppsspråk och ansiktsuttryck. I hennes studie försökte sjuksköterskorna tolka patienternas signaler genom sina sinnen och sin empatiska förmåga. Kunskap om depression och medicinens verkan och biverkningar var också viktig kunskap för sjuksköterskorna. Vårdrelationen tog tid att bygga upp och sjuksköterskorna behövde många gånger stå

ut med avvisanden från patienten. Sjuksköterskorna berättade att de fortsatte söka kontakt med patienterna trots avvisanden. Sjuksköterskorna avvisade inte heller de som klamrade sig fast vid dem. När relationen blev för slitsam sökte de stöd och avlastning av varandra för att patienten skulle få god vård (28).

När sjuksköterskor var öppna och svarade an på det etiska kravet från patienten blev resultatet, enligt Arman och Rehnsfeldt (29), en god vård. Deras studie visade att god vård uppstod när sjuksköterskorna släppte sin roll som professionella och blev medmänniskor. Sjuksköterskorna som visade caritativa handlingar hade denna vilja i hjärtat och viljan att göra gott för det godas skull var det primära syftet. Vården var både spontan och medveten kunskap om det ultimata etiskt riktiga i situationen.

Livslidande

I en studie där tio deprimerade personer ombads berätta sin livshistoria beskrev samtliga hela livet i negativa ordalag (31). En man framställde hela sitt liv som enkelt och simpelt. När en av kvinnorna fick frågan om hon inte kunde berätta sin livshistoria svarade hon: *"Oh, I do not really have one"*(31 sid 337). Depressionen beskrevs även av de äldre kvinnorna som att återuppleva en svår personlig kränkning. Specifika livshändelser väckte djup sårbarhet hos kvinnorna och gav känslor som värdelöshet, underlägsenhet, inkompetens, osäkerhet och dålig självkänsla. En äldre kvinna talade om sin barndom, sitt äktenskap och sina barn och berättade att hon hade känt sig oönskad och oälskad hela livet (21).

"I don't think there has been anybody who has ever loved me. Never any love from anybody. It's miserable" (21 sid 408).

Låg självkänsla och upplevelser av förluster i sitt fulla värde som människor påverkade både de deprimerade själva och deras relationer till andra (22, 24). Många deprimerade identifierade sig med sin depression och såg ingen möjlighet att separera sig från problemet. Personlig kritik betraktades som sanningar och en kvinna berättade att när människor runt omkring henne började förakta henne för hennes image, anpassade hon sig till deras bild av henne (31). Vid långvarig depression kunde det vara svårt att bevara relationer och det kunde leda till känslor av meningslöshet (24). Att bli avvisad av sina närmaste var en erfarenhet som liknades vid att bli genomborrad av smärta.

Främlingskap och rädsla, både inför sig själv, andra och omgivningen, var ett tema som karakteriserade de deprimerades berättelser. De beskriver det som att betrakta livet från utsidan, som från ett fönster, och inte förstå det som händer (21, 24). Känslan av att vara observerad och att andra kunde se rakt igenom en beskrevs också (24).

Lidandet som depressionen innebar beskrevs som svårt att förstå, både för de deprimerade patienterna själva och för omgivningen. Svårigheterna med att beskriva sitt lidande ledde till att många gav upp i förväg (24). Språket som användes av patienterna när berättade sin livshistoria var begränsat och negativt och framställdes främst i negativa generaliseringar. Generaliseringarna rörde relationer och personliga förmågor. Emotionella erfarenheter, familjehändelser, framtiden och tron på att livet styrdes av negativa lagar var andra generaliseringar (31). Känslor av meningslöshet, tomhet och hopplöshet präglade de äldre kvinnornas liv i stor utsträckning. Hela livet

påverkades och i sin djupaste form beskrevs depressionen som outhärdlig (21). Lidandet i sin djupaste form beskrevs som total tomhet, stumt och utan sorg och de såg ingen möjlighet att ta sig igenom lidandet (24). En äldre kvinnas ord beskrev ett djupt livslidande (21).

"I'd rather just disappear and I sometimes wonder why I was born into this world. It's this thing, the meaning of life, or the meaning of existence. Then everything become grey and heavy, dead, empty, silent" (21 sid 411).

Även framtiden präglades av hopplöshet (31). Kraven från både andra och patienterna själva sågs som oöverstigliga (22). En man konstaterade att han inte hade något att bidra med, vare sig till sitt eget liv eller till samhället. En kvinna uttryckte dock sin längtan efter förändring och beskrev hur hon längtade efter sinnesfrid, hon var trött på skuld- och skamkänslor och på sitt självplågeri (31).

Lindrät livslidande

Under sin väg ut ur depressionen förändrade kvinnorna sin syn på sig själva och andra. De upplevde att de fått en inre styrka som hjälpt dem att gå vidare i livet (26).

"I think it's very much a question of breaking a pattern in some way...perhaps learning to listen to signals from within" (26 s. 428).

Genom reflektion kunde de deprimerade patienterna sätta sina erfarenheter i ett större perspektiv vilket var en hjälp att ge mening åt framtiden. Efter att de tillfrisknat från depressionen upplevde de att deras liv var rikare. De var mer ödmjuka inför livet och mer medvetna om sina gränser (26, 27).

Att skapa en plattform att gå vidare ifrån var ett sätt att pröva sin nya roll. Ett exempel kunde vara att gå med i en självhjälpsgrupp (26). Att pröva nya vägar både privat och i arbetslivet var ett sätt att gå vidare. Reflektion och acceptans av situationen och sjukdomen hjälpte männen att finna mening i livet och få nya perspektiv på tillvaron. Männen syn på sig själva påverkades av deras roll i samhället, de behövde känna sig behövda och att någon lyssnade på dem igen (27).

Att regelbundet prata med andra människor om sina problem var ett sätt att hantera situationen. En kvinna gav sin depression till Gud och gav honom ansvaret att göra något (31). I mötet med den lidande patienten var det viktigt att den person som var med såg lidandet och bekräftade patienten. Mötet gav möjlighet för patienten att uttrycka lidandet i ord. Detta medförde att det outhärdliga lidandet blev mer uthärdligt och kunde framåtskrida (30). En deltagare i Nyströms och Nyströms (24) studie ville att andra skulle ha modet att tala om depressionens existens för att lätta det outhärdliga lidandet.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med fördjupningsarbetet var att få en djupare förståelse av patienters upplevelse av depression. Med den teoretiska ram som användes förutsattes att depression innebär ett lidande för patienten och det var denna upplevelse vi sökte efter. Syftet var även att få förståelse för vad lindring innebär för de lidande patienterna både ur patientens och ur sjuksköterskans perspektiv. Samtliga artiklar som användes var kvalitativa vilket inte var ett medvetet val. Det kändes dock relevant eftersom det var en djupare förståelse av upplevelsen av lidande som söktes. Lidandet som framkom i studierna påverkade i hög grad hela människan och denna kunskap tror vi var omöjlig att få fram ur kvantitativa studier.

Sökningarna gjordes i databaserna CINAHL, PubMed och PsycINFO. Sökningarna i PubMed gav inga värdefulla resultat och sökningarna i PsycINFO var svåra att överblicka då de gav många träffar. PsycINFO gav många resultat om vård av deprimerade ur psykologers och psykoterapeuters perspektiv och valdes därför bort eftersom det inte tillhör sjuksköterskans område av lindrat lidande. Sökningarna i CINAHL gjordes med MH och MM vilket gav goda resultat, men det kan också ha gjort att artiklar med relevans för området sorterades bort. Detta kan ses som en svaghet, men vi anser ändå att begränsningarna till MH och MM bidrog till att sortera på ett sätt vi inte kunde göra själva. Ur varje sökning valdes de artiklar ut där vårt syfte stämde med titel och abstract. Även detta kan ha medfört att vi missade viktiga artiklar, men ansågs vara den mest hanterbara metoden.

Vår första tanke var att undersöka upplevelsen av att vara deprimerad i somatisk vård. De artiklar vi fann när vi sökte på detta område behandlade depression i samband med annan sjukdom eller andra tillstånd, t.ex. demens, cancer, hjärtsjukdom, postpartum depression och säsongdepression. Studierna uteslöts dels därför att de var gjorda under speciella förhållanden och dels därför att inte gav någon djupare kunskap av depressionsupplevelsen. Flera studier var kvantitativa och syftade till att studera andelen deprimerade av t.ex. patienter med cancer. Genom uteslutning av de studier som genomfördes under speciella förhållanden, anser vi att kunskapen som framkommer i resultatet ökar överförbarheten till andra vårdkontext och andra patientgrupper.

Sökningar direkt i psykiatriska omvårdnadstidskrifter kunde möjligtvis ha bidragit till ytterligare artiklar. P. g. a. tidsbrist gjordes inte detta. Däremot granskades referenslistorna till redan framtagna artiklar, vilket gav ytterligare artiklar av god kvalitet som inte framkom i databassökningarna. Artiklar om lindring och omvårdnad vid depression ur sjuksköterskans perspektiv var få och därför söktes även artiklar på lindrat lidande utan att koppla det till depression. Forskning om lindrat lidande var nödvändig att få med för att svara på vårt syfte.

Artiklar skrivna på andra språk än engelska och de skandinaviska språken sorterades bort och detta är en svaghet i arbetet. Databassökningar gav t.ex. både franska och finska studier som enligt abstract motsvarade vårt syfte, men språkhinder gjorde att de inte kunde användas. Artiklar som inte tillhandahölls via Göteborgs universitet uteslöts också redan i första sorteringen vilket var ytterligare en svaghet.

Analysen gjordes med deduktiv metod med Erikssons lidandeteorier som stöd i analysen. Analysen styrktes av att vi var två författare. Texterna bearbetades av oss var för sig innan de diskuterades för att få samstämmighet. Svårigheter uppstod många gånger i skiljandet på de olika kategorierna, främst sjukdomslidande och livslidande. Detta är en svårighet som beskrevs i Erikssons teori (6). Tolkningen som gjordes kan förklaras av sammanhanget eller av vilka ord som användes av informanterna i studierna. Sjukdomslidandet kan uppfylla hela människan, men vi kategoriserade det som ett sjukdomslidande om det begränsades under en kortare tid och var starkt förknippat med sjukdomen. Då livet och relationer påverkades på sikt och i högre grad kategoriserades det som ett livslidande. I resultatdiskussionen tillades lidandets drama i analysen för att få ytterligare ett perspektiv och en ökad förståelse för sjuksköterskans roll i lindringen av lidandet. Detta upplevdes vara en bra metod. Det var svårhanterligt att få in lidandets drama redan i resultatdelen men perspektivet behövdes för att få en ökad förståelse för sjuksköterskans funktion.

Enligt checklistan för kvalitativa artiklar bedömdes kvaliteten som god i samtliga artiklar. Metoden, urvalet, datainsamlingen och dataanalysen beskrevs i samtliga studier. Beskrivningarna av hur urvalet gått till varierade dock. En svaghet i flera artiklar var att de inte diskuterade metoden utan bara resultatet. I alla utom en studie (28), där halvstrukturerad intervju genomfördes, var intervjuerna ostrukturerade och deltagarna fick svara på öppna frågor. Etiskt tillstånd saknades i fyra av artiklarna (23, 28, 30, 31). I tre av dessa fanns en etisk diskussion, men en artikel (23) saknade det helt. Detta var en brist i artikeln, men eftersom den motsvarade vårt syfte och tillförde intressant kunskap inkluderades den i arbetet.

I en artikel (25) utförde en psykiatriker intervjuerna, i en artikel (31) framgick det inte, men vi förmodade att det var en psykoterapeut som utförde intervjuerna. I de övriga var intervjuerna utförda av personer med vårdvetenskaplig bakgrund. I studierna är deltagarna diagnostiserade enligt bl. a. ICD-10 och DSM-IV, men även med andra mindre kända diagnossystem. I en studie (31) var kriteriet för att delta att personerna själva hade upplevt sig vara deprimerad. För att få svar på vårt syfte spelade det mindre roll vilket diagnossystem som deltagarna i de olika studierna diagnostiserats efter. Att deltagarna befann sig i olika stadier i depressionen gav en bredare bild av upplevelsen av depression.

Två studier (26, 21) baserades på kvinnors upplevelse och en studie (27) på mäns. En artikel (23) jämförde hur kvinnor och män upplevde och förstod sin depression. Inkluderingen av dessa artiklar var en styrka och en förutsättning för att få ett genusperspektiv på arbetet.

Sju av artiklarna är ifrån Sverige (21, 22, 24, 26, 27, 29, 30), två ifrån Australien (25, 23) en ifrån Norge (28) och en ifrån Sydafrika (31). Ett kriterium var att artiklarna skulle komma från länder med västerländsk kultur. En möjlig förklaring till att flertalet av artiklarna vi fann kom ifrån Sverige var att lidandebegreppet är mer känt och använt av forskare i Norden. Dominansen av svenska studier gör resultatet överförbart till vården i Sverige. Svagheten är att Sverige är ett mångkulturellt land och vi kommer i att möta patienter från olika kulturer som kanske både upplever och uttrycker depression på andra sätt än vad som framgår i resultatet.

Resultatdiskussion

Sjukdomslidande

Fysisk smärta och fysiska symtom var kännetecknen för många av de deprimerade patienterna, även om de själva inte såg sambandet mellan smärtan och depressionen (21, 22). När Eriksson (6) beskriver sjukdomslidandet lyfter hon upp smärta som en av de vanligaste formerna av sjukdomslidande. En anledning till att de deprimerade patienterna inte såg något samband mellan sina fysiska symtom och depressionen var troligtvis att fysisk smärta inte ingår i diagnosen för depression. Fysisk smärta var därför inget de förväntades uppleva. Smärtan var dock påtaglig och upptog hela varandet (21) vilket överensstämmer med Erikssons (6) beskrivning av smärta som kan uppta hela patientens kraft. Smärta förekom hos både män och kvinnor, men gestaltade sig på olika sätt. Kvinnornas symtom handlade om magen, medan männens var lokaliserade till hjärtat (22). Denna skillnad är något som sjuksköterskor måste vara uppmärksam på eftersom symtom från hjärtat uppmärksammas och prioriteras i sjukvården. Det medför en risk att männen feldiagnostiseras och att kvinnorna behöver vänta på vård.

Emotionellt lidande är sjukdomslidandets andra beståndsdel (6). Det mest framträdande emotionella lidandet var skam- och skuld känslor (21, 22, 24, 25). Dessa känslor är enligt ICD-10 (12) och DSM-IV (13) med i diagnoskriterierna för depression (bilaga 1, 2). Det framkom en ålders- och genusskillnad i hur patienterna upplevde och hanterade skammen och skulden. De äldre kvinnorna dolde sina känslor och var rädda för fördomar (21). De skuldbelagde sig själva för att ha varit själviska och inte hjälpt andra tillräckligt. Samtidigt isolerade de sig och skämdes över sitt fysiska tillstånd (21). Männen talade mer om fysiska symtom och mindre om emotionella och en förklaring kan vara att det är svårare för en man att prata om känslor i vårt samhälle. En man uttryckte att det inte gick ihop att vara man och att vara deprimerad. Kvinnorna däremot, talade många gånger öppet om både fysisk och emotionell smärta, även om skamkänslorna närvarade (22).

Vårt resultat överensstämmer till stora delar med Arman och Rehnsfeldts (32) beskrivning av män och kvinnors lidande. De belyser att det finns studier som visar att män är mer återhållsamma med att söka hjälp vid psykologiska och själsliga problem. Arman och Rehnsfeldt (32) refererar till sin forskning som visar att kvinnor med bröstcancer undvek att visa sorg, rädsla och förtvivlan i hänsyn till sina familjer, men i likhet med vårt resultat sökte kvinnorna mycket hjälp av medmänniskor utanför familjen. Författarna understryker att det ur ett ontologiskt perspektiv inte är någon skillnad på kvinnors och mäns lidande, men att lidandet uttrycks olika beroende av det sociala och kulturella sammanhanget.

Patienter som var inlagda på sjukhus upplevde skam när de tvingades ta emot hjälp med vardagliga saker och de trodde att vårdpersonalen såg dem som en börda (25). Detta är nära förknippat med vårdlidandet och handlar om att patientens värdighet kränks i samband med att hon upplever sig vara i en beroendesituation (6). Enligt Svedberg (17) är ett av psykiatrisjuksköterskans viktigaste ansvarsområden att värna om patientens värdighet. Vikten av detta bekräftades i vårt arbete där skam-, skuld- och sårbarhets känslor fanns hos patienterna och påverkade deras känsla av värdighet. Förekomsten av dessa känslor är viktig kunskap i bemötandet av deprimerade patienter.

Vårdlidande

Vårt resultat visade att vårdlidande många gånger uppstod när förväntningarna på sjuksköterskan inte uppfylldes (23, 25). Detta stämmer överens med Dahlberg (33) som menar att vårdlidandet främst uppstår i vårdrelationen, i förhållandet mellan patient och sjuksköterska. Förväntningarna ledde främst till besvikelse över bristande emotionellt stöd från sjuksköterskorna (23, 25, 27, 30). Patienterna upplevde att fokus låg på deras kroppar och mediciner och mötena med sjuksköterskorna var ofta korta och informationsinriktade (23). Enligt Eriksson (6) kan vårdpersonalen kränka patientens värdighet genom att inte se henne, och därmed frånta patienten hennes egenvärde. Dahlberg (33) beskriver vårdlidandet på liknande sätt och menar att det handlar om att bli förnekad som lidande människa och att fokus på vårdandet är förskjutet. Det medicinska fokus som framkom ovan är ett skrämmande exempel på hur sjuksköterskorna inte tog sitt omvårdnadsansvar och i och med detta blev patienterna inte bekräftade i sitt lidande.

Förväntningarna på sjuksköterskan var många gånger höga. Patienterna ville att sjuksköterskorna skulle vara närvarande hela tiden. När sjuksköterskorna inte fanns vid deras sida blev de besvikna och kände sig inte vårdade (23). Som sjuksköterskor ser vi det som en omöjlighet att tillgodose dessa önskningsfrågor från patienterna. Det finns varken tid eller möjlighet att finnas vid sängkanten hela tiden. Det framkom i vårt resultat att det fanns risk för icke-vård även i de fall när sjuksköterskorna satte sig ner och pratade med patienten (29). Om patienten upplever icke-vård i mötet med sjuksköterskan kommer patientens lidande inte bli bekräftat och hon kommer som Eriksson (6) beskriver byta skepnad på sitt lidande om och om igen tills någon ser. En förklaring till att de deprimerade patienterna upplevde besvikelse på sjuksköterskorna kan vara att de inte blev bekräftade i sitt lidande och därmed blev längtan och kraven efter bekräftelse större och större. Detta kan också vara en orsak till att sjuksköterskorna distanserade sig. Kraven från patienterna kändes övermäktiga och sjuksköterskorna reagerade med att dra sig undan.

Livslidande

Livslidandet var framträdande i flera studier (21, 22, 24, 31). Depression är en helkroppssjukdom som påverkar människan på alla plan (5) och livslidandet vid depression ter sig därför som oundvikligt. Många av de deprimerade patienterna identifierade sig med sin depression och såg ingen möjlighet att separera sig från den (25). Livslidandet påverkar allt vad livet kan innebära (6). Det blev tydligt när de deprimerade personerna berättade om sina liv, hela livet beskrevs som negativt och språket var präglad av negativa generaliseringar (25).

Att leva innebär att vara människa bland andra människor (6). Livslidandets påverkan på relationer tydliggjordes i de deprimerade patienternas svårigheter att upprätthålla relationer. En kvinna talade om en kärlekslöshet som präglade hela hennes liv och alla hennes relationer till både man, barn och andra (21). Att inte få kärlek är enligt Eriksson (6) en av de allra svåraste formerna av livslidande. Livslidandet aktualiserar djupa, existentiella tankegångar (34) och det kan vara en anledning till att livslidandet upplevdes som svårt att förstå och beskriva (24). Många av de deprimerade patienterna avstod från att tala om sitt livslidande. Enligt Eriksson (6) är att inte bli sedd, hörd eller förstådd ett livslidande. För sjuksköterskor är det viktigt att våga fråga och genom detta försöka hjälpa patienten att berätta. Ett lidande som inte får

plats och möjlighet att uttrycka sig kommer inte att utvecklas och få chans till försoning.

I sin djupaste form sågs livslidandet som outhärdligt, tomt, stumt och utan sorg (24). Eriksson (6) menar att vi ofta möter patienter i vården som gett upp och inte orkar kämpa längre. Det är i mötet med dessa patienter som frågan om dödshjälp ofta kommer upp. Känslor av hopplöshet och meningslöshet återkom i flera studier (21, 24, 31). Flera av de äldre kvinnorna hade haft suicidtankar och såg döden som enda räddningen (5). Återkommande suicidtankar finns med i depressionskriterierna och är oerhört viktigt att identifiera vid vård av en deprimerad patient.

Lidandets Drama

Att kunna lindra en patientens lidande innebär för sjuksköterskan att träda in i lidandets drama och hjälpa patienten att möta lidandet när det är outhärdligt (6). I dramats första akt är det viktigt att sjuksköterskan ser och bekräftar patienten och hennes lidande (6). Först då patienten upplever tillit till sjuksköterskan kan patienten bjuda in och dela med sig av sin lidandeberättelse (34). I studierna framkom omvårdnadshandlingar som bekräftade patienten att hon fanns. I Moyles (23) studie var sjuksköterskorna närvarande och visade att de såg patienterna och ville komma över sjukdomen tillsammans med dem. Att ha kontinuitet i vårdkontakten framkom som viktigt för att kvinnorna inte skulle känna sig övergivna (26). Männerna fick förtroende och tillit till vårdpersonalen när vårdpersonalen såg dem (27). Att få samtala med någon i början av sjukhusvistelsen gjorde patienterna trygga (23). Omfamning av sjuksköterskorna gav patienterna trygghetskänslor och beskrevs som att vara i ett barns värld (23). En patient berättade hur sjuksköterskan satt ner och höll hennes hand när hon var ledsen och att denna handling verkligen betydde mycket för henne (29). När sjuksköterskorna ger det "lilla extra" tolkar Arman och Rehnsfeldt (29) det som att patienterna blivit sedda som människor i den djupaste meningen.

De som befinner sig mitt i den djupaste formen av lidandet spelar i dramats andra akt och måste få tid och rum att lida (6). För patienterna var livet outhärdligt i den djupaste formen av depression (21) och det fanns ingen möjlighet att ta sig igenom lidandet (24). Att vara svårt deprimerad hade inga likheter med det lidande som kunde leda till personlig utveckling. En patient som befann sig i det outhärdliga lidandet ville att personer skulle ha modet att prata om den psykiska sjukdomens existens (24). En annan patient ville att sjuksköterskorna skulle visa uppmärksamhet och konfrontera patienten med lidandet och ställa frågor så att hon kunde lämna tankarna bakom sig och istället lägga energi på annat (30).

Enligt Eriksson (6) vill en person som lider ofta vara ensam, men ändå känna att hon ingår i en gemenskap för att inte väcka känslor av hopplöshet. Detta stämmer med hur sjuksköterskorna i Sneltvedts (28) studie beskrev att det tog tid att bygga upp en relation och att de var tvungna att stå ut med avvisanden, men att de fortsatte att söka kontakt. Sjuksköterskorna tolkade patienternas signaler genom att använda alla sinnen och sin empatiska förmåga (28). Kvinnor och män uttryckte sig olika. Kvinnorna kunde beskriva hur de mådde på ett mer nyanserat sätt och använde oftare metaforer än männen. Männerna fokuserade mer på fysiska symtom (22). Om lidandet bortförklaras eller reduceras till ett fysiskt lidande kan möjlighet till utveckling i lidandet fräntas patienten (6).

Människan kan behöva hjälp att både möta och vara i lidandet. Att vara i lidandet innebär en kamp mellan ytterligheter (6). Kvinnorna upplevde att de pendlade mellan svaghet-styrka, liv-död, kränkning-stolthet, kontakt-avsidestagande samt rädsla-mod. Spänningen mellan tillstånden var smärtsam och vardagliga beslut kunde uppta all tid och kraft (21). Det är då viktigt för sjuksköterskan att finnas där annars kan patienten känna sig övergiven vilket lätt kan leda till hopplöshet (6). Mötet var viktigt för att patienterna skulle kunna uttrycka sitt lidande i ord och medförde att det outhärdliga lidandet blev mer uthärdligt och kunde framåtskrida (30).

Dramats tredje och sista akt handlar om försoning, att hitta en plats där något nytt kan skapas (6). Enligt Wiklund (34) är försoningen av lidandet idealmodellen, men människor kan också reagera och lindra sitt lidande genom att fly undan. De som flyr sitt lidande kommer aldrig komma till dramats tredje akt. Både männen och kvinnorna i Skärsätters (26, 27) studier befann sig i dramats tredje akt och de berättade om olika strategier de använde för att gå vidare i livet. En kvinna trodde att det handlade om att bryta mönster och börja lyssna på sin inre röst (26). Männen berättade att de var mer ödmjuka inför livet och var mer medvetna om sina gränser. Både kvinnorna och männen lyfte fram reflektionens betydelse (26, 27). Genom reflektion kunde de betrakta upplevelsen av att vara deprimerad ur ett större perspektiv och framtiden fick en större mening. En diagnos kunde vara till hjälp i försoningen. Genom diagnosen försvann känslorna av skuld och skam och diagnosen blev en viktig del i processen att acceptera depressionen som en livslång sjukdom (24). Gemenskap och samtal med andra människor, både vänner och vårdpersonal, var en viktig del för kvinnorna i att förstå sig själva bättre (26). Hälsa och gemenskap gick hand i hand. Gemenskapen kunde t.ex. handla om att vara med i en självhjälsgrupp. För männen var försoningen och vägen vidare starkt kopplat till deras roll i samhället (27). Genom att känna sig behövda och att någon lyssnade på dem igen kände de att deras självbild växte.

Slutsats och reflektion

Vi ville undersöka om Erikssons modell om lidande kunde tillämpas i klinisk verksamhet vid omvårdnad av deprimerade patienter. Resultatet visar på att deprimerade patienter upplever alla tre former av lidande som förekommer i vården, sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. I sjukdomslidandet var fysisk smärta samt skuld- och skamkänslor dominerande. Ouppfyllda förväntningar på sjuksköterskans närvaro karaktäriserade vårdlidandet. Livslidandet framkom i samtliga artiklar som beskrev upplevelsen av att vara deprimerad. Tolkning av lindrat lidande utifrån lidandets drama gav en fördjupad förståelse för hur sjuksköterskan kan lindra lidandet. Resultatet visade att patienterna önskade att sjuksköterskan skulle agera aktivt i dramats första och andra akt genom främst bekräftelse och närvaro. Försoningen med lidandet i dramats tredje akt visade sig vara en i huvudsak personlig process där sjuksköterskans närvaro inte var lika påtaglig. Vår slutsats är att teorin om lidande är användbar i omvårdnad av patienter med depression och kan underlätta i sjuksköterskans förståelse för patientens lidande. Vi kommer att möta patienter med depression i såväl somatisk som psykiatrisk vård. För framtida forskning är kvalitativa studier om upplevelsen av att vara deprimerad och samtidigt ha en somatisk sjukdom angelägna för att få kunskap om lidandet ser annorlunda ut vid samsjuklighet med depression. Mer forskning som syftar till att ta fram specifika omvårdnadshandlingar för lindrat lidande vid depression är viktig för sjuksköterskans arbete.

REFERENSER

1. International Council of Nurses. ICN:s etiska kod. Tillgänglig 20080117 från: URL:<http://www.swenurse.se/library/documents/ICNs%20etiska%20kod%202007.pdf>
2. Folkhälsorapporten 2005. Tillgänglig 20080313 från: URL: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/7456A448-9F02-43F3-B776-D9CABCB727A9/3512/20051113.pdf>
3. WHO. Tillgänglig 20080128 från: URL: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
4. Ottoson H, Ottosson J-O. Psykiatriboken. Stockholm: Liber; 2007.
5. Skärsäter I. Återhämtning från depression – är det skillnad på män och kvinnor. Ur: Arvidsson B, Skärsäter I (red). Psykiatrisk omvårdnad – att stödja hälsofrämjande processer. Lund: Studentlitteratur; 2006. s. 101-122.
6. Eriksson K. Den lidande människan. 1:a uppl. Stockholm: Liber; 2001.
7. Nationalencyklopedin. Tillgänglig 20080313 från: URL: http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=280754&i_word=patient
8. Eriksson K (red). Möten med lidanden. Forskningsrapport nr 4. Åbo Akademi; 1993
9. Wasserman D. Depression – en vanlig sjukdom: symtom, orsaker och behandlingsmöjligheter. 3:e uppl. Stockholm: Natur och kultur; 2003.
10. BRIS-rapporten 2007. Tillgänglig 20080313 från: URL: http://www.bris.se/upload/Material/bris_rapporten_2007.pdf
11. Adler H, Gefvert O, Levander S, Tuninger E. Psykiatri: en orienterande översikt. Lund: Studentlitteratur; 2006.
12. World Health Organization. International Statistical Classification of diseases and related health problems: ICD-10. Vol 3. Geneve: World Health Organization; 2004.
13. American Psychiatric Association. Mini-D IV – Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR 4:e uppl. Danderyd: Pilgrim Press; 2002.
14. Lilja J, Larsson S. Nya perspektiv på depression och ångest: en socialpsykologisk forskningsöversikt. Stockholm: Folkhälsoinstitutet, Beroendecentrum Nord, Karolinska institutet, Åbo Akademi; 1998.
15. SBU. Behandling av depressionssjukdomar: en systematisk litteraturöversikt. Vol. 2. Stockholm: SBU; 2004.

16. Rahm Hallberg I. Omvårdnad och arbetsterapi i den psykiatriska vården. Psykiatriuppföljningen. Stockholm: Socialstyrelsen; 1997.
17. Svedberg P. Hälsofrämjande psykiatrisk omvårdnad. Ur: Arvidsson B, Skärsäter I (red). Psykiatrisk omvårdnad – att stödja hälsofrämjande processer. Lund: Studentlitteratur; 2006. s. 39-61.
18. Hedelin B. Att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa – psykiatrisk omvårdnad utanför psykiatrins arena. Ur: Arvidsson B, Skärsäter I (red). Psykiatrisk omvårdnad – att stödja hälsofrämjande processer. Lund: Studentlitteratur; 2006. s. 63-83.
19. SBU, SSF. Evidensbaserad omvårdnad – vid behandling av personer med depressionssjukdomar. Rapport nr 3. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering och svensk sjuksköterskeförening; 1999.
20. Lundström H, Undebjörk H. Upplevelsen av att leva med depression. C-uppsats. Luleå tekniska universitet: 2007. Tillgänglig 20080313 från: URL: <http://epubl.ltu.se/1402-1773/2007/146/LTU-CUPP-07146-SE.pdf>
21. Hedelin B, Strandmark M. The meaning of depression from the life-world perspective of elderly women. *Issues Ment Health Nurs* 2001;22(4):401-20.
22. Danielsson U, Johansson E. Beyond weeping and crying: a gender analysis of expressions of depression. *Scand J Prim Health Care* 2005;23(3):171-7.
23. Moyle W. Nurse-patient relationship: A dichotomy of expectations. *Int J Ment Health Nurs* 2003;12(2):103-9.
24. Nyström M. E, Nyström M. Patients' experiences of recurrent depression. *Issues Ment Health Nurs* 2007;28(7):673-90.
25. Clarke D. M, Cook K. E, Coleman K. J, Smith G. C. A qualitative examination of the experience of 'depression' in hospitalized medically ill patients. *Psychopathology* 2006;39(6):303-12.
26. Skärsäter I, Dencker K, Bergbom I, Häggström L, Fridlund B. Women's conceptions of coping with major depression in daily life: a qualitative, salutogenic approach. *Issues Ment Health Nurs* 2003;24(4):419-39.
27. Skärsäter I, Dencker K, Häggström L, Fridlund B. A salutogenic perspective on how men with major depression in daily life, with the help of professional and lay support. *Int J Nurs Stud* 2003;40(2):153-62.
28. Sneltvedt T. Å vare i en relasjon der en opplever en annens smerte. *Vård i Nord* 2004;24(4):36-40.
29. Arman M, Rehnsfeldt A. The 'little extra' that alleviates suffering. *Nurs Ethics* 2007;14(3):372-84, discussion 384-6.

30. Rehnsfeldt A, Eriksson K. The progression of suffering implies alleviated suffering. *Scand J Caring Sci* 2004;18 (3):264-72.
31. Robertson A, Venter C, Botha K. Narratives of depression. *South African Journal of Psychology* 2005;35(2):331-45.
32. Arman M, Rehnsfeldt A. *Vårdande som lindrar lidande*. Stockholm: Liber AB; 2006.
33. Dahlberg K. *Vårdlidande – det onödiga lidandet*. *Vård i Nord* 2002;22(1):4-8.
34. Wiklund L. *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur; 2003.

BILAGA 1

Depressiv episod enligt ICD-10.

A. Generella kriterier för depressiv episod är uppfyllda. Det vill säga:

- I. Den depressiva episodens varaktighet är minst två veckor.
- II. Ingen tidigare episod med hypomani, mani eller blandtillstånd.
- III. Organisk etiologi utesluten

B. Minst två(lindrig, medelsvår)/samtliga tre(svår) av följande kärnsymtom:

nedstämdhet

nedsatt lust eller intresse

nedsatt energi eller ökad uttrötthet

C. Minst ett till fyra(lindrig, medelsvår)/fem(svår) av följande ledsagande depressiva symtom:

(1) nedsatt självförtroende och självkänsla

(2) självföreläster och skuld känslor

(3) tankar om död och självmord

(4) tanke- och koncentrationsbesvär

(5) agitation eller hämning

(6) sömnstörningar aptit- eller viktförändringar

(7) förändrad aptit med åtföljande viktsförändring

D. Inga hallucinationer, vanföreställningar eller depressiv stupor(svår).

BILAGA 2

Egentlig depressionsepisod enligt DSM-IV

- A. Minst fem av följande symtom har förekommit under samma tvåveckorsperiod. Detta har inneburit en förändring av personens tillstånd. Minst ett av symtomet (1) eller (2) måste föreligga.
- (1) nedstämdhet under större delen av dagen, så gott som dagligen, vilket bekräftas antingen av personen själv (tex. känner sig ledsen eller tom) eller av andra (tex. ser ut att vilja gråta) Hos barn och ungdomar kan irritabilitet förekomma.
 - (2) Klart minskat intresse för eller minskad glädje av nästan alla aktiviteter under större delen av dagen, så gott som dagligen (vilket bekräftas antingen av personen själv eller andra)
 - (3) Betydande viktnedgång (utan avsiktlig bantning) eller viktuppgång (tex. en mer än femprocentig viktökning under en månad), eller minskad alternativt ökad aptit nästan dagligen. Obs. Ta också med i beräkningen och förväntad viktökning hos barnet uteblivit.
 - (4) Sömnstörning (för lite eller för mycket sömn nästan varje natt)
 - (5) Psykomotorisk agitation eller hämning så gott som dagligen (observerbar för omgivningen och inte enbart en subjektiv upplevelse av rastlöshet eller tröghet.
 - (6) Svaghetskänsla eller brist på energi så gott som dagligen
 - (7) Känslor av värdelöshet eller överdrivna eller obefogade skuldkänslor (vilka kan ha vaneföreställningskaraktär) nästan dagligen (inte enbart självföreläuser eller skuldkänslor över att vara sjuk.
 - (8) Minskad tanke- eller koncentrationsförmåga eller obeslutsamhet så gott som dagligen (vilket bekräftas antingen av personen eller av andra
 - (9) Återkommande tankar på döden (inte enbart rädsla för att dö), återkommande självmordstankar utan någon särskild plan, gjort självmordsförsök eller har planerat för självmord.
- B. Symtomen uppfyller inte kriterierna för blandepisod mani/depression.
- C. Symtomen orsakar klinisk signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.
- D. Symtomen beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans eller av somatisk sjukdom/skada (tex. hypotyroidism)
- E. Symtomen förklaras inte bättre med sorgreaktion, dvs den depressiva symtomatologin har varat längre än två månader efter närståendes bortgång eller karaktäriseras av påtaglig funktionsförsämring, sjuklig upptagenhet av känslor av värdelöshet, självmordstankar, psykotiska symtom eller psykomotorisk hämning.

Depressionsepisoden kan specificeras som lindrig (inga symtom utöver det antal som krävs), måttlig (med funktionsnedsättning som uppskattad mellan lindrig och svår) eller svår (ett flertal symtom utöver de som krävs, med markant försämring i individens funktionsförmåga).

Specifikation av melankoli:

- A. Något av följande symtom uppträder under den svåraste perioden i den aktuella episoden:
- (1) förmågan att känna lust eller glädje i aktiviteter har helt, eller i stort sett helt, försvunnit
 - (2) reagerar inte på vanligtvis positiva stimuli (känner sig inte ens tillfälligt särskilt mycket bättre när något roligt inträffar
- B. Minst tre av följande:

- (1) nedstämdheten har distinkt kvalitet (dvs nedstämdheten upplevs helt annorlunda än den känsla som följer efter att ha mist en nära anhörig)
- (2) nedstämdheten är värst på morgonen
- (3) tidigt uppvaknade (minst två timmar före vanlig tid)
- (4) stark psykomotorisk hämning eller agitation
- (5) betydande aptitlöshet eller viktninskning
- (6) överdrivna eller obefogade skuldkänslor

BILAGA 3

Referensnummer: 21

Titel: The Meaning of Depression from the Life-World Perspective of Elderly Women

Författare: Birgitta Hedelin, Margaretha Strandmark

Tidskrift: Issues in Mental Health Nursing

Tryckår: 2001

Syfte: Att få en djupare förståelse för innebörden av depression hos äldre kvinnor.

Metod: Fenomenologisk metod. Kvalitativa intervjuer.

Urval/Population: Fem kvinnor deltog i studien. De hade deltagit i ett interventionsprogram för depressionsprevention och valdes ut i samband med en 6-års-uppföljning. Kvinnorna skulle själva anse sig deprimerade och kunna berätta om sina upplevelser. De skulle även vara bedömda av en läkare eller uppfylla särskilda depressionskriterier. De fick inte lida av demenssjukdom.

Referenser: 56

Land: Sverige

Referensnummer: 22

Titel: Beyond weeping and crying: a gender analysis of expressions of depression

Författare: Ulla Danielsson, Eva E. Johansson

Tidskrift: Scandinavian Journal of Primary Health Care

Tryckår: 2005

Syfte: Att undersöka depression från ett genusperspektiv, genom att fånga deprimerade män och kvinnors erfarenheter och förståelse av sin situation.

Metod: Semistrukturerade djupintervjuer. Data analyserades med en modifierad modell av Grounded Theory.

Urval/Population: Strategiskt urval av åtta kvinnor och tio män. Informanterna var diagnostiserade för depression enligt ICD-10 och hade behandlats med antidepressiva läkemedel och/eller psykoterapi i minst sex månader. Informanterna valdes under tre år på en vårdcentral.

Referenser: 22

Land: Sverige

Referensnummer: 23

Titel: Nurse-Patient relationship: A dichotomy of expectations

Författare: Wendy Moyle

Tidskrift: International Journal of Mental Health Nursing

Tryckår: 2003

Syfte: Att förstå vikten av den terapeutiska relationen genom att undersöka deprimerade patienters upplevelser av att vårdas.

Metod: Fenomenologiskt närmande med fokus på den levda erfarenheten. Kvalitativa intervjuer genomfördes en gång per vecka med alla deltagarna under sjukhusvistelsen. Antalet intervjuer varierade från en intervju till intervjuer varje vecka under sex månader. Dataanalysen gjordes med Giorgi's metod

Urval/Population: Sex kvinnor och en man som vårdades på ett psykiatrisjukhus. Deltagarna skulle ha diagnosen egentlig depression och vara villiga och förmögna att berätta om sina upplevelser av att bli vårdade.

Referenser: 34

Land: Australien

Referensnummer: 24

Titel: Patients´experience of recurrent depression

Författare: Maria E. Stigsdotter Nyström, Maria Nyström

Tidskrift: Issues in Mental Health Nursing

Tryckår: 2007

Syfte: Att undersöka hur patienter med återkommande depression upplever att vara sjuka

Metod: Ett reflektivt livsvärldsperspektiv för att förstå den levda upplevelsen av att vara deprimerad. Datainsamling skedde genom ostrukturerade öppna intervjuer. Dataanalysen baserades på deskriptiv fenomenologi.

Urval/Population: Tio personer deltog i studien. De valdes från två olika kliniker samt från en patientförening för affektiva sjukdomar. Deltagarna skulle ha upplevt återkommande depression och vara villiga och förmögna att berätta om det.

Referenser: 52

Land: Sverige

Referensnummer: 25

Titel: A Qualitative Examination of the Experience of Depression in Hospitalized Medically Ill Patient

Författare: David M. Clarke, Kay E. Cook, K. John Coleman, Graeme C. Smith

Tidskrift: Psychopathology

Tryckår: 2006

Syfte: Att beskriva upplevelsen av att vara deprimerad och att skilja upplevelser som är unika för depression från upplevelser som är vanliga vid sjukdom och sjukhusvistelse.

Metod: Kvalitativ metod med ostrukturerade intervjuer.

Urval/Population: 49 kvinnor och män inlagda på en medicinsk avdelning. Patienterna screenades med en ett instrument för att klassificera om de var deprimerade. Patienterna delades in i dem som troligen var deprimerade och de som troligen inte var det.

Referenser: 41

Land: Australien

Referensnummer: 26

Titel: Women´s Conceptions of Coping with Major Depression in Daily Life: A qualitative, Salutogenic Approach

Författare: Ingela Skärsäter, Karina Dencker, Ingegerd Bergbom, Lars Häggström, Bengt Fridlund

Tidskrift: Issues in Mental Health Nursing

Tryckår: 2003

Syfte: Att med ett salutogent närmande beskriva kvinnors sätt att hantera depression i vardagen med hjälp av vårdpersonal och andra.

Metod: Fenomenografisk, deskriptiv, kvalitativ design med intervjuer baserade på en intervjuguide. En pilotintervju genomfördes. Fenomenografisk analys av datan.

Urval/Population: 13 kvinnor deltog i studien, utvalda genom strategiskt urval. Kvinnorna hade diagnostiserats för depression enligt DSM-IV och hade vårdats på två psykiatriska vårdavdelningar någon gång under perioden 1997-1998.

Referenser: 55

Land: Sverige

Referensnummer: 27

Titel: A salutogenetic perspective on how men cope with major depression in daily life, with the help of professional and lay support

Författare: Ingela Skärsäter, Karina Dencker, Lars Häggström, Bengt Fridlund

Tidskrift: International Journal of Nursing Studies

Tryckår: 2003

Syfte: Att med ett salutogent perspektiv beskriva hur män hanterar depression i vardagen med hjälp av vårdpersonal och andra.

Metod: Deskriptiv, kvalitativ design inspirerad av fenomenografi. Datainsamling genom intervjuer baserade på en intervjuguide. En pilotintervju genomfördes. Fenomenografisk analys av datan.

Urval/Population: 12 män som hade vårdats för depression enligt DSM-IV på två psykiatriska vårdavdelningar någon gång under perioden 1997-1998. Strategiskt urval.

Referenser: 44

Land: Sverige

Referensnummer: 28

Titel: Å vaere i en relasjon der en opplever en annens smerte

Författare: Torild Sneltvedt

Tidskrift: Vård I Norden

Tryckår: 2004

Syfte: Att beskriva hur sjuksköterskor upplever mötet med patienter som lider av svår depression, och beskriva deras strategier för att klara av sina upplevelser.

Metod: Kvalitativ metod med fenomenologiskt närmande. Data samlades in genom halvstrukturerade intervjuer.

Urval/Population: Sju sjuksköterskor som jobbade på ett större psykiatriskt sjukhus. Samtliga sjuksköterskor jobbade på avdelningar som behandlade deprimerade patienter, hade specialistutbildning i psykiatri och hade jobbat 12.5 år i genomsnitt.

Referenser: 24

Land: Norge

Referensnummer: 29

Titel: The 'Little Extra' that Alleviates Suffering

Författare: Maria Arman, Arne Rehsfeldt

Tidskrift: Nursing Ethics

Tryckår: 2007

Syfte: Att hitta empiriska och kliniska indikationer för god etisk vård och undersöka innebörden av idealt vårdande i praktiken.

Metod: Hermeneutisk metod. Sokratiske dialog med sjuksköterskorna och författarna samt sokratiske dialog med sjuksköterskestudenterna och en författare. Datainsamlingen kompletterades med två kvalitativa intervjuer från en studie om patienters uppfattning av lidande och lindring. Data analyserades i två steg. Först genom ett fenomenologiskt närmande och sedan genom ett hermeneutiskt närmande.

Urval/Population: Sex sjuksköterskor under vidareutbildning och fyra sjuksköterskestudenter under sin sista termin, samt två patientintervjuer från en tidigare studie med cancersjuka patienter.

Referenser: 35

Land: Sverige

Referensnummer: 30

Titel: The progression of suffering implies alleviated suffering.

Författare: Arne Rehnfeldt, Katie Eriksson

Tidskrift: Scandinavian journal of caring sciences

Tryckår: 2004

Syfte: Att undersöka utvecklingen av lidande i mötet mellan den lidande personen och vårdgivaren från perspektivet livsförståelse.

Metod: Hermeneutiskt närmande. Informanterna ombads beskriva en period i livet som hade avgörande betydelse och vad deras närstående betydde för dem under denna tid. Även de närstående intervjuades. Datainsamling bestod av brevskrivning och kvalitativa intervjuer. En pilotstudie gjordes.

Urval/Population: Totalt 22 personer. Nio personer som upplevt perioder i livet som haft avgörande betydelse för dem, fem kvinnor med bröstcancer och åtta närstående.

Referenser: 50

Land: Sverige

Referensnummer: 31

Titel: Narratives of depression

Författare: Alan Robertson, Chris Venter, Karel Botha

Tidskrift: South African Journal of Psychology

Tryckår: 2005

Syfte: Att ur ett psykologiskt synsätt undersöka meningen av depression så som den framkom i livsberättelserna hos individer som själva bedömde sig vara deprimerade.

Metod: Kvalitativ studie med öppna intervjuer.

Urval/Population: Tio volontärer deltog, fem kvinnor och fem män i åldrarna 19-72. Fem pratade afrikanska, fyra engelska och en setswana. Alla pratade engelska under intervjun. Rekryteringarna gjordes bland universitetsstuderande och i kyrkor i staden där författaren bodde. Kriteriet för att få vara med var att de själva bedömde sig vara deprimerade.

Referenser: 32

Land: Sydafrika