



Zohreh Masiri Monji & Benafsha Alkozay

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKGT13, HT 2018

Nivå: Grundnivå

Handledare: Kristina Eivergård

Examinator: Ingrid Hellström

Patienters upplevelse av att vara drabbade av depression

En litteraturöversikt

Patient's experience of being depressed

A literature review

Sammanfattning

Bakgrund: Depression är ett ökande folkhälsoproblem i världen som leder till stort lidande hos personer i form av bland annat isolering, ovisshet och nedstämdhet. Antalet deprimerade patienter blir fler. Vi som blivande sjuksköterskor kommer att möta dessa patienter i vården och därför är det viktigt att vara medveten om hur de upplever sin vardag, sin vård och sitt tillstånd för att kunna ge den bästa möjliga vården.

Syfte: Syftet var att belysa patienters upplevelse av att vara drabbade av depression.

Metod: I denna litteraturstudie användes tolv vetenskapliga artiklar som analyserades enligt Fribergs metod. Dessa artiklar hämtades från CINAHL, PubMed och PsycINFO och granskades sedan och användes för att skriva resultatet. Utgångspunkten var Katie Erikssons teori om vårdlidande.

Resultat: I resultatet identifierades fyra övergripande teman varav ett av teman hade två underteman och ett hade ett undertema. Första temat innehöll *upplevelsen av att inte ha kontroll över sig själv* med underteman: *isolering* och *att uppleva förändrad identitet*. Andra temat var *önskan att få mer information* med underteman: *att vilja vara delaktig i beslutfattandet*. Det tredje temat var *den betydelsefulla tilliten* och sista temat var *att uppleva god eller bristande kompetens hos personalen*.

Diskussion: Litteraturöversiktens diskussion belyste patienternas upplevelser av depression utifrån Katie Erikssons teori om vårdlidande. Det visade sig att patienterna kände sig isolerade och otrygga dels på grund av deras bristande information om depression, omgivningens syn på deras sjukdom samt vårdens brist på kunskap. Vid sådan situation kan lidande uppstå enligt Katie Eriksson.

Nyckelord: Depression, upplevelser, psykisk hälsa, patient, vårdkvalité.

Abstract

Background: Depression is an increasing public health problem in the world that leads to suffering among people in terms of isolation. The number of depressed patients is growing. We as future nurses will meet these patients in care and therefore it is important to be aware of how they perceive their everyday lives, care and state to provide the best possible care.

Aim: The aim was to illustrate the patient's experience of suffering from depression.

Method: In this literature study, twelve scientific articles were analyzed according to Friberg's method. These articles were retrieved from CINAHL, PubMed and PsycINFO that got reviewed and used to write the result. The starting point was Katie Eriksson's theory about care suffering.

Results: In the result, four overall themes were identified, which one of themes had two subthemes and one had one subtitle. The first theme was *the experience of not having control over oneself* with subtitles: *isolation* and *experiencing changed identity*. Another theme was *the desire to get more information* with the subtitle: *wanting to be involved in decision making*. The third theme was *the importance of trust* and the last theme was *of experiencing good or lack of skills in the staff*.

Discussion: The literature review discussed the patient's experiences of depression based on Katie Eriksson's theory about care suffering. It turned out that the patients felt isolated and insecure because of their lack of information about depression, the environment's view of their illness and the lack of knowledge of the care. In such a situation, suffering may come up according to Katie Eriksson.

Keywords: Depression, experience, mental health, patient, quality of care.

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
2. Bakgrund	1
2.1 Definition av begreppet depression	2
2.2 Orsaker till depression	3
2.3 Genusperspektiv	4
2.4 Att vara närstående	5
2.5 Behandling vid depression	5
2.6 Omvårdnad vid depression mer generellt om omvårdnad vid depression	7
2.7 Problemformulering	8
3. Syfte	8
4. Teoretisk utgångspunkt	8
5. Metod	9
5.1 Datainsamling	10
5.2 Urval	10
5.3 Dataanalys	10
6. Forskningsetiska överväganden	11
7. Resultat	12
7.1 Upplevelse av att inte ha kontroll över sig själv	12
7.1.1 Isolering	13
7.1.2 Att uppleva en förändrad identitet	13
7.2 Önskan att få mer information	14
7.2.1 Att vilja vara delaktig i beslutsfattande	15
7.3 Den betydelsefulla tilliten	15
7.4 Att uppleva god eller bristande kompetens hos vårdpersonalen	16
8. Diskussion	17
8.1 Metoddiskussion	17
8.2 Resultatdiskussion	18
9. Kliniska implikationer	21
10. Förslag till fortsatt forskning	21
11. Slutsats	21

Referensförteckning	23
Bilaga 1. Sökmatrix	28
Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat	30

1. Inledning

Depression är en psykisk sjukdom som ökar i samhället och är ett av de största hälsoproblemen i världen. Statistik från World Health Organization [WHO] (2016) visar att 350 miljoner personer i hela världen är drabbade av depression vilket klassificerar depression som den mest funktionsnedsättande sjukdomen i världen. Vem som helst kan drabbas av depression och för att förhindra isolering och otrygghet behövs kunskap hos personen, vården och samhället. Det är viktigt att vårdpersonal utvecklar sina kompetenser för att kunna identifiera depression och de olika formerna för sjukdomen för att kunna ge den vård patienten behöver. Vi som blivande sjuksköterskor har valt detta ämne för att vi är intresserade av människans psykiska hälsa. Vi vill fördjupa oss i ämnet och öka våra kunskaper kring denna sjukdom som är stor bland invånarna idag.

2. Bakgrund

Depression är en sjukdom som enligt WHO (2016) är en av de vanligaste sjukdomarna hos mänskligheten. Depression var det tredje största hälsoproblemet år 2004 och det beräknas bli världens största hälsoproblem år 2030. Nationella folkhälsoenkäten har visat att var femte person i Sverige, det vill säga 19 procent av invånarantal i åldern 16–84 har fått diagnosen depression åtminstone en gång i livet (Folkhälsomyndigheten, 2017). Det uppskattas att ungefär var tredje av dessa personer har drabbats av depression mer än en gång.

Lundbystudien är en psykiatrisk epidemiologisk studie och en av de mest berömda studierna som har gjorts för depression (Dahlström, 2014). Studien påbörjades år 1947 i Sverige och pågår fortfarande. Det genomfördes mer än 2500 personliga intervjuer vid tre olika tillfällen mellan åren 1947 till 1972 som visade att 42,2 procent av kvinnorna och 22,5 procent av männen som deltagit i studien har vid något tillfälle under sitt liv blivit så gravt deprimerade att de har varit i behov av behandling. Femtio år efter den första fältundersökningen, mellan år 1997–2000 gjordes det en fjärde intervju med ungefär 3500 personer vars resultat påvisat att livstidsrisken för depression hade dämpats för kvinnor men hade inte förändrats hos män. Vidare beskriver studien att var tredje kvinna och var fjärde man i Sverige drabbats av depression någon gång i livet.

2.1 Definition av begreppet depression

Egentlig depression är den vanligaste formen av depression som kan indelas i tre nivåer lätt, måttlig eller svår (Skärsäter, 2014a). Sjukdomstillståndet kan påverka känslor, tankar och beteende hos den drabbade. Wasserman (2003) beskriver att egentlig depression kan delas upp vidare i två kategorier: unipolär affektiv sjukdom och bipolär affektiv sjukdom. Den förstnämnda betyder att personen enbart har depressionsperioder medan bipolär affektiv sjukdom innebär att personen genomlider både depressions- samt maniska perioder.

Föreliggande litteraturöversikt fokuserar på egentlig depression, vilket i fortsättningen kommer att betecknas som depression. I denna litteraturöversikt kommer begreppet patient användas som enligt Socialstyrelsen (u.å.) innebär en person som får eller är registrerad för att erhålla hälso- och sjukvård.

Diagnosen depression ställs först när patienten känner sig nedstämd eller tappat intresset för omvärlden (Skärsäter, 2014a). Symtomen skall finnas under minst två veckor. Vid undersökning av depressionens svårighetsgrad är samtal med patient och dennes närstående viktigt. Vid utvärdering av den information som inhämtats vid samtalet används vanligen skattningsskalor för att uppskatta graden av depression. En av de vanligaste skalor som används är HRSD (Hamilton Rating Scale for Depression) som innehåller totalt 21 frågor som kan ge maximalt 66 poäng. 14 poäng i HRSD skalan visar om eller hur allvarligt patienten är deprimerad. Mer än 30 poäng inträffas hos svårt deprimerade.

DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) och ICD-10 (International Classification of Diseases) är diagnoskoder som används för klassifikation av sjukdomar som bland annat används vid diagnostisering av depression (Socialstyrelsen, 2017). Enligt det diagnostiska systemet DSM-5 skall följande kriterier vara uppfyllda för att kunna ställa diagnosen depression. Fem av nedanstående symptom ska ha visats hos patienten. Dessa symptom ska innefatta ett av de två första, har skett under samma två veckorsperiod nästan varje dag samt har betytt en uppenbar förändring av patientens vanliga funktionsnivå (Allgulander 2014). Symtomen är: nedstämdhet under större delen av dagen, tydligt reducerat intresse för många aktiviteter under större delen av dagen, sömnstörning (för mycket eller för lite, nästan varje natt), betydlig viktnedgång (oavsiktligt), svaghetskänsla, psykomotorisk agitation, känsla av värdelöshet

och/eller oberättigade skuldkänslor, reducerad koncentrations- och tankeförmåga eller obeslutsamhet, upprepade tankar på döden eller självmordstankar.

Depression kategoriseras som psykisk sjukdom och är kopplad till förändringar i stämningsläget och bidrar till ett stort lidande för patienten (Skärsäter, 2014b). Funktionella undersökningar genomförda med hjälp av magnetisk resonanskamera (MRI) och positronemissionstomografi (PET) visar att det finns vissa förändringar i hjärnan hos patienter med depression (Wasserman, 2003). Funktionen hos hypotalamus signalsubstanser serotonin, dopamin samt noradrenalin kommer i obalans vid depression (Cullberg, 2001). Signalsubstanser är med i det komplicerade systemet som överför impulser bland nervcellerna. Psykiskt välbefinnande kan påverkas av både ökning och minskning av halten hos signalsubstanser. Signalsubstanser har inverkan på bland annat känslor, initiativförmågan, tankeverksamheten, sömnen samt aptiten.

2.2 Orsaker till depression

Det finns varierande uppfattningar och åsikter angående uppkomsten av depression. Risken att bli deprimerad påverkas både av ärftlighet och av påfrestningar under uppväxten. Det biologiska arvet anses ha en stor roll för svåra depressioner men inte lika stor roll vid medelsvåra, lindriga, depressioner (Allgulander, 2014). Fried, Nesse, Guille och Sen (2015) påpekar att det finns en koppling mellan depression och stress. Deras studie visade att stress bidrar till en ökning av depressiva symtom bland annat koncentrationssvårigheter, utmattning och sömnproblem. I en studie av Turkoglu, Essizoglu, Kosger och Aksaray (2015) framgår det att det finns en koppling mellan depression och trauma i barndomen. Vid upplevd emotionell misshandel under barndomstiden var kopplingen tydlig. Depression kan också utlösas vid negativa händelser i livet bland annat tortyr, mobbning, sjukdom och dödsfall (Wasserman, 2003). Hur patienten handskas med sådana händelser beror utöver arvslagen även på utbildning, ekonomiska förhållanden och kultur. Resultatet av en studie av Chen et al. (2005) visar att förekomsten av depression oftast är beroende av brist på socialt stöd, äktenskapsproblem, sämre hälsotillstånd och även negativa livshändelser under de senaste två åren. Det har visat sig att faktorer såsom missbruk, utmattning, årstider och läkemedelsbiverkningar kan också vara bidragande orsaker till depression (Allgulander, 2014).

Att vara drabbad av fysisk sjukdom kan också leda till depression (Wasserman, 2003). Kopplingen mellan depression och somatisk sjukdom kan delas in i två kategorier, de som har en direkt koppling och de som har en indirekt koppling. Den direkta kopplingen kan beskrivas som sjukdom i ett organ som producerar hormon såsom binjurarna, sköld- eller talkottkörteln distraherar det hormonella systemet som befinner sig i nära funktionell och anatomisk anslutning med CNS (Central nervous system) och kan bidra till nedstämdhet samt depression. Sjukdom som har inverkan på immunsystemet kan också orsaka störning i CNS och bidra till depression. Den indirekta kopplingen menas att vid sjukdomar såsom stroke, demenssjukdom, multipel skleros, parkinsons sjukdom och epilepsi skadar delar av hjärnan och de psykologiska konsekvenser som dessa sjukdomar medför, indirekt leder till depression. Hjärtinfarkt, cancer, anemi, kronisk luftvägsinfektion, kronisk astma och reumatism kan betyda stora ändringar och avgränsningar i livet som kan resultera till depression.

Depression kan yttra sig i form av smärta och varierande kroppsliga symtom som kallas psykosomatik (Skärsäter, 2006). Psykosomatiska besvär ses mer hos personer som har problem med att prata om sina känslor och psykiska problem.

2.3 Genusperspektiv

Genus är de föreställningar och förväntningar personer och samhället har på människor beroende på deras biologiska kön (Skärsäter, 2006). Depression och dess symtom är könsbetingade. Diagnosen depression beror på vad patienten rapporterar och deras subjektiva upplevelse. Det anses att kvinnor drabbas av depression oftare än män (Modig, Hilde & Bremberg, 2012). Vidare beskriver författarna i studien att det kan bero på att kvinnor uttrycker sina känslor tydligare än män samt att de utsätts för flera känslomässiga perioder i livet till exempel graviditet och klimakteriet. Modig et al (2012) beskriver även att männen har ett mer utagerande beteende och visar sina känslor genom att omsätta känslorna i handling. Detta kan leda till att de lättare hamnar i missbruk.

Enligt Skärsäter (2006) kan depression yttra sig hos kvinnor genom nedstämdhet, trötthet samt dålig självkänsla och hos män via irritation och aggressivitet. Det finns även skillnad mellan kvinnor och män när det gäller hantering av depression. Kvinnor använder antidepressiva läkemedel i större utsträckning för att dämpa oron medan män tycks föredra alkohol. Wasserman (2003) anser att anledningen kan vara att kvinnor söker vård i större omfattning jämfört med män.

2.4 Att vara närstående

Enligt Socialstyrelsen (u.å.) är närstående den person patienten anser ha en nära relation till. Vid många tillfällen kan det vara den närstående som är det viktigaste för patienten, särskilt vid kroniska och långvariga sjukdomar eftersom att det är då den närstående kan ta på sig rollen som en vårdare (Dahlberg & Segesten, 2010). Detta bidrar till patientens välbefinnande.

Hjälp av närstående vid psykisk ohälsa ökar allt mer vilket kan bero på att slutenvårdsplatserna har minskat (Dahlberg & Segesten, 2010). Wirrell, McGill, Kelly och Bowman (2014) beskrev i sin studie att depression inte är begränsad till den person som upplever sjukdomen utan också till dem som stöttar en person med depression såsom familj och vänner. Enligt Dahlberg och Segesten (2010) kan depression bli kronisk. Vid en långvarig eller kronisk sjukdom ska det läggas stor vikt på att det tas beslut där både närstående och patienten kan vara delaktig i och få god kunskap om sjukdomen.

Allgulander (2014) skriver att kunskap hjälper patienten och närstående att kunna bemöta symtomen och andra situationer som kan uppstå vid depression vilket leder till en ökad förståelse som underlättar problemlösning och reducerar risken för återfall. Vidare beskriver Dahlberg och Segesten (2010) att vårdpersonalen bör försöka förstå hur de inblandade påverkas av sjukdomen. I dialog med patienten och dess närstående skall vårdpersonalen ge vägledning och stöd vilket gör detta möjligt för dem att vara delaktiga i vård och behandling (Socialstyrelsen, 2017). Vårdpersonalen ska även undervisa och informera patienten och närstående, både individuellt och i grupp. Närstående får då ett större ansvar vilket betyder att de borde få mer stöd och hjälp för att hantera de tuffa situationerna på ett bra sätt (Skundberg-Kletthagen, Wangensteen & Hall-Lord, 2015). I studien beskrivs även att patientens depression kan påverka närståendes relation till varandra. Det kan finnas osäkerhet kring deras framtid samt relationen, upplevelsen av att drömmarna är krossade eller att närstående och patienten upplever en ny identitet efter insjuknandet.

2.5 Behandling vid depression

Det är angeläget att fungerande och relevanta behandlingsåtgärder för depression finns tillgängliga, då sjukdomstillståndet vållar stort lidande för patienter (Skärsäter, 2014a). Sjuksköterskor möter patienter med depression överallt inom vården och har således ett

stort ansvar när det gäller att identifiera och bemöta dessa patienter så att de kan få den bästa möjliga vården. Depression är ett allvarligt sjukdomstillstånd som kan medföra att patienten får svårigheter att klara vardagslivet, med reducerad livskvalitet som följd (Socialstyrelsen, 2017). Om patienten inte får lämplig behandling finns en ökad risk för stegvis försämring med mer funktionsnedsättning.

Interpersonell terapi (IPT) och kognitiv beteendeterapi (KBT) används vid behandling av lätt samt måttlig depression (Allgulander, 2014). KBT hjälper patienten att förändra sitt sätt att tolka sina upplevelser av stressande situationer som framkallar känslor av ångest och hopplöshet som kan leda till depression (Socialstyrelse, 2017). Målet med KBT är att ändra negativa synsätt mot en mer verklighetsbetonad självbild samt att höja patientens förmåga att själv kunna influera sin situation och övervinna svårigheter.

IPT och KBT har en jämlik effekt med läkemedelsbehandling (Läkemedelsverket, 2016). SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) rekommenderas i första hand vid lätt och måttlig depression. SSRI tillser att mer noradrenalin eller serotonin håller sig kvar längre runt nervändarna och påverkar inte andra ämnen som är nödvändig för hjärnans normala funktion. På detta sätt uppnås en förhöjd impulsöverföring och följaktligen en förbättring i de depressiva symtomen. Den mest effektiva behandlingen vid svår depression är läkemedel i form av tricykliska antidepressiva (TCA). TCA på samma sätt som SSRI ökar halterna av noradrenalin och serotonin men har även en påverkan på dopamin samt acetylkolin.

Elektrokonvulsiv terapi (ECT) kan vara aktuell som komplettering till läkemedel. (Läkemedelsverket, 2016). I en studie av Jelovac, Kolshus och McLoughlin (2013) framkom det att risken för recidiv av depression efter ECT är stor och i de flesta fall drabbas patienten av en ny depression inom sex månader. Däremot en kombination av ECT och antidepressiva läkemedel visade att halvera risken för recidiv under de första sex månaderna.

Fysisk aktivitet har positiv inverkan på depression. I en studie av Ademmer et al. (2014) framkom det att pulsträning i form av boxningsövningar, cirkelträning samt stepövningar med en intensitet på 60–70 procent av maxpuls, i 45 minuter och tre gånger per vecka har effekt för att minska depressiva symtom.

Enligt en studie av Parrish, Peden och Staten (2008) är kombinationen av mediciner och kognitiv terapi den mest effektiva strategin vid behandling av depression. Totalt 85 procent av deprimerade personer botas med en kombinationsbehandling av antidepressiva läkemedel och någon typ av samtalsterapi.

2.6 Omvårdnad vid depression

Omvårdnadens centrala syfte är att främja hälsa ur ett individuellt perspektiv och sjuksköterskan har en viktig roll i hälsofrämjande insatser med patienten (Svedberg, 2006). Målet med omvårdnaden är att stödja patientens hälsa. Därmed är det angeläget att sjuksköterskor inom psykiatri har tillräcklig kunskap om samspelets innebörd med deprimerade patienter. Mötet mellan patienten och sjuksköterskan grundar kärnan i omvårdnaden och det är där patienten kan erhålla bekräftelse och närhet. En genuin relation betyder att sjuksköterskan är närvarande med vilja, känsla, förnuft och ödmjukhet. Kontinuerlig kontakt, engagemang samt bra bemötande krävs för att möjliggöra tillit mellan patienten och sjuksköterskan. Detta gör att patienten ska kunna delge sina känslor och tankar om sin depression.

En av sjuksköterskans viktigaste uppgifter är att identifiera patientens uttalade behov av den orsaken att svåra ämnen kan vara besvärliga att tala om (Skärsäter, 2014b). Omvårdnaden vid depression fokuserar på hur patienten upplever hälsa och livskvalité, därför har sjuksköterskan en viktig funktion i att individanpassa omvårdnaden till patienten (Skärsäter, 2014b; Epstein, et al., 2010).

Sjuksköterskans förmåga att visa medkänsla och empati kan ha en positiv inverkan på patientens tillfrisknande vilket är av stor vikt för att patienten ska känna sig förstörd och sedd (Allgulander, 2014). Detta påpekas även i en studie av Barnicot, Wampold och Priebe (2014) där deltagarna som har fått ett mer respektfullt och empatiskt bemötande har reagerat bättre på behandlingen och färre har drabbats av djupare depression.

Enligt sjuksköterskans kompetensbeskrivning ska arbete, bortsett från vårdform och verksamhetsområde, kännetecknas av ett etiskt förhållningssätt (Svensk sjuksköterskeförening [SSF], 2017). Detta ska grunda sig på pålitlig erfarenhet och kunskap samt genomföras enligt rådande författningar och riktlinjer. Sjuksköterskan ska tillfredsställa patientens grundläggande samt specificerade omvårdnadsbehov såsom psykiska, fysiska, andliga, sociala och kulturella behov. Sjuksköterskan ska även ha förmåga att bevara det friska hos patienten samt observera och bemöta patientens sjukdomsupplevelse och lidande och försöka lindra det med hjälp av lämpliga åtgärder. Sjuksköterskan ska kommunicera med patienter, personal och anhöriga på ett empatiskt, respektfullt och lyhört sätt.

Respekt för människans värdighet, sårbarhet, autonomi samt integritet är centrala värden i omvårdnaden (SSF, 2016). Hälsofrämjande arbete vid vård av depression betyder att förstärka patientens autonomi (Skärsäter, 2014a). Följaktligen är det viktigt att upprätta en inflytelserik kontakt med närstående för att tillsammans sätta ihop mål för patientens tillfrisknande och hälsa.

2.7 Problemformulering

I tidigare studier framgår det att depression är ett av världens största folkhälsoproblem som drabbar både män och kvinnor. Depressionen påverkar patientens livskvalité och orsakar stort lidande för patienten och även dess närstående. På grund av att allt fler drabbas av depression så ställs högre krav på sjukvården. Sjuksköterskans syfte är att främja hälsa och en viktig del i det är att stödja patienten och ha kunskap om hur bemötandet ska ske. Det är angeläget att sjuksköterskan ska försöka vara närvarande med vilja, känsla, förnuft och ödmjukhet samt tidigt kunna uppfånga tecken på depression och ge rätt omvårdnad. Av den orsaken behövs större förståelse och kunskap om deprimerande patienters upplevelse av sin sjukdom.

3. Syfte

Syftet var att belysa patienters upplevelse av att vara drabbade av depression.

4. Teoretisk utgångspunkt

Katie Erikssons omvårdnadsteori framställs som existerande av tro, hopp samt kärlek som är grunden för omsorg (Eriksson, 1987). Med detta menar Eriksson ett mål att kunna nå en positiv framtid. Enligt henne är kärlek en bro som sedan leder från sig själv till de andra människorna som är inom omvårdnaden. Eriksson (1987) beskriver även att människan utvecklas i samverkan av andra som familj, vänner och även vårdare. Med detta menar hon att varje individ behöver en annan människa som kan vårda. Människan formas med hjälp av andra, hon menar att alla har en tro som ger ett hopp och tillit. Människan behöver bekräftelse och denna bekräftelse inger mod och kraft.

En naturlig del av människans liv är lidande. Det finns även människor som inte har förmågan att lida, människor som har blivit avlägsnade från det lidande som är en beståndsdel av deras naturliga utveckling som människa. De nivåer människan lever på har nära koppling till lidandet. För den person som eftersträvar frihet och att få vara sig

själv, kan lidande utgöras av ensamhet. Med detta menas att människan inte kan verkliggöra sitt innersta väsen. Att inte bli sedd som människa beskrivs som det djupaste lidandet. Eftersom människan ofta saknar ett språk för att kunna uttrycka sina upplevelser, blir hen tvungen att förvandla sitt lidande till en form som kan formuleras på ett tydligare sätt. Personen tvingas ge sitt lidande en tolkning. Personens lidande omvandlas till exempelvis ångest, ett fysiskt uttryck eller smärta som kan iakttas. Vårdaren ska kunna definiera det uttryck som personen har för lidandet, till exempel ångest, för att få tag i lidandet. Med hjälp av omformning av ångest till lidande kan vårdaren träda in i det som Eriksson beskriver som lidandets kamp (Eriksson, 1994).

Enligt Eriksson finns det tre typer av lidande nämligen sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdomslidande förekommer till följd av sjukdom och behandling där smärtan är en vanlig orsak. Vårdlidande som enligt Eriksson bör betraktas som ett onödigt lidande, orsakas av sjukvården. Detta kan baseras på bristfällig förståelse för lidande. Livslidande är det lidande som berör hela människans existens och kan exempelvis orsakas av upplevelsen av att inte bli sedd eller faran från en dödlig sjukdom (Eriksson, 1994).

Vårdare behöver en grundläggande och djup förståelse av lidandets innebörd för att kunna bemöta den lidande människan. Att sänka lidandet till ett sjukdomstillstånd bidrar till att hindra den lidandes kapacitet att utveckla och försonas (Eriksson, 1994).

Då litteraturöversikten avser att belysa deprimerande patienters upplevelser av att vara drabbade av depression är Erikssons teori om lidande särskilt lämplig att använda som teoretisk utgångspunkt. Av den orsaken att depression orsakar stor lidande för patienten som kan vara sjukdomslidande, vårdlidande eller livslidande. Denna teori kommer därför användas i resultatdiskussionen.

5. Metod

Författarna har skrivit en litteraturöversikt enligt Friberg (2017) som innebär en översikt och sammanfattning av befintlig forskning inom ett visst kunskapsområde. Författarna har tagit del av vetenskapliga artiklar som svarar på syftet för att sammanställa ett resultat.

5.1 Datainsamling

Sökningen av vetenskapliga artiklar utfördes i databaserna CINAHL, PsycINFO och PubMed. CINAHL rymmer vårdvetenskapliga forskningar som kan ge överblick på både patienten och vårdpersonalens upplevelse samt synsätt och PubMed innehåller medicinsk relaterade artiklar. MeSH termer användes vid sökning för att specificera och förenkla sökningarna i internationella databaser. Följande sökord och MeSH termer användes i denna litteraturöversikt: *“Depression”, “Experience”, “Nurse care”, “Mental Health”, “patient”, “Major Depression”, “Psychiatric”, “Family Perspective”, “Qualitative Study”, “Primary Care”, “Nurse-client”, “Experience of care”*. Syftet fokuserade på patientens upplevelse därför användes sökord som kan relateras till ordet upplevelse. Både ämnesordsökning, fritextsökning och en blandning av dessa med AND eller OR mellan sökorden användes för att få fram relevanta artiklar. Se bilaga 1.

5.2 Urval

De avgränsningar som författarna gjorde var att artiklarna skulle vara ”Peer reviewed” vilket säkerställde att de valda artiklarna var vetenskapligt granskade. Funktionen ”Peer reviewed” finns inte i databasen PubMed då artiklar i denna databas är vetenskapligt granskade. ”Full text” och engelskaspråkligt var begränsningar som fanns vid sökningarna. Artiklarna skulle vara mellan åren 2006–2018 vilket möjliggjorde en aktuell forskning inom området. En annan begränsning var att alla artiklar skulle vara på engelska och handla om depression. Valet av artiklarna utfördes genom att ta hänsyn till titeln på artiklarna sedan lästes abstract och nyckelord för att bedöma om de är relevanta för studiens syfte. Litteraturöversiktens syfte var att belysa deprimerade patienters upplevelser av att vara drabbade av depression och valde därmed kvalitativa vetenskapliga artiklar.

5.3 Dataanalys

Artiklarna som valdes till studien analyserades enligt Fribergs metod (Friberg, 2017). Författarna till föreliggande litteraturöversikt läste artiklarnas rubriker och abstract tillsammans och valde ut de artiklar som ansågs handla om det aktuella ämnet, depression. Elva kvalitativa artiklar och en mixad metodstudie valdes. Då alla artiklar var

skrivna på engelska utfördes en översättning från engelska till svenska med hjälp av ordbok. Detta för att få en så korrekt översättning som möjligt. Därefter började analyseringen av artiklarna enligt Fribergs metod (Friberg, 2017). Det första som gjordes var att författarna läste artiklarna i sin helhet var för sig flertal gånger för att bilda en uppfattning av helheten. Meningar i artiklarna som ansågs svara syftet underströks och skrevs över i ett dokument för att underlätta vidare analysering, även för att öka författarnas förståelse av innehållet i artiklarnas resultat. Författarna sammanfattade artiklarna och gemförde senare sina sammanfattningar för att jämföra och se att de har liknande uppfattningar. Likheter samt skillnader i artiklarnas resultat identifierades med hjälp av den nedskrivna sammanfattningen. Vidare diskuterade författarna och kom fram till olika teman utifrån likheter samt skillnader vilket sedan presenterades under litteraturöversiktens resultat som hade litteraturöversiktens syfte i fokus. För att få en kortfattad överblick av artiklarna skapades en matris av deras innehåll (Bilaga 2).

6. Forskningsetiska överväganden

I val av artiklar vid en litteraturöversikt finns det risk att urvalet inte utförs opartisk därför bör författaren ha syftet i åtanke (Friberg, 2017). Forskningsetik grundar sig i att författaren utför ett etiskt övervägande innan samt under ett forskningsarbete (Kjellström, 2017). Detta möjliggörs genom att granska resultaten av utvalda artiklar på ett sakligt och reflekterande sätt där även författarens uppfattningar och förförståelse iakttas.

Sandman och Kjellström (2013) menar att personer som deltar i studier ska göra det frivilligt, ha rätt att vara anonym och kunna bestämma sig för att stoppa sin medverkan. Artiklarna som använts i litteraturöversikten har ett etiskt tillvägagångssätt i utförandet något som är enligt Sandman och Kjellström (2013) väsentligt för att avhålla sig från att deltagarna särbehandlas eller kommer till skada under studiens tid. Vilket författarna till denna litteraturöversikt förhållit sig till.

För att fastställa att de valda artiklar som använts i denna studie har blivit godkända av en etisk kommitté så har båda författarna granskat dem. För att säkerställa att de etiska ställningstagandena har tolkats på en likställd nivå så har varje författare läst artiklarna för sig och sedan tillsammans gått igenom det båda har kommit fram till. Detta har förhindrat att de etiska ställningstagandena bli personligt tolkade.

Författarnas modersmål är inte engelska och därför användes lexikon, ordböcker och webordbok för översättning till svenska vilket säkerställde noggrann uppfattning av innehållet och hindrade felaktiga översättningar.

7. Resultat

Resultatet i denna litteraturöversikt presenteras i fyra teman och tre underteman. Tema ett är *upplevelsen av att inte ha kontroll över sig själv* med underteman: *isolering* och *att uppleva förändrad identitet*. Tema två är *önskan att få mer information* med underteman: *att vilja vara delaktig i beslutfattandet*. Tema tre är *den betydelsefulla tilliten* och sista temat är *att uppleva god eller bristande kompetens hos personalen*.

7.1 Upplevelse av att inte ha kontroll över sig själv

När symtom på depression började yttra sig väcktes en rad olika känslor hos deltagarna såsom att inte ha kontroll över sig själv (Allan & Dixon, 2009; Feely & Long, 2009; Bryant-Bedell & Waite, 2010; Feely, Sines & Long, 2007; Stigsdotter Nyström & Nyström, 2007). Känslan av att inte ha kontroll över sig själv bidrog till att deltagarna blev förvirrade då de inte hade förståelse för vad som drabbat dem. De hade svårt att förstå sig själva och detta ledde till rädsla, oro och ångest. Att inte ha kontroll över sig själv och sitt humör upplevdes av deltagarna som förnedrande vilket ingav känslor av lidande hos dem. De berättade också om sina svårigheter med att förklara sitt lidande med ord till andra. En deltagare i Stigsdotter Nyström och Nyström (2007) studie förklarade sin upplevelse av hur hennes lidande ignorerades. Enligt henne kunde lidandet uppmärksammas och tas på allvar av omgivningen om hon hade fysisk skada.

Deltagarna berättade att de inte visste vad depression innebar (Feely et al., 2007; Bryant-Bedell & Waite, 2010). Under detta skede försökte de organisera sina sociala liv men det var inte lätt för dem eftersom situationen av att inte ha kontroll över sig själv medförde stress och hopplöshet. Deltagarna i studien av Feely et al (2007) berättade om sina upplevelser i början av sjukdomen då de hade negativa föreställningar om sig själva och kände sig värdelösa samt otillräckliga. Deltagarna i Bryant-Bedell och Waite (2010) studie förklarade hur känslan av att inte ha kontroll över sig själv kunde yttra sig. De begrep inte vad som framkallade deras själsliga och kroppsliga ändringar därför upplevde de depressionen som en otrygghet. Detta ledde till känslomässig instabilitet hos deltagarna. Att inte ha kontroll över sig själv ledde till en låg självkänsla samt en

förändrad självbild (Ahlström, Skärsäter & Danielson, 2010). Det beskrevs av vissa deltagare som ett tecken på svaghet och ett personligt bakslag. Detta förorsakade skuld känslor samt skam mot sig själva och omvärlden (Feely & Long, 2009; Ahlström et al., 2010)

7.1.1 Isolering

Att inte ha kontroll över sig själv bidrog till att deltagarna hade svårt att sköta relationer med andra och därmed började isolera sig från omgivningen (Stigsdotter Nyström & Nyström, 2007; Feely & Long, 2009; Hedman Ahlström et al., 2009; Bryant-Bedell & Waite, 2010; Allan & Dixon, 2009). Detta berodde på att depressionen tog över självförtroendet och då blev det svårt att ta sig loss från isoleringen. Isoleringen kändes mer uppenbart när deltagarna inte hade någon att prata med (Allan & Dixon, 2009). För att inte behöva uppvisa sin sjukdom för omgivningen samt få kontroll över situationen och kroppen, valde deltagarna att isolera sig själva (Bryant-Bedell & Waite, 2010). Samtidigt började de att bygga upp en fasad för att kunna undanhålla depressionen. Detta beskrevs som att dölja sig bakom en "mask" vilket betecknades som ett känslomässigt hinder som hjälpte deltagarna att bara visa sin glädje i stället för den riktiga upplevelsen nämligen nedstämdhet. Deltagarna upplevde även att de kunde få suicidtankar på grund av isoleringen som väckte känslor av lidande (Feely och Longs, 2009). Suicid tycktes vara en utväg ur lidandet (Stigsdotter Nyström & Nyström, 2007). Däremot bra relation med familjen medförde reducering av suicidtankar samt framkallade hopp (Ahlström et al., 2010). Även gruppterapi hjälpte deltagarna att kunna dela sina erfarenheter med andra drabbade vilket resulterade i en djupare förståelse för sjukdomen och ökad kontroll (Feely et al., 2009). Gruppaktiviteter gav dem mer självförtroende och även ökad energi vilket minskade graden av isolering. Det kunde bero på att deltagarna kände en gemenskap vilket ledde till att de då hade lättare att uttrycka sig med andra personer som upplevde likadant.

7.1.2 Att uppleva en förändrad identitet

En förändrad identitet och låg självkänsla var en upplevelse hos deltagarna (Feely & Long, 2009; Ahlström et al., 2010; Stigsdotter Nyström & Nyström, 2007; Allan & Dixon, 2009). Deltagarnas negativa självkänsla hade inverkan på deras psykiska och fysiska tillstånd samt gav känslan av förändrad identitet. Detta framkallade en förvrängd

verklighetsuppfattning där deltagarna inte kunde uppfatta vad som var orsaken till deras förvirring. Förändring i deltagarnas personlighet hade inverkan på deras humör där de upplevde frustration, aggression och ilska (Feely & Long, 2009; Ahlström et al., 2010). Den förändrade identiteten påverkade deltagarnas inställning om sig själva vilket i sin tur hade inverkan på den sociala tillvaron (Bryant-Bedell & Waite, 2010). I samband med depression upplevde deltagarna en försämrade självkänsla vilket insågs som att känna sig osäker, otillfredsställd och värdelös. Deltagarna upplevde sig själva som nedsättande mot andra personer. I studien av Ahlström et al (2010) beskrevs att sämre självförtroende ökade deltagarnas behov av bekräftelse via social kontakt.

7.2 Önskan att få mer information

Deltagare kontaktade sin vårdcentral i första hand efter upplevelserna av de första symtomen (Simon, Loh, Wills & Härter, 2007). Genom vårdcentralen fick de vidare information om depression och vilka behandlingar som kan förekomma. Flera av deltagarna nämnde att de även fick information om sjukdomen och behandlingsalternativen genom att läsa i sociala medier och böcker. En del av deltagarna i Simon et al (2007) hade kännedom om depression samt behandlingen från familj och vänner som hade liknande symptom tidigare när de hade drabbats av depression. Vissa av deltagarna i samma studie fick depressions diagnos samt information om det genom läkare på deras vårdcentral men upplevde inte att de fick någon ytterligare information om sjukdomen. De fick vänta på att behandling i slutenvård skulle påbörjas och där få mer information.

Majoriteten av deltagarna som vände sig till öppenvård ansåg att det var svårt att samtala med läkare om sin depression och besöket började med andra oviktiga ämnen (Allan & Dixon, 2009). De upplevde att det var svårt att förstå vad läkarna menade när de förklarade deras tillstånd. För att kunna fatta ett beslut för sin behandling så önskade deltagarna att få mer information om sin sjukdom och även längre tid för rådfrågning. Enligt deltagarna reducerades graden av ångest när de fick information om depression. Information gav även inblick om hur depression kunde yttra sig.

Deltagarna hade en önskan om mer emotionellt stöd och mera realistiska och lugna diskussioner (Simon et al., 2007). De ansåg att vårdpersonalen inte hade nog med kunskaper kring depression för att kunna ge information till dem på ett lämpligt sätt.

7.2.1 Att vilja vara delaktig i beslutsfattande

Majoriteten av deltagarna tyckte att både de och vårdpersonalen skulle vara delaktiga i det beslutsfattande förloppet (Simon et al., 2007; Gaillard, Shattell & Thomas, 2009). Deltagarna menade att ett gemensamt beslutsfattande skulle kunna göra att deras tankar och synpunkter blev respekterade av vårdpersonalen. Vissa deltagare önskade att den ansvariga läkaren skulle ha mer effektiv roll i beslutsfattandet, detta eftersom att en del mår så dåligt att beslutet inte kunde tas på egen hand (Simon et al., 2007). I sådan situation skulle det enligt deltagarna kännas lugnande om läkaren fattade beslutet. I samma studie beskrevs att deltagarna hade ansvaret att ta beslutet vid val av öppenvård eller slutenvård. Trots att de inom öppenvård hade möjlighet att vara medansvariga för arbetet samt i familjen men ängslan för att erhålla otillräcklig behandling steg. Enligt deltagarna så övervägdes slutenvården eftersom de tyckte att slutenvården var en säker miljö till dem där de kunde känna sig trygga och slippa vardagens press.

Deltagarna i studien av Gaillard et al. (2009) upplevde att vårdaren ansåg att de inte kunde vara ansvariga för sig själva och deras handlingsplaner vilket påverkade deras självförtroende negativt. Deltagarna kände sig missförstådda när de inte betraktades som autonoma vuxna som kunde medverka i planeringen av behandling. De nämnde upplevelser av att pressas till oönskade behandlingar. Situationer beskrevs i studien där deltagarnas känslor och beteenden avskedades eller felaktigt sågs som "överdramatiska", "uppträdande för att få uppmärksamhet" eller som ett normalt livsstadium.

7.3 Den betydelsefulla tilliten

I flera studier påpekades vikten av tillit, förtroende och förståelse och dess påverkan på skapandet av en god vårdrelation (Allan & Dixon, 2009; Feely & Long, 2009; Lee King et al., 2015). Deltagarna tyckte att vårdpersonalen borde skapa en tillitsfull relation genom att lyssna, stödja, undervisa och vara där för dem (Feely & Long, 2009; Lee King et al., 2015). Flera deltagare i studierna av Feely, Sines och Long (2007) samt Allan och Dixon (2009) kände att det var svårt att prata om sitt tillstånd. De menade att sjuksköterskan skulle ha ett välvilligt språk som kunde leda till tillit och respekt mellan dem. Detta kunde bidra till en ökad självkänsla hos deltagarna. Deltagarna önskade att språket skulle lämpas efter deras förmåga. När vårdpersonalen använde ett professionellt språk var det svårt för deltagarna att förstå, detta gjorde att de kände sig underlägsna

vilket även ökade risken att de fick fel diagnos och därmed behandlades fel. I Gaillard et al. (2009) studie framkom det att deltagarna blev frustrerade av det upprepade behovet av att förklara sig själva och deras beteende. Vårdarens brist på förståelse gjorde dem ännu mer frustrerade, vilket skadade tilliten. Deltagarna kände sig utsatta för felaktiga uppfattningar och bedömningar vilket bidrog till att de blev försiktiga med att avslöja sin psykiska sjukdom.

Feely et al. (2007) beskrev att deltagarna förväntade sig att få hopp från vårdpersonalen och att de hade en viktig roll i att främja deras utveckling av relationer. Deltagare ansåg att det var väsentligt att vårdpersonalen upprättade en tillitsfull och säker relation med dem och deras närstående (Feely & Long, 2009; Lee King et al., 2015). Lee King et al. (2015) beskrev i sin studie vikten av vårdrelationen. Deltagarna i studien uttryckte att vårdpersonalen kunde skapa en vårdrelation med dem genom att förstå och respektera deras åsikter.

7.4 Att uppleva god eller bristande kompetens hos vårdpersonalen

Deltagarna hade lågt förtroende för vårdens kunskaper om depression (Allan & Dixon, 2009). I en studie som gjordes av Gaillard et al. (2009) beskrevs det att flera deltagare hade erfarenhet om hur deras psykiatriska diagnos hade effekt på den omsorg de fick. Under upprepade besök i akutrummet ignorerades deltagarnas frågor och bekymmer och flera läkare felaktigt relaterade deltagarnas fysiska symtom till deras psykiska sjukdom.

Vidare utveckling till välbefinnande hade nära koppling till det vårdande mötet (Feely & Long, 2009). En förberedd och kunnig vårdare som var utbildad och kunde implementera samtalsterapi för att utveckla ett ”jag-du förhållande” kunde hjälpa patienten att hitta sitt själv som blivit dold i samband med sjukdomen. Enligt studien ansågs det att samarbete krävdes för att patienternas behov tillgodoses. Detta kunde leda till ökning av vårdkvalitén samt underlättning av tillfrisknandet. När vårdaren inte hade tillräckligt med förmåga att begripa patientens situation så blev det svårt att förstå själva patienten, detta på grund av att vården inte genomfördes på ett adekvat sätt.

I ytterligare två studier upplevde deltagarna att deras vårdgivare betraktade dem som ett problem istället för att fokusera på det problem som påverkade patienterna (Coastworth-Puspoky, Forchuk, Ward-Griffin., 2006; Gaillard et al., 2009). Deltagarna beskrev att de upplevde sig som avlägsnade då de ansågs som ett nummer, en diagnos

eller ett psykfall och inte som en människa med sin sjukdom, vilket stärkte deras känslor av utanförskap och ensamhet (Coastworth-Puspoky et al., 2006).

Vidare beskrev deltagarna i studien av Gaillard et al (2009) att de kände sig objektifierade av deras vårdgivare samt att deras mentala hälsa sågs som "något brutet som behövde lösas". Detta resulterade i att interaktioner mellan deltagare och vårdpersonalen blev mekaniskt. Deltagarna berättade om flera erfarenheter med vårdgivare som var oengagerade, inte hade ögonkontakt och inte gav feedback. Däremot lade de mer uppmärksamhet på de skriftliga journalerna än vad deltagarna sa. Deltagarna i en annan studie uppfattade att de flesta psykiatriker hade mer fokus på föregående dokumentation än på det patienterna hade att berätta (Feely och Long, 2009).

I andra studier beskrevs relationen mellan patient och vårdare som en viktig faktor i patientens välbefinnande (Lee King et al., 2015; Coastworth-Puspoky et al., 2006). Deltagarna beskrev att det var lättare för dem att anknyta till den vårdpersonal som lyssnade och brydde sig om dem (Lee King et al., 2015). I studie av Coastworth-Puspoky et al. (2006) betonades vikten av vårdpersonalens personlighet och beteende och dess påverkan på patienternas känslor av trygghet vilket i sin tur kunde hjälpa patienterna att ta tag i sina problem.

8. Diskussion

8.1 Metoddiskussion

Syftet med föreliggande litteraturöversikt var att beskriva patientens upplevelse av att vara drabbade av depression. En kvalitativ studie förklarar upplevelserna om en händelse (Olsson & Sörensen, 2011). Därför valde författarna till detta arbete kvalitativa artiklar. Kvantitativa studier uteslöts då de inte förmedlar patienternas upplevelse. Författarna använde sig utav databaserna PubMed, PsycINFO och CINAHL Complete, Advanced search, med MESH-termer det som kallade specifika ämnesord. Eftersom att dessa är de största databaserna som innehåller vetenskaplig forskning. Forsberg och Wengström (2016) beskriver att vid användning av flera olika databaser har man större chans och hitta flera innehållsrika och relevanta artiklar. I detta arbete valdes tre databaser för att få ett bredare resultat utav artiklar. Via denna sökning hittade författarna artiklar som var relevanta för litteraturöversikten. Författarna valde tolv artiklar som svarade litteraturöversiktens syfte. Författarna kvalitetsgranskade artiklarna genom att gå igenom syftet, metoden, deltagarna, dataanalysen samt resultatet (Fribergs, 2017). När författarna

utförde en så kallad pilotsökning fann de många artiklar kring depression. Författarna valde ut artiklar som var skrivna mellan år 2006 och 2018. Detta för att få mer relevanta samt nya forskningar i resultatet men också för att sökningen ska begränsas. Nackdelen med tidsbegränsningen kunde vara att författarna missade andra relevanta artiklar som har skrivits innan år 2006. Men fördelen är att arbetet stärks med nya artiklar. För att inte riskera feltolkning av artiklarna översattes de så noggrant som möjligt av båda författarna.

Eftersom det inte fanns tillräckligt vetenskapligt arbete inom ämnet i Sverige som kunde ge svar på studiens syfte valde författarna att använda studier från hela världen. Studierna var genomförda i Nya Zeeland, Kanada, Irland, USA, Sverige, Australien och Tyskland. Svagheten med det var att vården kan tolkas och ses annorlunda i andra länder än Sverige. Å andra sidan kan detta vara en styrka för studien eftersom det ges en helhetssyn på patientens upplevelse av depression i hela världen med olika kulturer. Katie Erikssons teori valdes för denna litteraturöversikt, då denna teori har lidande i fokus som kunde tillämpas på denna översikts resultat.

8.2 Resultatdiskussion

Resultatdelen i denna litteraturstudie visade att depressiondrabbade patienter hade behov av stöd för att på bästa sätt kunna hantera sina känslor såsom isolering, lidande och att inte ha kontroll över sig själv. De uppfattade främst att det fanns brist på information kring depression och de tvekade även på att sjukvården kunde hjälpa dem. De ville ha någon som kunde lyssna, förstå, bry sig om dem och som kunde hjälpa dem med att hantera problemen.

I resultatet framkom det att deltagarnas tillstånd påverkades av den omsorg och bemötande de fick av vårdpersonalen. Att deltagarna betraktades som ett fall och sågs inte som en hel människa ledde till att de inte hade förtroende för vården. I en studie av Parrish, Peden och Staten (2008) framkom det att tillfredsställelse av patienternas behov möjliggjordes när vårdpersonalen var tillgängliga samt när patienterna blev sedda och lyssnade på ett helhetsperspektiv. Enligt ett helhetsperspektiv ska vården genomföras med avseende på andliga, miljömässiga och kulturella perspektiv. När patienten inte blir sedd, hörd och tagen på allvar uppstår vårdlidande (Dahlberg et al., 2003). Att bli sedd och hörd gör att patienten känner att någon visar omtanke. Däremot blir patienten sårad och kränkt då de inte blir sedd och hörd. I en studie av Campbell, Gately och Gask

(2007) framgick det att patienter med depression hade en större chans att få bra vård när sjukvården hade ett betryggande sätt att bemöta patienter. I samma studie framgick det även att deltagarna ville behandlas som individer och få lämplig vård.

I resultatet framkom det att deltagarna upplevde otrygghet då de inte förstod vad som har hänt. De begrep inte vad de drabbats av vilket ledde till isolering och mer stress i vardagen. Detta i sin tur ledde till negativa funderingar som upplevdes genom nedstämdhet. Detta kan tolkas som ett vårdlidande som uppstår när patienten inte begriper vad som sker eller inte får tillräcklig information om sin sjukdom (Dahlberg et al., 2003). Att inte få kunskap och rätt information kan också förstås som ett vårdlidande (Eriksson, 1987). När deltagarna tog reda på att det handlar om depression hjälpte det dem att kunna strukturera sitt liv. Patientens självkänsla kränks när hen inte förstår (Dahlberg et al., 2003). Bristande information och ovisshet om vad som har skett är bidragande faktor till otrygghet som är förknippat med vårdlidande. Enligt en studie av Casey och Long (2003) kan diagnos betyda reducering av osäkerheten. Att få sin diagnos gör att patienten bli lättad och kan acceptera sin sjukdom samt lidandet. Deltagarna i samma studie upplevde att deras känslor av självanklagelse och skuld försvann efter att de fick sin diagnos. Detta underlättade för dem att handskas med sjukdom.

En gynnsam åtgärd för ensamhet anses vara stödgrupp (Perese & Wolf, 2005). Stödgrupp kan vara ett bra tillfälle där patienten får möta andra personer i liknande situation samt tar del av deras erfarenheter. Detta bidrar till att patienten får råd och stöd, utvecklar relationer till andra medlemmar, bildar ett socialt nätverk och därmed ökas livskvalité.

I resultatet beskrevs det positiva mötet mellan sjuksköterskan och patienten som inflytelserik i en vårdrelation för att bilda en interaktion. Det framkom även att relationen mellan sjuksköterskan och patient kunde bildas enbart genom lyhördhet samt öppenhet för patientens tillstånd. Vid vård av patienter med depression var sjuksköterskans ansvar att tillhandahålla en personcentrerad och kunskapsrik omvårdnad. Katie Eriksson (1987) förklarar vårdrelationen som en grund till vårdandet, vilket skall basera på ömsesidighet samt eftersträva att stötta patienten i sin sjukdomsupplevelse. Stöttning innebär bland annat att ge korrekt och utförlig information. I kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska beskrivs det att sjuksköterskan skall ha förmåga att skapa en bra kommunikation med patient, personal och närstående (SSF, 2017). Fokuset i kommunikation skall ligga på respekt för patienten och närstående samt undervisning och information skall ges för att möjliggöra den bästa möjliga vården. Enligt Hälso- och

sjukvårdslagen [HSL] (SFS 1982:763) skall information anpassas på ett sätt att patienten kan ta till sig den, särskild när det handlar om en deprimerad patient som kan vara svårsmottaglig för information. Trots det framkom det i resultatet att deltagarna upplevde att vården inte gav dem tillräckligt information om sjukdomen och behandlingen vilket gjorde de rädda och osäkra om situationen.

Att information minskar graden av ångest och oro hos patienten bekräftades i resultaten där deltagarnas ångest reducerade när de erhöll information om sjukdomen och behandlingen. Ångest är ett slags tecken på lidande och oron som patienter uttrycker vid brist på information. Lidande är en del av livet enligt Eriksson (1987) och den lidande människan behöver vård och omsorg för att göra detta lidande hårdbart. Accepterandet av lidandet är enligt Eriksson (1994) väsentligt för att kunna gå vidare som människa. Nekande av lidandet bidrar däremot till förnekelse av en part av livet samt människans möjlighet att bli en hel person. Det är ett hot mot människans existens att inte se lidandets möjligheter eller att försöka utplåna det helt. Det kan även vara förödande att försöka bortförklara lidandet istället bör människan försöka göra det till en del av sitt liv. Att lindra lidandet är ett av sjuksköterskans ansvar (SSF, 2012).

Vikten av tillit och förtroende framkom i resultatet. Avsaknad av tillit i relationen mellan patienten och sjuksköterskan gör att patienten blir ytterligare sårbar och utsatt än vad hen redan är till följd av depressionen (Svedberg, 2006). Sjuksköterskans ärliga engagemang och vänlighet är grunden till skapandet av tillit. Även kontinuitet mellan personalen leder till att patienten kan uppbygga förtroende för vårdaren. Enligt Skärsäter (2014a) kan sjuksköterskan i mötet med patienterna stödja dem på ett professionellt sätt genom att till exempel förenkla deras uttryck av sin ångslan och sitt bekymmer, stödja de till att bilda dagliga vanor samt uppmuntra till nytänkande.

I resultaten framkom det att deltagarna hade svårt att förstå vad läkarnas syfte var vid förklaring av deras tillstånd. Läkarna använde ett professionellt språk vilket var svårt för patienterna att förstå. Deltagarna upplevde även att de fick en kort besökstid. I en studie av Gask, Rogers, Oliver, May och Roland (2003) ville de undersöka hur vårdkvaliteten i en primär psykisk vård skulle påverka patienterna. Fokuset hade i en stor utsträckning varit på läkaren när det gällde att upptäcka och även hantera patienternas problem vid depression. Patienterna hade svårt för att diskutera sina problem med en läkare. Speciellt när patienterna var osäkra på att depressionen var en anledning till att besöka sjukvården. Patienterna hade en känsla av att de inte vill ta läkarnas tid för att prata om sin depression, eller att läkarna inte kommer lyssna och förstå deras känslor, de är inte villiga

med att följa upp patienterna med depression. I en artikel av Wortans et al. (2006) upplevde deltagarna att samtalet med sjuksköterskor var mindre obehagligt och formellt i jämförelse med exempelvis samtalet med läkarna. Patienterna tyckte att bland annat sjuksköterskors ödmjukhet var en av orsakerna till den öppna kommunikationen.

9. Kliniska implikationer

Denna litteraturstudie klargör att vårdpersonalen kan göra mycket med små saker. De kan skapa informationshäften angående depression, om vad det är, symtomen, behandlingsalternativ och om de olika stöd man kan få. Vårdpersonalen kan föreslå patienternas närstående att delta på läkarbesöken och råda patienterna att informera de närstående om det. Denna litteraturöversikt kan hjälpa vårdpersonalen att kunna ha en dialog med depressiondrabbade patienter. Dialogen hjälper sjuksköterskan att förstå patienten och förändringar som sjukdomen orsakat. Kommunikationen med patienten gör att personcentrerade vården underlättas och patienten får en möjlighet att delta i sin vård. Författarna till denna studie hade en tanke om att vårdpersonalen ska inhämta mer kunskap om depression och bemötande med de drabbade samt öka sin kompetens i patientstöd och hälsofrämjande arbete. Kunskap och bemötande har en stor betydelse för patientens välbefinnande samt ökar kvaliteten av vården. Detta hjälper patienten att handskas med svåra situationer såsom isolering och att inte ha kontroll över sig själv.

10. Förslag till fortsatt forskning

Resultatet i denna litteraturöversikt visar att det finns brist på tillräckligt med forskning inom detta område. Mer forskning bör göras för att belysa problematiken med depression utifrån olika synsätt. Vidare forskning kan fokuseras på exempelvis diagnostisering av depression, hantering av depression, att ge information och hur man kan öka kunskaperna om helhetsperspektiv. Även en forskning om människors negativa uppfattningar om psykisk ohälsa behövs eftersom att det framkom i resultaten att deprimerade patienter isolerade sig på grund av rädsla, oro och att bli dömd av andra.

11. Slutsats

Litteraturöversiktens resultat visade att deltagarna inte förstod riktigt vad som hade drabbat dem vilket ledde till isolering och lidande. Brist på kunskap hos vårdpersonalen

var en annan bidragande faktor till lidandet hos patienterna. Deltagarna ville ha mer stöd från vårdpersonalens sida. De upplevde en otrygghet gentemot vårdpersonalen på grund av deras bristande kommunikationsförmåga, intresse och kunskap. När informationen var individanpassad och korrekt och vårdpersonalen var engagerade samt hade en professionell förhållningsätt hanterade patienten sin situation på ett bättre sätt. Det behövs stöd och omsorg för att patienten ska kunna acceptera sig själv och sin sjukdom för att kunna gå vidare.

Referensförteckning

* = artiklar som använts i resultatet

Ademmer, K., Banzer, W., Hänsel, F., Malchow, B., Mehler, P., Oertel-Knöchel, V.,...Zopf, Y. (2014). Effects of aerobic exercise on cognitive performance and individual psychopathology in depressive and schizophrenia patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 264(7), 589-604. doi:10.1007/s00406-014-0485-9

*Ahlström, HB., Skärsäter, I., & Danielson, E. (2010). The meaning of major depression in family life: The viewpoint of the ill parent. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1-2), 284-293. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02851.x

*Allan, J., & Dixon, A. (2009). Older women's experiences of depression: A hermeneutic phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(10), 865-873. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01465.x

Allgulander, C. (2014). *Klinisk psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.

Barnicot, K., Wampold, B., & Priebe, S. (2014). The effect of core clinician interpersonal behaviours on depression. *Journal of Affective Disorders*, 167, 112-117. doi:[10.1016/j.jad.2014.05.064](https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.064)

*Bryant-Bedell, K., & Waite, R. (2010). Understanding major depressive disorder among middle-aged African American men. *Journal of advanced nursing*, 66(9), 2050-2060. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05345.x

Campbell, S. M., Gately, C., & Gask, L. (2007). Identifying the patient perspective of the quality of mental healthcare for common chronic problems: A qualitative study. *Chronic Illness*, 3, 46-65. doi:[10.1177/1742395307079193](https://doi.org/10.1177/1742395307079193)

Casey, B., & Long, A. (2003). Meaning of madness: A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(1), 89-99. doi:10.1046/j.1365-2850.2003.00562.x

Chen, R., Wei, L., Hu, Z., Qin, X., Copeland, J. R., & Hemingway, H. (2005). Depression in older people in rural china. *JAMA Internal Medicine*, 165(17), 2019-2025. doi:10.1001/archinte.165.17.2019

*Coastworth-Puspoky, R., Forchuk, C., & Ward-Griffin, C. (2006). Nurse-client processes in mental health: recipients' perspectives. *J Psychiatry Ment Health Nurs*, 13(3), 347-355. doi:10.1111/j.1365-2850.2006.00968.x

Cullberg, J. (2001). *Dynamisk psykiatri i teori och praktik*. Stockholm: Natur och Kultur.

- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserund, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlström, C. (2014). *Panikångest och depression: frågor och svar om två av våra vanligaste folksjukdomar*. Stockholm: Natur och kultur.
- Epstein, R. M., Duberstein, P. R., Feldman, M. D., Rochlen, A. B., Bell, R. A., & Kravitz, R. L., ... Paterniti, D. A. (2010). "I didn't know what was wrong:" How people with undiagnosed depression recognize, name and explain their distress. *Society of General Internal Medicine*, 25(9), 954–961. doi:[10.1007/s11606-010-13670](https://doi.org/10.1007/s11606-010-13670)
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber.
- *Feely, M., & Long, A. (2009). Depression: A psychiatric nursing theory of connectivity. *Journal of psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(8), 725-737. doi:10/1111/j.1365-2850.2009.01452.x
- *Feely, M., Sines, D., & Long, A. (2007). Early life experiences and their impact on our understanding of depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(4), 393-402. doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01097.x
- Folkhälsomyndigheten. (2017). *Depression – ett stort folkhälsoproblem som kan förebyggas*. Hämtad 16 september, 2018, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2017/april/depression-ett-stort-folkhalsoproblem-som-kan-forebyggas/>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation*. Stockholm: Natur och Kultur
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 141–152). Lund: Studentlitteratur.
- Fried, E-I., Nesse, R-M., Guille, C., & Sen, S. (2015). The differential influence of life stress on individual symptoms of depression. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 131(6), 465- 471. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/acps.12395>

- *Gaillard, L., Shattell, M., & Thomas, S. (2009). Mental health patients' experiences of being misunderstood. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 15(3), 191-199. doi:10.1177/1078390309336932
- Gask, L., Rogers, A., Oliver, D., May, K., & Roland, M. (2003). Qualitative study of patients' perceptions of the quality of care for depression in general practice. *British Journal of General Practice*, 53(489), 278–283. Hämtad från databas CINAHL Complete.
- Jelovac, A., Kolshus, E., & McLoughlin, DM. (2013). Relapse following successful electroconvulsive therapy for major depression: A meta-analysis. *Neuropsychopharmacology*, 38, 2467-2474. doi:10.1038/npp.2013.149
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 57–80). Lund: Studentlitteratur.
- *Lee King, P-A., Cederbaum, J-A., Kurzban, S., Norton, T., Palmer, S-C., & Coyne, J-C. (2015). Role of patient treatment beliefs and provider characteristics in establishing patient-provider relationships. *Family Practice*, 32(2), 224–231. doi:10.1093/fampra/cmu085
- Läkemedelsverket (2016). *Depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom hos barn och vuxna*. Hämtad 10 oktober, 2018, från, [HYps://lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlings--rekommendationer/Behandlingsrekommendation---listan/Depression-angestsyndrom-och-tvangssyndrom-hos-barn-och-vuxna/](https://lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlings--rekommendationer/Behandlingsrekommendation---listan/Depression-angestsyndrom-och-tvangssyndrom-hos-barn-och-vuxna/)
- Modig, C., Hilde, M., & Bremberg, S. (2012). *Psykisk Hälsa* [Broschyr]. Stockholm: Att lära av vanvården.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Parrish, E., Peden, A., & Staten, R. (2008). Strategies used by advanced practice psychiatric nurses in treating adults with depression. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44(4), 232-240. doi:10.1111/J.1744-6163.2008.00182.x
- Perese, E-F., & Wolf, M. (2005). Combating loneliness among persons with severe mental illness: Social network interventions' characteristics, effectiveness, and applicability. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(6), 591-609. doi:10.1080/01612840590959425
- Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: Etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 19 oktober, 2018, från: Sveriges riksdag, https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763

*Simon, D., Loh, A., Wills, CE., & Härter, M. (2007). Depressed patients' perception of depression treatment decision-making. *Health Expectations*, 10(1), 62–74.
doi:10.1111/j.1369-7625.2006.00424.x

Skundberg-Kletthagen, H., Wangensteen, S., Hall-Lord, M., & Hedelin, B. (2015). Experiences of the psychiatric specialist health services- the perspective of relatives of inpatients with severe depression. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(2), 117-123.

Skärsäter, I. (2006). Återhämtning från depression: är det skillnad på män och kvinnor. I B. Arvidsson & I. Skärsäter (Red.), *Psykiatrisk omvårdnad: Att stödja hälsofrämjande processer (s. 101–122)*. Lund: Studentlitteratur.

Skärsäter, I. (2014a). Psykisk ohälsa. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa (s. 611–638)*. Lund: Studentlitteratur.

Skärsäter, I. (2014b). Förstämmningssyndrom. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: På grundläggande nivå (s. 67–93)*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (u.å.). *Termbanken*. Hämtad 10 oktober, 2018, från: <http://termbank.socialstyrelsen.se/>

Socialstyrelsen. (2017). *Vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning*. Hämtad 16 oktober, 2018, från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20743/2017-12-4.pdf>

Socialstyrelsen. (2018). *Könsperspektiv i det försäkringsmedicinska beslutsstödet*. Hämtad 17 oktober, 2018, från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19311/2013-12-36.pdf>

*Stigsdotter Nyström, M.E., & Nyström, M. (2007). Patients' experiences of recurrent depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 28(7), 673–690.
doi:10.1080/01612840701416064

Svedberg, P. (2006). Hälsofrämjande psykiatrisk omvårdnad. I A. Barbro & I. Skärsäter (Red.), *Psykiatrisk omvårdnad: Att stödja hälsofrämjande processer (s. 39–61)*. Lund: Studentlitteratur.

- Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: SSF: Hämtad 01 September, 2018, från: [HYPs://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Etik/Vardegrund-for-omvardnad/](https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Etik/Vardegrund-for-omvardnad/)
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: SSF: Hämtad 01 oktober, 2018, från: [HYPs://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/kompetensbeskrivning-for-legitimerad-sjukskoterska/](https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/kompetensbeskrivning-for-legitimerad-sjukskoterska/)
- Turkoglu, S-A., Essizoglu, A., Kosger, F., & Aksaray, G. (2015). Relationship between dysfunctional attitudes and childhood traumas in women with depression. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(8), 796–801. doi:[10.1177/0020764015585328](https://doi.org/10.1177/0020764015585328)
- Wasserman, D. (2003). *Depression en vanlig sjukdom: symtom orsaker och behandlingsmöjligheter*. Stockholm: Natur och kultur.
- *Wells, A., Lagomasino, I-T., Palinkas, L-A., Green, J-M., & Gonzales, D. (2013). Barriers to depression treatment among low-income, latino emergency department patient. *Community Ment Health J*, 49, 412–418. doi:10.1007/s10597-012-9547-5
- Wirrell, J., McGill, K., Kelly, P. J., & Bowman, J. (2014). Caring for Someone with Depression: Attitudes and Clinical Practices of Australian Mental Health Workers. *Australian Psychologist*, 49(6), 403-411. doi:10.1111/ap.12058
- World Health Organization [WHO]. (2016). *Media center: depression*. Hämtad 01 oktober, 2018, från: [ttp://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/)
- Wortans, J., Happell, B., & Johnstone, H. (2006). The role of the nurse practitioner in psychiatric/mental health nursing: Exploring consumer satisfaction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(1). doi: 10.1111/j.1365-2850.2006.00916.x

Bilaga 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
PsycINFO	MJ Major depression AND TI depressive disorder AND experience	88	Full text, Peer reviewed, 2006-2018, middle age, English	15	4	Bryant-Bedell, K., & Waite, R. (2010).
PsycINFO	MA depression AND experience of care AND Patient AND qualitative	65	Linked full text, Peer reviewed, 2006-2018, References available, Adult	12	2	Simon, D., Loh, A., Wills, CE., & Härter, M. (2007). Stigsdotter Nyström, M. E., & Nyström, M. (2007).
PsycINFO	major depression AND family perspective AND qualitative study	15	Linked full text, Peer reviewed, 2006-2018, English	5	1	Ahlström, HB., Skärsäter, I., & Danielson, E. (2010).
PsycINFO	depression AND quality of care AND primary care AND doctor-patient relationship	13	Linked full text, Peer reviewed, 2006-2018, English,	5	1	Lee King et al. (2015).
PubMed	MA depression AND nursing AND personal AND social	21	Peer reviewed, 2006-2018, English,	7	2	Feely, M., Sines, D., & Long, A. (2007).
CINAHL	mental health AND nurse-client	8	Peer reviewed, 2006-2018, References available, English, Europe	4	1	Coastworth-Puspoky, R., Forchuk, C., & Ward-Griffin, C. (2006).

CINAHL	mental health AND patient experience AND to be understood	87	Peer reviewed, 2006-2018, References available, English, Adult	9	3	Gaillard, L., Shattell, M., & Thomas, S. (2009).
CINAHL	MH depression AND psychiatric AND connectivity	36	Peer reviewed, 2006-2018, English	9	3	Feely, M., & Long, A. (2009).
CINAHL	MW depression AND MW experiences AND patient AND mental illness	10	Peer reviewed, 2006-2018, English	3	1	Allan, J., & Dixon, A. (2009).
CINAHL	major depression AND family perspective AND qualitative study	17	Linked full text, Peer reviewed, 2006-2018, English	6	2	Wells, A., Lagomasono, I., Palinkas, L., Green., & Gonzales, D. (2013).

Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Ahlström, HB., Skärsäter, I., & Danielson, E. (2010).	The meaning of major depression in family life: the viewpoint of the ill parent.	År: 2010 Land: Sweden Tidskrift: Journal of clinical nurses	Att belysa betydelsen av depression i familjeliv ur en deprimerad föräldrarnas synvinkel	Design: Kvalitativ. Urval: Åtta föräldrar, sju kvinnor och en man med depression. Dataanalys: Narrativa intervjuer Analys: fenomenologisk – hermeneutisk, tolkningsmetod	I resultatet framkom upplevelsen av att drabbas av en nästan ohanterlig situation och värdelöshet som följd. Det togs även upp om upplevelsen att förenas med situationen såsom att vara nöjd, vara aktiv samt bevara föräldraskap. Trots att det fanns ett bekymmer över deras välbefinnande samt deras dåliga självförtroende kände de sig trygga av att vara nära familjen.
Allan, J., & Dixon, A.	Older women's experiences of depression: a hermeneutic, phenomenological study.	År: 2009 Land: Nya Zeeland Tidskrift: Issues in mental health nursing	Att undersöka äldre kvinnors upplevelse av depression.	Design: Kvalitativ Urval: 4 äldre kvinnor (som var över 65 år). Dataanalys: Fyra Semistrukturerade intervjuer per person. Analys: Hermeneutisk fenomenologisk analys.	Deltagarna till denna studie isolerade sig själva och sökte inte vård på grund av att de hade en känsla av misslyckande, och detta berodde på depressionen.
Bryant-Bedell, K., & Waite, R.	Understanding major depressive disorder among middle-aged	År: 2010 Land: USA Tidskrift: Journal of advanced	Att identifiera hur män beskrev sina symtom och upplevelser av depression.	Design: Kvalitativ Urval: 10 afrikanska amerikanska män mellan 40 och 59 år som hade depression. Dataanalys: Semistrukturerade intervjuer	Resultatet av studien presenterades i tre teman nämligen: Livshändelser, rädsla och att inte känna igen sig själv där deltagarna berättade om sina upplevelser såsom ensamhet, isolering, otrygghet samt känslomässig instabilitet vilket resulterade i

	African American men.	nursing		Analys: Analysprocessen styrdes av Corbin och Strauss (2008).	att de byggde upp en fasad för att undvika visa sina känslor för andra.
Coastsworth-Puspoky, R., Forchuk, C., & Ward-Griffin, C.	Nurse-client processes in mental health: recipients' perspectives	År: 2006 Land: Kanada Tidskrift: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	Att undersöka patienters erfarenheter av möten med sjuksköterskor inom psykiatriska vården.	Design: Kvalitativ Urval: 8 kvinnor och 6 män (n=14) med depression. Tio av de 14 hade blivit inlagda på sjukhus för psykiatrisk sjukdom medan fyra hade erfarenheter med sjuksköterskor i samhällsbaserade organisationer. Dataanalys: Intervjuer (varje deltagare upp till tre gånger) Analys: En sexstegsprocess utvecklad av Leininger användes	Resultatet i denna studie presenterade den deprimerade patientens berättelse om deras upplevelser av sjuksköterskorna inom psykiatriska vården. Det framkom två typer av relationer. Den första typen av relation beskrivs av deltagarnas uttalanden som "några bra sjuksköterskor". Detta förhållande utvecklades genom faserna av en glimt av hjälp, problemlösning och säga farväl. Den andra typen av förhållande försämrades genom faserna av avhållande, undvikande och ignorering.
Feely, M., & Long, A.	Depression: A psychiatric nursing theory of connectivity	År: 2009 Land: Irland Tidskrift: Journal of psychiatric and mental health nursing	Att undersöka deltagarnas personliga samt professionella upplevelser av att möta depression.	Design: Kvalitativ Urval: 42 personer består av både deprimerade patienter samt sjuksköterskor. Dataanalys: Fokusgrupp samt individuella intervjuer. Analys: Data analyserades med NViVO kvalitativa analysprogramvara.	Patienterna upplevde ensamhet, hjälplöshet, nedstämdhet, otrygghet, lidande och sociala hinder. Deras självinsikt och personlighet förändrades efter en tid och därmed sjukdomen förvärrades.
Feely, M., Sines, D., & Long, A.	Early life experiences and their impact on our understanding of	År: 2007 Land: Irland Tidskrift: Journal of psychiatric	Utforska personens uppfattningar av att leva med depression	Design: Kvalitativ Urval: Fokusgrupp bestående av 7 personer, fyra kvinnor och tre män, som fått diagnosen depression. Dataanalys: Fokusgrupper samt individuella djupintervjuer med	Resultatet tog upp deprimerade patienternas uppfattningar om att leva med depression. Deras upplevelser presenterades i fem teman: 1. Negativ inverkan av betydande livshändelser.

	depression.	and mental health nursing	samt att vårda personer med depression.	ytterligare åtta personer. Analys: Kvalitativ analys för att klassificera och koda data. Grundad teori.	<ol style="list-style-type: none"> 2. Egen skuld. 3. Personliga egenskaper. 4. Ovetande om att ha depression. 5. Att ha sökt hjälp tidigare.
Gaillard, L-M., Shattell, M-M., & Thomas, P-S.	Mental health patients' experiences of being misunderstood	År: 2009 Land: USA Tidskrift: American psychiatric nurses association	Att undersöka psykiska patienters erfarenhet av att bli missförstådda.	Design: Kvalitativ Urval: 20 deltagare, 12 kvinnor och 8 män, som har eller hade psykisk ohälsa varav 11 hade depression. Dataanalys: Semistrukturerade intervjuer, varje deltagare intervjuades tre gånger. Analys: Fenomenologisk	Patienterna upplevde att de blev missförstådda av vårdpersonalen samt sågs som ett objekt och inte som en vuxen person. Därför ville patienterna att sjuksköterskan ska ha mer fokus på den psykiska ohälsan istället för att ha åsikter.
Lee King, A, P., Cederbaum, A, J., Kurzban, S., Norton, T., Palmer, C, S., & Coyne, C, J.	Role of patient treatment beliefs and provider characteristics in establishing patient-provider relationships	År: 2015 Land: USA Tidskrift: Family Practice	Att utvärdera kopplingen mellan patientens tillit till behandling av depression samt vårdarens förmåga att skapa en vårdrelation.	Design: Kvalitativ och Kvantitativ Urval: 29 personer intervjuades kring erfarenhet av sin depression, ångest och behandling; 198 personer besvarade enkäter. Dataanalys: Semistrukturerade intervjuer samt enkäter. Analys: Tvärsnittundersökning med blandad metodstudie.	Patienten berättade när vårdaren var närvarande samt kunde acceptera dem och deras sjukdom bidrog detta till skapande av en god vårdrelation. Ett bättre samarbete med patienten möjliggjordes med hjälp av vårdarens förmåga att lyssna, förstå och skapa ett öppet samtalsklimat. En vårdrelation sammanfattades i öppenhet, ömsesidighet, empati, respekt samt gemensamt beslutsfattande.
Simon, D., Loh, A., Wills, C-	Depressed patients' perception of	År: 2007 Land: Tyskland	Att analysera deprimerade patienters	Design: Kvalitativ Urval: 40 personer med depression. Dataanalys: Semistrukturerade	Vikten av första mötet mellan patienten och vården är i fokus i studien. En god kommunikation samt tillräcklig information

E., & Härter,	depression treatment decision-making.	Tidskrift: Health expectation	uppfattning av beslutsprocessen vid behandling.	intervjuer Analys: Tolkande innehållsanalys	är nödvändiga för att fånga patientens förtroende. Detta gör även patienten delaktig i sin vård och beslutprocessen.
Stigsdotter Nyström, M. E., & Nyström, M.	Patients experiences of recurrent depression.	År: 2007 Land: Sverige Tidskrift: Issues in Mental Health Nursing	Belysa patientens lidande och erfarenheter med upprepad depression.	Metod: Kvalitativ Urval: Tio deltagare, åtta kvinnor och två män. Ålder: 19–67 Dataanalys: semistrukturerade intervjuer. Analys: Innehållsanalys.	Studieresultaten handlade om depressionens påverkan på patienternas själ, kropp, livssituation, relationer. Patienterna hade svårt att förstå sig själva och andra runt omkring sig. De kände sig märkliga för andra. De hade skuld känslor samt dåligt självförtroende.
Wells, A., Lagomasi no, I-T., Palinkas, L., Green, J-M., & Gonzales, D.	Barriers to depression treatment among low-income, latino emergency department patient.	År: 2013 Land: USA Tidskrift: Community Mental Health	Att identifiera hinder som gör det svårt för låg inkomst patienten med depression att söka vård.	Design: Kvalitativ Urval: 24 personer med depression, 5 män och 19 kvinnor. Dataanalys: Intervjuer Analys: Fenomenologisk	Resultatet visade att osäkerhet hos patienterna förhindrade dem att söka psykisk hälsovård. Patienterna hade mer positiv inställning till psykoterapi under medicinering.