



Namn: Awren Hadi och Jenny Vestberg

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKG11X, VT2015

Grundnivå

Handledare: Anita Dahlstrand

Examinator: Åsa Kneck

Kvinnors upplevelse av depression och hur de hanterar sin situation.

Women's experience of depression and how they managed their situation.

Sammanfattning

- Bakgrund:** Depression är en stor folksjukdom och orsakas både av biologiska, fysiska och psykosociala faktorer. Minst 25 procent av alla kvinnor och 15 procent av alla män drabbas någon gång i livet. Som sjuksköterska är det viktigt att vara medveten om kvinnors upplevelser av depression för att kunna möta deras behov av omvårdnad.
- Syfte:** Att belysa kvinnors upplevelse av depression för att bättre förstå deras behov av omvårdnad.
- Metod:** Litteraturoversikt där tio vetenskapliga studier analyserades och tematiserades. Åtta kvalitativa studier och två studier av kvalitativ och kvantitativ metod hämtades från databasen CINAHL Complete och PsycINFO. Sökorden *depression, women's experience, experience of depression, female, nursing, major depression, women* och *social interaction* användes. Teoretisk referensram som använts är Phil Barkers Tidvattenmodell.
- Resultat:** Resultatet presenterades i två huvudteman och fem underteman. Först upplevelser av depression med underteman fysiska och psykiska symtom, uppfattningar om bakomliggande orsaker och utlösande faktorer, upplevelser av skam och skuld. Därefter det andra huvudtemat hantering av sin situation med underteman upplevelser av isolering och ensamhet samt upplevelser kring egenvård.
- Diskussion:** I resultatdiskussionen diskuteras resultatets fynd utifrån Phil Barkers Tidvattenmodell och även ytterligare vetenskapliga artiklar, med syfte att fördjupa förståelsen av resultatet. Det diskuteras att sjuksköterskan har en viktig roll i bemötandet med kvinnor som lider av depression. När kvinnorna upplever att de blir förstådda, kan de lättare hantera sin situation och möjligheterna till återhämtning ökar.

Nyckelord: Människa, depression, kvinnor, upplevelse, vårdande.

Abstract

- Background:** Depression is a very common disease and is caused both by the biological, physical, and psychosocial factors. At least 25 percent of women and 15 percent of all men are affected at some point in their lives. As a nurse, it is important to be aware of women's experience of depression to meet their needs for care.
- Aim:** To illuminate women's experience of depression in order to better understand their needs for care.
- Method:** Literature review in which ten scientific studies were analyzed and thematised. Eight qualitative studies and two studies of qualitative and quantitative method was retrieved from the database CINAHL Complete and PsycINFO. Keywords *depression, women's experience, experience of depression, female, nursing, major depression, women och social interaction* were used. The theoretical framework used is Phil Barker's Tidal Model.
- Results:** The results were presented in two main themes and five subthemes. First experiences of depression with subthemes physical and psychological symptoms, perceptions about the underlying causes and triggers, experiences of shame and guilt. Then the second main theme handling of his situation with subthemes experiences of isolation and loneliness and experiences of self-care.
- Discussions:** The results discussed in the discussion of the result based on the findings Phil Barker's Tidal Model and also additional scientific articles, with the aim to deepening the understanding of the results. It is discussed that the nurse has an important role in responding to women who suffer from depression. When women feel that they are understood, they can more easily manage their situation and the prospects of recovery increases.

Keywords: Human, depression, women, experience, caring.

Innehållsförteckning

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND	1
2.1	DEPRESSIONEN - HISTORIK, ORSAKER, FÖRLOPP OCH BEHANDLING	1
2.1.1	Affektiva sjukdomar	2
2.1.2	Egentlig depression.....	3
2.1.3	Vård och behandling.....	4
2.2	OMVÅRDNAD AV PATIENTER MED DEPRESSION	5
2.2.1	Stigmatisering.....	6
2.3	PROBLEMFÖRMULERING.....	6
3	SYFTE	7
4	TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	7
4.1	PHIL BARKER – TIDVATTENMODELLEN	7
5	METOD	9
5.1	URVAL OCH DATAINSAMLING	9
5.2	DATAANALYS.....	10
6	FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	10
7	RESULTAT	11
7.1	UPPLEVELSER AV DEPRESSION	11
7.1.1	Fysiska och psykiska symtom	11
7.1.2	Uppfattningar om bakomliggande orsaker och utlösande faktorer	12
7.1.3	Upplevelser av skam och skuld	13
7.2	HANTERING AV SIN SITUATION	14
7.2.1	Upplevelser av isolering och ensamhet	14
7.2.2	Upplevelser kring egenvård	15
8	DISKUSSION	16
8.1	METODDISKUSSION.....	16
8.2	RESULTATDISKUSSION.....	17
8.2.1	Depressionens inverkan på livet	17
8.2.2	Stigmatiseringen	18
8.2.3	Behov och hälsofrämjande strategier	19
8.2.4	Skadliga beteenden	21

8.3	KLINISKA IMPLIKATIONER	22
8.4	FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING	22
9	SLUTSATS	23
10	BILAGA 1. SÖKMATRIS.....	28
11	BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT	30

1 Inledning

I det västerländska samhället beskrivs ofta psykisk ohälsa som ett stigma, vilket innebär att personer avviker från samhällets normer. Egentlig depression, som vidare i texten kommer nämnas som depression, är en av våra stora folksjukdomar och majoriteten av dem som drabbas är kvinnor. Oavsett var sjuksköterskan kommer att arbeta kommer vi att möta personer med depression. Vi har valt att fokusera på kvinnors upplevelse av depression då kvinnor i vår omgivning som lidit av sjukdomen har uttryckt ett missnöje som kan relateras till det omhändertagande som vården erbjudit samt hur omgivningens förutfattade meningar påverkat dem negativt. Vi anser att det finns för lite kunskap om sjukdomen och framförallt om hur kvinnor erfar den.

2 Bakgrund

2.1 Depressionen - historik, orsaker, förlopp och behandling

Depressioner har sannolikt alltid funnits och den första beskrivningen av depression skrevs ner med hieroglyfer i faraonernas Egypten för omkring 4000 år sedan (Agerberg, 2011). Hippokrates och hans lärjungar i antikens Grekland kunde ofta skilja på olika psykiska sjukdomar men de hade inte tillräckliga kunskaper kring orsakerna till dem, till exempel trodde man att ett överskott av svart galla var en av orsakerna till depression. Både egypter, greker och romare trodde att de psykiska sjukdomarna hade fysiska orsaker. 2000 år efter antiken trodde människan att psykisk sjukdom påverkats av onda andar och trolldom eller var som ett straff för begångna synder. Drabbade individer sattes i fängelse tillsammans med kriminella och kedjades fast vid väggarna. Detta var en lång tidsperiod där individer med psykisk ohälsa stod helt utanför medicinens och vårdvetenskapens område, en tidsperiod som färgat människor med förutfattade meningar och rädslor för psykiska sjukdomar.

Depression är den fjärde största orsaken till funktionshinder i hela världen (Lazarou, Kouta, Kapsou & Kaite, 2011; WHO, 2012). Beräkningar säger att cirka 350 miljoner människor lider av depression i världen och i Europa är det totalt 13 procent. 59 procent dör i förtid och det uppskattas att 15-20 procent av personer med depression begår självmord. Mer än hälften av alla självmordsförsök och självmord är orsakade av depression. Till år 2020 uppskattas livslängden förkortas och depressioner kommer att öka samt vara den största orsaken till dödlighet världen över. Vanligast är sjukdomen hos medelålderspersoner och unga vuxna, men allra vanligast är det bland kvinnor. Det rapporteras även att 20-50 procent av

deprimerade barn och tonåringar har en familjehistoria av depression. Barn till deprimerade föräldrar löper tre gånger större risk att drabbas av depression än barn utan depressionshistorik. Livskvaliteten påverkas negativt och är likvärdig med eftereffekterna av allvarlig stroke.

Epidemiologiska studier visar att depression är mer vanligt bland kvinnor än bland män, men har ifrågasatts med förklaringen att depression är något som drabbar både män och kvinnor i samma utsträckning, men på olika sätt (Beck-Friis, 2005). Biologiska skäl som bara kan drabba kvinnor och som kan öka risken för depression är premenstruell depression, olika p-pillers verkningsmekanism, postpartum och menopausen. Rent genetiskt skiljer sig det sista kromosomparet män och kvinnor åt, men inget i den skilda genuppsättningen kan förklara varför kvinnor drabbas hårdare av depression. Möjligen kan omgivningsfaktorer i kombination med genetiska skillnader i förmågan att hantera dessa omgivningsfaktorer vara en riskfaktor. Studier visar att sociala skillnader mellan könen, som ojämlikhet både på arbetsmarknaden och i hemmen ökar benägenheten för depression hos kvinnor. Skammen kan vara av betydelse då man talar om kvinnors överrepresentation i depression (Beck-Friis, 2009). Skam i denna bemärkelse handlar om känslan av att inte vara tillräcklig inför det krav som könsrollerna förväntar av oss. Kvinnor till exempel förväntas inte att visa ilska och de har därför en större tendens att rikta sin ilska inåt. Att skämmas för sin ilska och samtidigt ta på sig skulden för konsekvenserna den leder till är en sammanhängande anledning till insjuknande i depression.

2.1.1 Affektiva sjukdomar

Affektiv sjukdom som även kallas för förstämningssjukdom kännetecknas av ändrad grundstämning och de vanligast förekommande är melankoli, dystymi, bipolär sjukdom, postpartum, åldersdepression, årstidsbunden depression och egentlig depression (Allgulander, 2014; Skärsäter, 2009). Melankoli är ett allvarligt tillstånd och är en fördjupning av depressionen. Tillståndet innebär att mimiken är livlös, rörelserna är långsamma och livet blir betydelselöst. Risken finns att personen kan utveckla vanföreställningar och psykotiska tillstånd. Dystymi är en kronisk depression som har pågått i minst två år och som ofta relateras med den drabbades personlighetsdrag där kroppsliga symtom är vanliga.

Bipolär sjukdom innebär en pendling mellan djup depression och upprymdhet, mani och hypomani (Allgulander, 2014). Sjukdomens utseende ser olika ut beroende på vilken form av bipoläritet som individen har. Bipolär I innebär att individen någon gång upplevt ett kraftigt maniskt tillstånd och har återkommande depressioner. Bipolär II innebär depression och

lättare maniska tillstånd. Bipolär sjukdom innebär stora svårigheter i livet, de drabbade har större risk för suicidala handlingar och har svårigheter i att hantera och acceptera sjukdomen. Postpartum är en depression som bryter ut inom de närmaste fyra veckorna efter förlossning. De flesta av postpartum depressionerna är av lättare slag men det kan finnas en risk för att de blir långdragna ifall mamman inte får rätt vård. Åldersdepression har både biologiska och psykologiska orsaker. Vid 65-årsåldern minskar viktiga signalsubstanser i hjärnan, många genomgår olika typer av transitioner och detta kan innebära att åldersdepression inte visar sig i atypiska symtom som vid egentlig depression. Här kan man uppmärksamma symtom som huvudvärk, yrsel, smärta och trötthet. Årstidsbunden depression är kopplad till årstidernas ljusa och mörka delar, men påminner om egentlig depression.

2.1.2 Egentlig depression

Depression tillhör de stora folksjukdomarna och kan drabba människor i alla åldrar. Minst 15 procent av alla män och 25 procent av alla kvinnor kommer någon gång i livet att behöva behandling mot depression (Socialstyrelsen, 2010). Det finns olika förklaringar till att människor utvecklar en depression såsom socioekonomiska, fysiska och biologiska faktorer (Wasserman, 2003). Biologiska förklaringar kan vara förändringar i hjärnans halter av signalsubstanser, störningar i olika biorytmer och hormonrubbnings. Människans sinnesstämning, tankar och känslor påverkas av samspelet mellan de olika signalsubstanserna i hjärnan. Vid depression kommer signalsubstanserna serotonin, noradrenalin och dopamin i obalans i hjärnan. Dessa signalämnen har varit i fokus för forskarna inom området depression länge (Allgulander, 2014). Idag riktas dock intresset på signalämnet glutamat som också anses påverka utvecklingen av sjukdomen. Gener som påverkar glutamatsättningen i hjärnan har med depressionen att göra. Dessa hormoner påverkar bland annat personens upplevelse av sviktande självkänsla, oro, ångest, distinkt nedstämdhet, minskat intresse eller glädje. Kvinnor, män, barn och äldre uppvisar olika symtom men ovanstående symtom är ofta kännetecknande för egentlig depression i alla åldersgrupper (Skärsäter, 2009).

För att ställa diagnosen depression är samtal med patienten det absolut väsentligaste verktyget (Wasserman, 2003). Även samtal med anhöriga och närstående kan vara viktigt. För att få diagnosen depression används symtomskattningsskalor som ett hjälpmedel (Allgulander, 2014). Det finns för närvarande två aktuella internationella diagnostiska klassifikationssystem, DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) och ICD-10 (International Classification of Diseases). Enligt DSM-5 krävs att minst fem av de tio symtom i klassifikationssystemet ska upplevas under större delen av dagen, så gott som

dagligen eller under minst två veckor. Dessutom ska minst ett av symtomen som minskat intresse för omgivningen och/eller nedstämdhet finnas bland de fem. Det finns även en ärftlig faktor och ärftligheten kan ha både biologiska, psykologiska och genetiska förklaringar (Skärsäter, 2009). En depression kan debutera utan någon somatisk eller psykosocial belastning, utlöses de flesta depressiva episoder av negativa livshändelser såsom utvecklingskriser, skilsmässa, hård arbetsbelastning, livsstilsproblem och sjukdom. Risken att återinsjukna i depression efter en första depressionsepisod är ungefär 50 procent och efter andra episod omkring 80 procent. Cirka 10-20 procent av alla depressioner är kroniska.

2.1.3 Vård och behandling

En episod av egentlig depression läker ofta ut, men tenderar att komma tillbaka i skov (Socialstyrelsen, 2010). En egentlig depressionsepisod kan övergå i kronisk form i vissa fall. Depression behandlas på olika sätt, beroende på vilken typ och grad av depression personen har och vad som är lämpligt för personligheten (Ottosson & Ottosson, 2007; Wasserman, 2003). Depression kan vara av lätt, måttligt eller av svår karaktär. Lindriga och måttligt svåra depressioner bör i första hand behandlas med psykoterapi. Kognitiv beteendeterapi inleds med en kartläggning av personens dagliga aktiviteter, sedan diskuterar patienten möjliga förändringar tillsammans med terapeuten för att ifrågasätta och förändra sina negativa tankar, minnen och uppfattningar. Interpersonell psykoterapi riktar fokus på rubbade relationer som kan utlösa och underhålla depressionen. Det kan röra sig om familje- och relation konflikter, förluster, svårigheter att acceptera förändrade levnadsförhållanden eller oförmåga att upprätta och behålla harmoniska relationer till sin omgivning. Svårare depressioner kan behandlas med antidepressiva läkemedel och det finns ett tjugotal olika sorter i Sverige. De är kemiskt heterogena och har som gemensam effekt att de förstärker impulsöverföringen i noradrenalin och serotonin-synapser. Den antidepressiva effekten uppträder inte förrän efter tidigast två veckor och hos äldre ännu senare. Behandlingens start är en kritisk period, därför bör sjuksköterskan och annan sjukvårdspersonal övervaka och uppmuntra patienten, då det finns risk för suicidala handlingar.

Elektrokonvulsiv terapi eller ECT är en effektiv behandling vid djupa depressioner. Speciellt när patienten har psykotiska och melankoliska drag eller hög risk för självmordshandlingar. Behandlingen innefattar utlösning av konvulsiv aktivitet i hjärnan med elektrisk stimulering. Redan efter första behandlingen märks en kortvarig lättnad av depressionen och ökar därefter successivt till total symtomfrihet efter 3-4 behandlingar. En nackdel är att minnesluckor och vanlig huvudvärk kan uppstå (Wasserman, 2003).

Målet med behandlingen är återhämtning från depressionen, vilket innebär både frihet från symtomen och återgång till det tidigare dagliga livet (Socialstyrelsen, 2010). Ett annat viktigt mål är att minska risken för återinsjuknande i depressionen.

2.2 Omvårdnad av patienter med depression

Depression är den mest förekommande och den mest ekonomiskt kostsamma sjukdomen inom psykisk ohälsa (Kravitz et al., 2011). Majoriteten av de drabbade söker vård hos primärvården, men trots att depression upptäcks och behandlas i större utsträckning än tidigare går 25 procent obehandlade. Organisatoriska hinder så som nedsatt tillgång till vård, korta besökstider och knappa resurser är några förklaringar till detta. Phillips, Miller, Pettersson och Teevan (2011) menar att trots hög prevalens av depression i primärvården så är det få patienter som utreds. En förklaring på detta menar de är att personalen i primärvården oftast är duktiga på att urskilja vilka som inte har depression, men missar ofta de drabbats av sjukdomen. De anser också att om primärvården ska diagnostisera depression måste de finnas resurser för behandling och möjligheter till uppföljning, annars förbättras inte förutsättningarna för dessa patienter.

I arbetet med deprimerade personer möter sjuksköterskan människor i en mycket utsatt position (Lilja, Hellzén, Lind & Hellzén, 2006). De möter patienter som inte delar samma verklighet som majoritet i samhället, det vill säga lider av depression eller har självmordstankar. Även om personerna befinner sig i en utsatt position och är i behov av vård, så möts de inte av en självklar förståelse och empati. Många sjuksköterskor har ett förhållningssätt som fokuserar på symptom istället för på människan, vilket gör att de tar avstånd från lidande och tolkar många situationer utifrån sin förförståelse. Istället för kommunikation väljer många sjuksköterskor att vara passiva och intar ett åskådarperspektiv gentemot personen. Lilja, Ordell, Dahl och Hellzén (2004) menar i sin studie att patienters beteende och uppträdande påverkar hur sjuksköterskor bemöter dem. I studien där sjuksköterskors inställning till sina patienter analyserades kunde man se att patienterna delades upp i fyra stereotypa kategorier; "den goda patienten", "den galna patienten", "den osynliga patienten" och "den onda patienten". Den goda patienten sågs underförstått som älskvärd och värdefull, den galna patienten sågs som dum och inkompetent, den osynliga patienten sågs som passiv och apatisk och den onda patienten sågs som elak och illa omtyckt. Denna indelning av patienter gjorde det lättare för sjuksköterskor som arbetade symtombaserat att hantera situationer. För att bevara ordning och struktur förminskades

patienter genom att personalen tänkte vi och dem, det vill säga patienterna sattes utanför den friska gruppen, som i detta fall var sjuksköterskegruppen.

2.2.1 Stigmatisering

Stigmatisering innebär att personen avviker på ett icke önskvärt sätt från samhällets förväntningar (Goffman, 2011). Personer som har någon egenskap som avviker från normen placeras automatiskt in i fack där personen minimeras och blir utstött. Att stämplas på detta sätt innebär ett stigma. Stigmatisering kan innebära en förlust av självkänsla, kan förstöra familjrelationer och begränsa umgänge, det kan även försvåra möjligheten till arbete och bostad (Papadopoulos, Foster & Caldwell, 2012). Mer specifikt kan det avskräcka människor från att söka psykiatrisk vård, vilket kan fördröja behandling och leda till social isolering och ensamhet.

Det har framhållits att en del kulturer är mer benägna att stigmatisera psykisk ohälsa än andra kulturer (Papadopoulos et al., 2012). Individualistiska samhällen är mer accepterande än kollektivistiska. Hälso- och sjukvårdspersonal bidrar även till stigmatiseringen då de är mer pessimistiska än samhället i övrigt till patienternas möjlighet att tillfriskna (Thornicroft, 2006). Media i alla slags former framställer personer med depression i antingen komiska eller skrämmande inslag där aggressivitet ligger i fokus. För att ändra synen på psykisk ohälsa behöver människor kunskap om att man kan återhämta sig från sjukdomen.

2.3 Problemformulering

Depression är den fjärde största orsaken till funktionshinder världen över. Förkortad livslängd, självmordsförsök och självmord samt försämrad livskvalitet är några faktorer som följer med sjukdomen. Synen på människor med depression var redan tidigt i historien beskrivet som något oangenämt och den synen lever kvar än idag. Depression är en affektiv sjukdom, som innebär en ändrad grundstämning. Det finns olika förklaringar till att människor utvecklar en depression såsom socioekonomiska, fysiska och biologiska faktorer. Enligt statistiken kommer många någon gång under livet drabbas av sjukdomen. Kvinnor är överrepresenterade bland dem som drabbas. Det är i primärvården sjuksköterskan kommer att möta många personer med depression, eftersom majoriteten av dem som drabbats söker vård här. Trots att personerna med depression är i behov av vård är det inte alltid de möts av förståelse och empati. Stigmatisering och depression går många gånger hand i hand. Det är av stor relevans för att sjuksköterskans arbete att få bättre kunskap om depression och en ökad

förståelse om kvinnors upplevelse i samband med depression. Denna kunskap kan leda till en förbättring i bemötandet och en omvårdnad utifrån deras förutsättningar.

3 Syfte

Syftet var att belysa kvinnors upplevelse av depression för att bättre förstå deras behov av omvårdnad.

4 Teoretiska utgångspunkter

Vårdvetenskapen grundar sig på fyra konsensusbegrepp som är *människa*, *hälsa*, *vårdande* och *miljö*. Alla är viktiga begrepp och ingår i många omvårdnadsteorier. I detta examensarbete ämnas begreppet *människa* då människan är i fokus för omvårdnaden. Phil Barkers Tidvattenmodell har valts som teoretisk utgångspunkt och den kommer att användas i resultatdiskussionen. Barker fokuserar på människans villkor och betonar att det är personen som är central för omvårdnaden och inte personens symtom (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Tidvattenmodellen är en modell som anser att människan är konstant under förändring, även om det är på ett litet eller knappt märkbart sätt. Syftet med vårdandet är att vägleda och assistera personer som är i behov av omsorg att göra val som kan hjälpa dem igenom den pågående livskris som drabbat dem. Människans hälsa och ohälsa förstås ur ett livsvärldsfenomenologiskt perspektiv i relation till den naturliga förändringen där människan konstant konstruerar och omkonstruerar sig själv och sin verklighet.

4.1 Phil Barker – Tidvattenmodellen

Psykisk ohälsa ses som en kris och en del av människans livsvillkor (Barker & Buchanan-Barker, 2005). En vägledande princip som är central handlar om att göra det som måste göras för att underlätta det mest akuta problemen i livskrisen. Genom att göra det som måste göras i relation till livets omständigheter kan människan växa och utvecklas i mötet med lidande. Sjuksköterskan bär ett ansvar i att nå patienten och tanken i att göra det som måste göras är att uppmana sjuksköterskan att vara närvarande i relationen till patienten och inte bara utföra uppgifter på teknisk nivå. Barker och Buchanan-Barker (2005) menar att sjuksköterskor måste visa mod i att våga ifrågasätta traditionella sätt att närma sig och visa omsorg till personer i kris. Fokus ska ligga på den själsliga omvårdnaden som främjar hälsa, det vill säga på hur människor kan utvecklas och växa, leva med eller röra sig över sina begränsningar.

Människans erfarenheter spelar stor roll i hur de drabbas och återhämtar sig från psykisk ohälsa (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Tidvattenmodellen beskriver tre erfarenhetsområden som tillsammans formar människans upplevelser av sig själv; *själv*, *andra* och *världen*. *Själv* handlar om hur vi relaterar till människans inre och hur vi upplever och bearbetar känslor som tidigare erfarenheter väcker. Genom *världen* reflekterar och tänker människan på sin historia, betraktar erfarenheter och söker svar till varför livet blivit som det blivit. Erfarenhetsområdet *andra* handlar om de erfarenheter människan har av samspelet till andra personer. Alla erfarenhetsområden har betydelse för hur människan presenterar sig i livet. Tidvattenmodellen ser på världen som en del av både den inre och yttre miljön, där små förändringar kan, likt "ringar på vatten", leda vidare till större och oförutsedda sådana. Samtidigt är världen materiell och social och det är genom den livsresan går. Här ryms också aspekter av det vardagliga livet, som boende, sysselsättning, fritid och känslan av att ha en plats och tillhörighet.

Psykisk hälsa och ohälsa ses som en process snarare än ett tillstånd då människans hälsa hör samman med livet i en bred utsträckning och begränsas inte till frånvaro av sjukdom (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Varken en psykiatrisk diagnos eller en personlig upplevelse av psykisk ohälsa definierar personen, det är människans livshistoria och den egna berättelsen som avgör vem personen är. Här ryms kulturella och sociala faktorer, samt andlighet. Upplevelse av hälsa hör ihop med hur människor förstår och uttrycker sin berättelse. Därav är hälsa en subjektiv erfarenhet och kan förstås i relation till erfarenhetsområdena. Depression kan ses som en naturlig reaktion på livssituationer som människan inte klarar av att hantera, snarare än som psykologiska och fysiologiska störningar. Andlig kris eller upplevelse av att ha förlorat sig själv ingår också här. Tidvattenmodellen använder sig inte gärna av psykisk sjukdom som begrepp när den beskriver människors svårigheter att leva, utan använder sig hellre av psykisk ohälsa.

Omvårdnad enligt Tidvattenmodellen handlar om att vara närvarande för människor som går genom kriser, att ge stöd och att skapa förutsättningar för människan att växa igenom eller ta sig ur sin förtvivlan (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Omvårdnad handlar om att hitta balans i livet och att försöka förstå samspelet mellan erfarenhetsområdena – själv, andra och världen, hur de kommer till uttryck och hitta sätt som gör det möjligt att skapa förändringar. I självdomänen handlar det om sjuksköterskans engagemang att ge stöd och skapa en känslomässig trygghet för patienten så att denne kan börja återupptäcka sin livshistoria. Världdomänen är viktig då man ska kartlägga patientens ohälsa så att man kan möta patientens förståelse av sin situation som är utgångspunkten för omvårdnaden. I

andradomänen är den sociala omgivningen och relationen till närstående viktig. I vårdsituationer är det personalen som patienten erfar och deras bemötande blir central. Modellen betonar vikten av personens delaktighet och det professionella bemötandet.

5 Metod

För att besvara syftet har en litteraturöversikt utförts som är baserad på tio vetenskapliga originalartiklar (*Bilaga 2*). Artiklarna består av åtta kvalitativa studier och två studier av kvalitativ och kvantitativ metod som grund för resultatet. Alla studier belyser och beskriver kvinnors upplevelse av depression. Inom vårdvetenskap finns existerande och aktuell forskning, såväl kvalitativ- som kvantitativ och bägge kan användas (Friberg, 2012). En litteraturöversikt syftar till att utforska kunskapsläget inom ett avgränsat problemområde, samt att få ett underlag att bedriva evidensbaserad vård.

5.1 Urval och Datainsamling

Databaser som har använts är CINAHL Complete och PsycINFO då de innehåller vårdvetenskaplig forskning samt forskning kring psykisk ohälsa (*Bilaga 1*). Aktuella sökord var *depression, women's experience, experience of depression, female, nursing, major depression, women* och *social interaction*. Orden syftar till valt ämne i litteraturstudien. Sökorden har kombinerats på olika sätt beroende på vilka träffar som kommit upp i sökresultaten. För att få aktuell forskning har en begränsning på sökningarna gjorts avseende publiceringsår, 2000-2015, peer reviewed för att få vetenskapligt granskade artiklar och full text. De artiklar som valts ut har fokus på kvinnors upplevelse, men två artiklar tar upp upplevelser från båda könen. I en av artiklarna gick det att urskilja kvinnornas svar från männens, i den andra artikeln var majoriteten kvinnor. I en annan artikel deltog minderåriga också i studien, där intervjuades deras föräldrar. I det första urvalet valdes artiklar vars rubrik antogs kunna besvara litteraturöversiktens syfte. I andra urvalet lästes de valda artiklarnas abstrakt för att lättare filtrera bort det som inte passade syftet. Valda artiklar var uteslutande i original, det vill säga artiklar där ny data har presenterats. Manuella sökningar har även gjorts för att hitta ytterligare relevanta artiklar. Enligt Östlundh (2012) innebär en manuell sökning att på egen hand att leta igenom tidskriftsartiklar, böcker eller annat material för att finna relevant information. Genom att läsa referenser i de andra artiklarna upptäcktes ytterligare intressanta titlar. Därefter har titel med relevans för studiens syfte sökts i ovanstående databaser och två titlar valdes ut till resultatet.

5.2 Dataanalys

Analysen av materialet har utgått från Fribergs (2012) förslag av dataanalys som är konstruerad utifrån kvalitativ och kvantitativ analys av data. Stor noggrannhet uppmärksammades i översättningen från engelska till svenska för att inte missförstå innebörden i texterna. Översättningsverktyget svensk MeSH (http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_se.cfm) och en svensk-engelsk ordbok (<http://www.ord.se/norstedts-ordbocker/ordbocker-pa-natet/>) användes. Först lästes samtliga artiklar flera gånger av båda författarna var för sig för att få en tydlig bild av innehållet. Därefter antecknades likheter och skillnader av resultatet och jämfördes av båda författarna tillsammans. Detta för att säkerställa att båda förstått helheten samt för att få en bredare synvinkel av ämnet. En sammanfattning av artiklarnas resultat gjordes, likheter och skillnader i dem sammanställdes. Slutligen skapades en ny helhet av materialet och två huvudteman med fem underteman definierades.

6 Forskningsetiska överväganden

Etik är en medveten, reflekterad och motiverad moral (Vetenskapsrådet, 2011). När termen etik används söks generella formulerade normer som går att argumentera för. Etiken ska rättfärdiga en ståndpunkt och kan inte vara godtycklig. Forskningsetik är reflekterade normer i forskarsamhället och som ska ge vägledning gällande vissa forskningsområden eller vissa moment i forskningen. En viktig del av forskningsetiken rör frågor om hur personer som medverkar i forskningen, det vill säga försökspersoner eller informanter, hur de får behandlas. Detta för att skydda personerna från skador och kränkning. Innan en systematisk litteraturstudie startas bör etiska överväganden göras. Det är av stor vikt att författarna avstår från fusk och ohederlighet (Forsberg & Wengström, 2013). Vid en litteraturöversikt är det alltid betydande att ha ett etiskt övervägande gällande urval och presentation av resultatet. En allmän litteraturstudie behöver inte ett etiskt godkännande då det enbart utgått ifrån redan befintlig data. I denna studie har inte fynden fabricerats fram utifrån författarnas förförståelse eller de resultat författarna var ute efter. Fynden i studien har inte fabricerats fram utifrån författarnas förförståelse eller de resultat författarna var ute efter. Av de artiklar som valts ut har två artiklar inga forskningsetiska överväganden, men däremot har samtycke och anonymitet förekommit. Deltagarna i samtliga valda studier har blivit informerade om att de kan avbryta sitt deltagande när de önskar. När forskning involverar människor ska de, med få

undantag, informeras om forskningen och sitt deltagande (Codex, 2015). De ska fritt kunna välja om de vill medverka eller inte. Grundregeln är att forskning endast får ske efter samtycke från deltagarna och ett samtycke gäller endast då personen fått information om forskningen. Ett samtycke får när som helst dras tillbaka med omedelbar verkan. Även om artiklarna inte hade ett etiskt godkännande har de ändå används i resultatet, eftersom de hade ett etiskt tillvägagångssätt i utförandet. Detta är något som författarna varit medvetna om, vilket kunde medföra en viss risk för tillförlitligheten.

7 Resultat

Vid analys och sammanställning av valda artiklar har flera likheter visat sig. Nedan redogörs för två huvudteman med fem underteman som definierats under dataanalysen. Första huvudtemat är kvinnors *upplevelser av depression* med tre underteman: upplevelser av fysiska och psykiska symtom, uppfattningar om bakomliggande orsaker och utlösande faktorer samt skam och skuld. Det andra huvudtemat är *hantering av sin situation* med två underteman: upplevelser av isolering och ensamhet och upplevelser kring egenvård.

7.1 Upplevelser av depression

7.1.1 Fysiska och psykiska symtom

Kvinnorna hade en stor variation av ord och metaforer för att beskriva sina sinnesstämningar (Danielsson & Johansson, 2005; Fullagar & O'Brien, 2012). Dessa metaforer handlade om känslor av att vara instängd i en grotta, ett mörkt rum eller i helvetet. Några talade i metaforer som härkomst eller förlust av kontroll, andra talade om en nedförsbacke, en krasch eller ett fallande i ett tillstånd av depression. De beskrev också depression i termer av känslan att vara 'lite galen' eller 'ur balans'. Kvinnornas symtom visade sig ofta kring magen och de beskrev det som ett hål eller som att något har exploderat i magen. De beskrev också en känsla av överväldigande trötthet som var på gränsen till emotionellt främlingskap. Låg självkänsla, särskilt bland kvinnor med låg utbildning var vanliga, de upplevde att deras självkänsla och självförtroende hade minskat i relation till depressionen. De talade även om brist och misslyckande som låg i jaget. Kvinnor uttryckte sina upplevelser gällande fysiska och psykiska symtom, men få erkände dessa symtom som tecken på depression.

Det framkom att kvinnor kände sig misslyckade och de var rädda över att inte kunna hantera ett misslyckande i mitten av en spirande karriär, detta sågs som förödande för många (Poslusny, 2000; Winters, Cudny & Sullivan, 2010). Det var vanligt att de kände sorg, men

det ansågs vara mindre acceptabelt då det inte fanns rimliga förklaringar till sorgen. Flera äldre kvinnor talade om depression och sorg som handlade om död eller förlust av betydande personer i deras liv (Etowa, Keddy, Egbeyemi & Eghan, 2007).

Fysisk smärta framkom som en integrerad del av kvinnors depression (Poleshuck, Cerrito, Leshoure, Finocan-Kaag & Kearney, 2012). De beskrev smärta och andra fysiska symtom som kopplade till deras känslomässiga lidande, ihållande negativa tankar beskrevs som ett psykiskt symtom (Kinser, Bourguignon, Taylor & Steeves, 2013; Mccann, Lubman & Clark, 2012). Oron i depressionen visade sig som känslor av ångest och självdömande tankar. De flesta kvinnor med depression dömde sig själva mestadels av tiden, vissa tyckte att de inte borde tänka alls, då skulle de inte vara så deprimerade. Känslor av hjälplöshet och hopplöshet var vanliga upplevelser men även förändringar i sömnmönstret framkom.

7.1.2 Uppfattningar om bakomliggande orsaker och utlösande faktorer

Många kvinnor hade svårt att finna specifika anledningar till deras depression, men några förklaringar var återkommande i deras berättelser (Etowa et al., 2007; Kinser et al., 2013; Poleshuck et al., 2012). De beskrev livet som en stressig plats att befinna sig på, särskilt på grund av kraven på jobbet och i hemmet. Stressen handlade om oroskänslor, exempelvis oron för hur barnen skulle klara av skolan, oron över att hinna ta hand om hemmet och samtidigt hinna med sig själv och sina egna personliga bekymmer. Ett hektiskt liv med varaktiga negativa tankar och oron kring detta var en betydande förklaring till depressionen menade kvinnorna. Stort ansvar och svårigheter i det dagliga livet upplevde många kvinnor som överväldigande. Ofta relaterades dessa känslor till ekonomiska svårigheter samt lägre potential till att lyckas i framtiden. Några av kvinnorna var ensamstående och upplevde att vara förälder och samtidigt försöka hitta ett jobb som skulle kunna förbättra omständigheterna var svårt när man upplevde sig behöva vara både mamma och pappa åt sitt barn. Många upplevde att könsrollerna, det vill säga socialt fastställda uppfattningarna om hur en man respektive kvinna ska bete sig i samhället, var en annan anledning (Fullagar & O'Brien, 2012). De fick redan som barn lära sig hur maktförhållandet skulle se ut mellan män och kvinnor, många menade också att det finns ett ideal kring hur kvinnor skall uppfostra sina barn och hur de skall vara som fruar. De upplevde även att en hängivande karaktär skulle tas i besittning där andras människors behov skulle värderas först, vilket kunde medföra ytterligare krav på dem och utlösa en depression.

I en studie upplevde kvinnor med depression att livet var motsägelsefullt och fyllt med konflikter trots att de tyckte sig göra allt 'rätt' (Poslusny, 2000). Smärta, låg självkänsla och

utanförskap menade kvinnorna var antingen upphovet till eller utlösande för depression. I denna studie framkom det även att många deprimerade kvinnor växte upp i fattiga och ofta kaotiska familjeförhållanden som barn och detta bidrog till att de kände sig annorlunda i förhållande till andra som vuxna. Bristande ekonomiska resurser i samhället och dåliga vårdalternativ, så som psykiatriska kliniker, bidrog till upplevelsen av depression. Många av kvinnorna hade även erfarenhet av sexuella övergrepp, incest, hot och drogmissbruk.

Sorg och förluster kunde även vara en utlösande faktor menade kvinnorna (Etowa et al., 2007). Att förlora sina föräldrar eller sin make kunde upplevas svårt när verkligheten kom ikapp. Att leva ensam, omställningsperioden samt sorgprocessen kunde bli väldigt tung för många. Många kvinnor menade även att menopausen var synonymt med depression, de upplevde att det fanns en länk mellan deras värmevallningar och deras känslor av depression. Vallningarna gav nämligen samma känsla av att vara annorlunda, påverkade humöret och gav oros känslor, precis som vid depression. Oro relaterad till deras hälsa och smärta kunde också trigga igång en depression menade en del kvinnor.

7.1.3 Upplevelser av skam och skuld

Det framkom att det fanns en press över att man ska hålla sig till de normer och värderingar som finns i samhället, normer kring hur människor får kommunicera känslor (Rice, Greal, Javaid & Serrano, 2011). Kvinnorna kände oro över att råka uttrycka sig alltför känslomässigt offentligt och göra andra människor obekväma och på så sätt känna skam. Fördomarna om sjukdomen gav en hämmande effekt på kvinnorna, människors ibland nedlåtande reaktioner och uppfattningar gjorde det svårare för dem att vara oförbehållsamma med sina känslor (Rice et al., 2011; Mccann et al., 2012). De upplevde att stigmatiseringen av depression gjorde det svårt för andra människor att visa förståelse när de inte kunde fastställa orsaken till deras känslomässiga tillstånd, vilket väckte frustration och resulterade i att andra människor såg negativt på dem. På grund av rädsla för stigmatisering isolerade sig många. Rädslorna handlade om osäkerhet gällande andras åsikter och rädslor för att förlora existerande vänner på grund av depressionen. Upplevelsen av depression talades det gärna inte om eftersom det kunde skapa uppfattningar om att personen var annorlunda. Känslan att vara annorlunda resulterade ofta i ett utanförskap menade kvinnorna (Poslusny, 2000; Winters et al., 2010). Upplevelsen av att vara utpekad, mobbad och avvisad gjorde att många kvinnor inte talade med någon om sina svårigheter. Uppgivenheten i att inte kunna förstå varför man drabbats och hur känslan av att befinna sig på botten uppkommit samt vart det överdrivna gråtandet kommer ifrån, gjorde att många kvinnor skuldbelägger sig själva.

7.2 Hantering av sin situation

7.2.1 Upplevelser av isolering och ensamhet

Förståelse och bekräftelse från andra människor var viktiga faktorer som betydde mycket för kvinnorna, framförallt yngre kvinnor med depression (Mccann et al., 2012). De kämpade med att förstå sin situation, genom att förhöra sig själva om varför de var annorlunda och varför de inte kunde vara som andra kvinnor i deras åldersgrupp. Några kvinnor upplevde att allt i deras liv blev svårare att gå igenom och detta bedrog till att de kände sig isolerade och ensamma (Poslusny, 2000; Poleshuck et al., 2012). De upplevde att känslor av ensamhet påverkade deras livskvalitet negativt, eftersom deras självkänsla och självförtroende påverkades. En del kvinnor brukade ibland stanna i sängen för att hålla sig borta från resten av omvärlden. Medan några kvinnor avslöjade sin depression till vänner drog sig andra undan. Vissa kvinnor var fysiskt nära familj och vänner, men höll en känslomässig distans. Det ledde till att de inte kunde fungera i ett socialt nätverk, viket i sin tur ledde till utanförskap. De valde att vara ensamma trots att de egentligen var i behov av vänskap.

Att vara omgiven av andra människor som inte upplevde samma svårigheter, stärkte känslan av ensamhet, menade många av kvinnorna (Rice et al., 2011; Poleshuck et al., 2012). Känsla av distans kunde i sin tur utveckla känslor av förbittring och svartsjuka. Kvinnorna beskrev att det var svårt för dem att se hur andra njöt av livet på ett sätt som inte var möjligt för dem. Detta bidrog till stress och sorg. Kvinnor talade om sig själva som om de vore misslyckade och var otillräckliga som personer. Isoleringen ledde till att de kände sig skilda från världen och att de befann sig i en bubbla. Anledningen var att kunna fokusera helt på sin egen smärta och tankeprocess. De beskrev hur andra människor dög och hade social kompetens medan de själva saknade den naturliga sociala interaktionen. Kvinnor upplevde sin depression som en privat process som inte kunde delas med andra och ville därför vara ifred (Mccann et al., 2012; Rice et al., 2011; Kinser et al., 2013). De befann sig i en värld som var ouppnåelig för dem, där de inte kunde förstå eller där de inte kunde finna lycka. Interaktion med andra människor var som att gå från ett ”depressivt tillstånd till verklighet” menade de och detta förde med sig en saknad av livet och påminde dem hur deprimerade de var. När de inte var med andra människor reducerades dessa upplevelser.

7.2.2 *Upplevelser kring egenvård*

Några kvinnor beskrev hur de hanterade depressionen i det vardagliga livet (Skärsäter, Dencker, Bergbom, Häggström & Frilund, 2003). De hade ett behov att hantera sina depressiva symtom genom egenvård som bland annat att motionera. Fysisk aktivitet distraherade dystra tankar och avledde tråkiga händelser. De upplevde sig må bättre i både själen och kroppen. Att lyssna på musik och att måla var andra sätt för återhämtningen, men även massage och läsning var viktig egenvård. En annan viktig strategi var kommunikation med familj och vänner. Dessa strategier hjälpte de att finna nya resurser inom sig själva som bedrog till återhämtning. Kvinnorna genomgick en process som innebar att förändra synen på sig själva och andra människor medan de hanterade depressionen (Etowa et al., 2007; Kinser et al., 2013). De blev mer observanta på vad som var bra och vad som var negativt för dem. Denna process innebar att bearbeta gamla attityder och invanda roller.

Många kvinnor var i behov av socialt stöd för att kunna återfå kontrollen över den dagliga strukturen i deras liv (Kinser et al., 2013; Skärsäter et al., 2003). De var i behov att ses som en individ och inte som ett fall. En annan betydande aspekt som återkom var positiv bekräftelse och tid för reflektion. Mötet med andra människor uppfattades som avgörande, att ha en vän som de kunde anförtro sig åt och prata med om sina känslor uppskattades och hjälpte dem att bättre förstå sig själva. Genom stödet kände kvinnorna och deras familjer trygghet, det ökade deras kunskap om sjukdomen och hur man skulle handskas med den. En del kvinnor deltog i yoga som en copingstrategi för att få en känsla av kontroll över sina liv. Genom att använda andnings- och avslappningstekniker ökade känslan av harmoni och energi. Att komma hemifrån betydde samhörighet och gemenskap för många.

De använde sig också av egenvård såsom positivt tänkande och gjorde omprioriteringar i deras liv av vad som var viktigt just för dem. (Winters et al., 2010; Etowa et al., 2007). En del kvinnor, särskilt de äldre, talade om vikten av deras tro och andlighet för att kunna hantera sin depression. De fann tröst i att kunna prata med Gud. Bön var av betydelse och många av kvinnorna läste också bibeln och mediterade. Andra kvinnor såg psykoterapi som ett komplement till egenvård, eftersom det gav möjlighet att diskutera känslor och erfarenheter på ett sätt som kändes tryggt och stödjande (Etowa et al., 2007; Poleshuck et al., 2012). Kvinnorna uttryckte en önskan om att få tala med någon som inte var dömande och de upplevde en lättnad över vad psykoterapi kunde ge dem.

Poslusny (2000) beskrev i sin studie hur en del av kvinnorna som led av depression avslutade sin anställning, slutade skolan på grund av självkontrollförlust. Vid upprepade misslyckanden i att hantera sin depression och dess bidragande humörsvängningar, började en del kvinnor att

självmedicinera sig med alkohol och droger. Drogerna kunde få dem att känna sig lyckliga oavsett hur de mått innan, eller så var det som ett hjälpmedel till att simulera lycka utåt. I en annan studie av Mccann et al., (2012) använde sig en del yngre kvinnor av överdrivet sexuellt beteende, där farliga beslut kunde tas utan någon som helst eftertanke. Som en del av den nedåtgående spiralen övervägde några av kvinnorna mellan att skada sig själv fysiskt eller att begå självmord. Kombinationen av det lidande som depressionen väckt samt deras egen föreställning om hur andra såg på deras situation skapade dessa tankegångar. Självmord var den sista utvägen menade kvinnorna, då det skulle innebära att de inte längre var till en börda för sina vänner och familj, det sågs också som ett hastigt avslut på lidandet.

8 Diskussion

I detta avsnitt diskuteras först arbetets resultat utifrån en metoddiskussion, där en överblick görs i relation till artikelurvalets metoder och dess svagheter och styrkor. Vidare förs en resultatdiskussion där vald teoretisk utgångspunkt med människa i fokus diskuteras i förhållande till studiernas resultat. Kliniska implikationer presenteras och en slutsats avslutar avsnittet.

8.1 Metoddiskussion

Åtta av studierna rörande kvinnors upplevelser av depression var kvalitativa medan två studier var både av kvalitativ och kvantitativ ansats. Författarna har reflekterat över att dessa två studier med både kvalitativ och kvantitativ metod ses som en svaghet som kan ha påverkat resultatet. Författarnas ambition var att endast inkludera kvalitativa studier på grund av syftets karaktär, det vill säga att beskriva kvinnors upplevda erfarenheter och upplevelser. Kvalitativa studier har som mål att öka förståelse för det subjektiva (Friberg, 2012). I den kvantitativa metoden använde sig kvinnorna av frågeformulär där de skulle skatta sig själva hur de upplevde sin depression. Dock har författarna presenterat kvinnors upplevelser i resultatet endast utifrån den kvalitativa metoden. Under den fortsatta datainsamlingen upptäcktes det att området med enbart kvinnors upplevelser av depression är sparsamt undersökt, då de flesta kvalitativa studier ofta var inriktade på depression i samband med somatiska sjukdomar, eller studier som handlade om både kvinnors och mäns upplevelser.

I två av studiernas resultatartiklar deltog både män och kvinnor i forskningen, vilket också kan ses som en svaghet, då det kan ha påverkat studiens resultat. Det är dock svårt att uttala sig om på vilket sätt. Men då övervägande andel var kvinnor samt att kvinnors respektive

männens upplevelser hade tydligt skiljts åt i studierna bedömdes då dessa studier ändå ha stor relevans för syftet. Författarna har dock varit noga med att endast presentera kvinnors upplevelser i resultatet, då syftet var att belysa kvinnors upplevelse av depression för att bättre förstå deras behov av omvårdnad. I en studie deltog personer som var sexton år, där intervjuades föräldrarna till dessa minderåriga personer som också kan ses som en svaghet. Dock var medelåldern på deltagarna 18 år. Ytterligare en möjlig svaghet kan vara att det inte fanns någon avgränsning vad gäller studiernas ursprungsland. Två av studier var från Sverige medan fyra studier var från USA, resterande studier hade gjorts i Kanada, Australien och Storbritannien. Då resultatet gick att överföra på svenska förhållanden inom sjukvården, sågs detta som mindre betydande svaghet. Samtidigt ser författarna detta som en styrka då studierna både haft varierande design, metod och olika ursprungsländer som samtidigt uppvisat på samstämmiga resultat. De samstämmiga resultaten visade således att upplevelser av depression är liknande globalt, dock kan man inte generalisera studiens resultat. En ytterligare styrka i urvalet var att samtliga studier var originalartiklar, det vill säga primärkällor som för första gången presenterar sitt resultat, då det inte har tolkats av andra (Friberg, 2012).

8.2 Resultatdiskussion

8.2.1 Depressionens inverkan på livet

I resultatet framkom det att kvinnorna hade erfarenheter av både fysiska och psykiska symtom. Fysiska symtom handlade om att smärta i olika former som var kopplat till deras känslomässiga lidande, oftast visade sig dessa symtom runt magen. Psykiska symtom visade sig i form av låg självkänsla, förlust av kontroll samt ihållande negativa tankar. Många av kvinnorna talade om sina symtom i form av metaforer. Barker och Buchanan-Barker (2010) menar att när människor har svåra upplevelser att berätta, men har svårt att uttrycka dem är användandet av metaforer ett sätt att artikulera sina erfarenheter. Tidvattenmodellen betonar upplevelsen snarare än beteendet hos personen. Lewis (1995) menar att för mycket uppmärksamhet har gått till att jämföra symtom mellan personer istället för att uppmärksamma hur personen själv upplever sina erfarenheter av symtomen. Betydelsen av den personliga upplevelsen är avgörande för på vilket sätt den uttrycks. Det är viktigt för sjuksköterskan och annan vårdpersonal att förstå vad som upplevs i depressionen och betydelsen av dessa erfarenheter. Depression är en personlig och komplex upplevelse och kräver sin uppmärksamhet då det är av betydelse för vilken behandling som lämpar sig bäst.

Trots att ovanstående symtom är vanligt förekommande hos personer med depression förefaller det som att fysiska symtomen är mer accepterade än psykiska symtom. Kan det vara så att allt som inte går att "ta på" inte är verklighet, utan är inbillade upplevelser? Burr och Chapman (2004) skriver i sin studie att kvinnor ofta använder sig av fysiska symtom när de vill beskriva effekterna av en depression. Att söka vård för fysiska besvär ansågs mer accepterat eftersom psykiska besvär betraktades som jämmer. Detta kan vara en förklaring till att många kvinnor inte söker vård trots uppenbara symtom. En annan anledning till att kvinnor inte söker vård kan vara upplevelsen av skam och skuld samt stigmatiseringen av depression i samhället. I resultatet framgick det att kvinnor som inte kunde följa normen över hur känslor ska kommuniceras kände skam. I rädsla för att känna sig annorlunda pratade inte kvinnorna om sin depression, människors ibland nedlåtande reaktion gjorde det svårt för kvinnorna att tala öppet om sina känslor. För att kunna hjälpa människor ur sin depression måste synen på depression förändras i samhället i stort. Men för att få till den förändringen måste vi börja i mindre skala först, det vill säga genom dem som står oss närmast. Här kan sjuksköterskans roll vara betydande, eftersom hon oftast möter patienten först och har ett inledande samtal.

8.2.2 Stigmatiseringen

Närstående är oftast en tillgång för återhämtningen vid en depression, men en studie visar att närstående ibland kan vara dömande och att detta är ett observandum för vårdpersonalen när de möter personer som är deprimerade (Fernandez y Garcia et al., 2012). Ett socialt nätverk som är dömande kan fördröja eller underminera effektiv behandling. Vet vårdpersonalen om hur stödet ser ut, både positivt och negativt, kan de gå in och stödja där det brister.

Kommunikation med närstående kring ett tillstånd som är stigmatiserat kan vara svårt, men är viktigt eftersom följderna av ett från början välmenande stöd kan i slutändan vara skadligt för personen som drabbats av depression. Uttalanden där närstående ber den deprimerade att 'rycka upp sig', att personen blir kallad vekling eller lat samt att 'du som har så mycket att vara glad för kan väl inte vara deprimerad' kan skapa skamkänslor hos den som är drabbad. Även närstående kan behöva hjälp att förstå innebörden av depressionen. Enligt Dean (2012) påverkas människor mer av stigmat på psykisk ohälsa än av depressionen i sig och att det är viktigt att vårdpersonalen är medveten om detta. Dean menar också att det åligger vårdpersonalen att engagera sig på ett medkännande sätt med människor som lider av depression och försäkra dem att det inte finns någon skam eller skuld i deras situation.

Resultatet visade att stigmatiseringen gjorde att många kvinnor isolerade sig på grund av rädsla för vad andra skulle tycka och rädslan för att förlora vänner. Det tåls att upprepas att man inte behöver gå långt tillbaka i historien för att hitta den tid då en diagnos innebar att bli ivägskickad och inlåst för evigt (Mythbuster, 2013). Att sända iväg människor på detta sätt skapade stigmat kring depression och synen på personer med psykisk ohälsa sågs ur de mest extrema formerna. Än idag lever den negativa synen kvar och det är inte konstigt att människor isolerar sig som ett skydd mot fördomarna. Hur kan man utbilda samhället på det mest effektiva sättet så att den negativa synen förändras? Skulle kampanjer som till exempel cancerfonden fungera lika bra på depression? Flera antistigma kampanjer har förespråkat psykisk ohälsa och depression som en 'sjukdom som alla andra' för att ge en ökad förståelse (Mythbuster, 2013). Ett försök under 1990-talet var att klassa depression som en hjärnsjukdom och även om den biologiska förklaringen accepterats mer har inte stigmatiseringen minskat sedan dess. En förklaring kan vara att symtomen som ibland visar sig på ett sätt som är bortom all kontroll, till exempel självskadebeteende, har gjort att många tar avstånd från sjukdomen. Ett mer effektivt sätt skulle vara att förklara depression ur en biopsykosocial synvinkel, där miljöfaktorer samspelar med livserfarenheter och genetiken. Att presentera depression i den här formen skulle normalisera symtomen och öka acceptansen i samhället.

8.2.3 Behov och hälsofrämjande strategier

Av resultatet framträdde att kvinnor var i behov av att ses som en person och inte som ett fall. Det var viktigt för kvinnorna att känna sig betydelsefulla och att existera i ett sammanhang. Enligt Barker och Buchanan-Barker (2005) ses människan som en helhet och förstås som en komplex varelse, där olika erfarenhetsdomäner och livsnivåer formar en unik person som betyder att personen lever i sin berättelse i relation till andra människor. I Tidvattenmodellen beskrivs bland annat att personens egen berättelse är det som omvårdnaden utgår ifrån och att denna sedan utgör ett stöd för återhämtningsprocessen. Genom världendomen relaterar människan till sig själv, sin historia och reflekterar över den. Sjuksköterskan har därför en plikt att visa en genuin nyfikenhet för patientens berättelse och människan som finns bakom symtomen. Detta kan hjälpa personen att utveckla sin historia och öka den gemensamma förståelsen för den. Då personen ses som expert på sitt eget liv och den enda som kan yttra sig om detta, är det påtagligt hennes levda erfarenheter och synpunkter som vården behöver grundas på. Om sjuksköterskan tar rollen som expert finns en risk att personens upplevelse av maktlöshet stärks. Personen behöver följaktligen börja med små förändringar och verktyget

för dessa förändringar är hennes historia om sig själv såväl som en inre dialog eller i samtal med andra.

Barker och Buchanan-Barker (2005) ser relationen mellan patienten och sjuksköterskan som terapeutisk i sig och därför lyfts omvårdnaden från något som sjuksköterskan skall genomföra tillsammans med personen istället för åt personen. För att vårda och vara genuin i mötet med dessa kvinnor måste sjuksköterskan stå ut med att leva i ovisshet, eftersom lidande och mänskliga fenomen är oberäkneliga. Det krävs öppenhet inför en sådan kris som dessa kvinnor befinner sig i, så att de ska känna tillhörighet till livet och se sig själva som värderade personer. Återhämtning innebär en förändringsprocess och fokus ligger på en lösning snarare än på bearbetning. Berättandet i sig kan för dessa kvinnor ha en omformulerande roll, då tidigare erfarenheter förstås ur ett nytt perspektiv. Omvårdnad utifrån Barker och Buchanan-Barkers beskrivning handlar om att försöka förstå hur samspelet mellan de tre erfarenhetsdomänerna själv, andra och världen kommer till formulering i de svårigheter att leva som personen upplever. Här kan sjuksköterskans närvarande relateras till själv- domänen som då handlar om att ge stöd, där personen får möjlighet att återupptäcka sin livsberättelse.

Resultatet visade att flera kvinnor använde sig av olika sorters hälsofrämjande egenvård, vilket bidrog till ett rikare och ett mer meningsfullt liv menade de. Motion visade sig vara en form av egenvård som kvinnorna använde sig av. I en studie använde sig många kvinnor av fysisk aktivitet som var en effektiv egenvårds behandling och de visade sig ha stora fördelar för depressionen (Nessie, 2009). Fysisk aktivitet harmoniserade sinnesstämningen, minskade ångest och förbättrade självkänslan. I resultatet framkom det även att kvinnorna var i behov av socialt stöd för att kunna återfå kontrollen över den dagliga strukturen i deras liv. De var även i behov av positiv feedback från andra människor i sin omgivning, vilket stärkte deras identitet i ett socialt sammanhang. I Tidvattenmodellen handlar omvårdnad om att göra det möjligt för personen att se samspelet mellan olika erfarenheter i livet, vilket sedan gör det möjligt att skapa små förändringar (Barker & Buchanan - Barker, 2005). De tre erfarenhetsområdena själv, andra och världen formar människans personlighet. I självet kan vi se att dessa kvinnor relaterar till den inre världen och hur de upplever och bearbetar sina känslor. I andradomänen har omgivningens förhållningssätt en central betydelse för dessa kvinnor. När en person går igenom en depression kan det i relation till andradomänen, alltså i relation till andra människor uppleva känslor som att vara annorlunda. I världendomänen ser vi att kvinnorna relaterar sig själva som författare till sin historia genom att reflekterar och tänker över sitt liv.

8.2.4 Skadliga beteenden

Resultatet vittnade om att en del kvinnor använde sig av skadliga strategier som självska debeteende och självmord. De såg självskada som lindrande för sin själsliga smärta och självmord som ett hastigt avslut på lidandet. Zhang och Ziyao (2013) belyser att depression är en stor riskfaktor för självmord. Depression och självmord är båda sannolikt relaterade till känslorna av hopplöshet och värdelöshet. Sjuksköterskan har därför en viktig roll i bemötandet med kvinnor som har självska debeteende och självmordstankar. Att bedöma självmordsrisk är en svår och viktig arbetsuppgift inom hälso- och sjukvården (Wasserman, 2003). De flesta personer med självmordstankar pratar inte om det, medan en del samtalar med närstående i någon form. Det kan vara svårt för omgivningen att handskas med dessa signaler (Socialstyrelsen, 2003). Det är betydelsefullt att fråga personen rakt ut om självmordstankar, frågan ökar inte risken för självmord utan kan vara till stor hjälp för personen att våga uttrycka sina tankar. Det är av stor vikt att sjuksköterskan skall kunna identifiera tecken på självmordstankar, dessutom behövs ett risktänkande och en medvetenhet. I omvårdnad av personer med suicidala tankar är det centralt att skapa en hållbar relation. Mindervärdeskomplex och skam i mötet med sjukvården är vanliga. Det är mycket värdefullt med ett icke - dömande förhållningssätt, där sjuksköterskan försöker förstå och verkligen bryr sig, då livsproblemen kan kännas som ett hot mot själva existensen. En aspekt av det etiska kravet är att vårda en annan människa som befinner sig i en kris, vilket betyder att sjuksköterskan bär ett ansvar för att bygga broar och sträcka sig över dunkla och hotfulla vatten, för att nå personen (Barker & Buchanan Barker, 2005). Ett av de tio åtaganden i Tidvattenmodellen handlar om att ge tid som en gåva, vilket är något värdefull som kan leda till små förändringar.

Resultatet visade att många kvinnor var i behov av någon som de kunde lita på och önskade en närmare relation till. I detta fall kan sjuksköterskan vara någon värdefull för dessa kvinnor. Crump, Sundquist, Sundquist och Winkleby (2013) beskriver i sin studie att ett effektivt förebyggande av självmord kräver ett mångfasetterat synsätt i både psykiatri och primärvården. Att tidigt identifiera och behandla självmord är mycket viktigt men är inte tillräckligt idag, därför måste kunskaperna ökas om självmordsbeteenden hos allmänheten och tystnaden kring problematiken måste brytas. För att kunna minimera risken för självmord och självska debeteende måste vården bli bättre på att kartlägga patienters beteenden i det första mötet med vården. Ett stort ansvar ligger på primärvården som tidigare nämnts i bakgrunden. Den här kartläggningen av personers ohälsa sker i världendomen menar Barker och Buchanan-Barker (2005) och här måste sjuksköterskan möta personens egen förståelse för sin

situation som är utgångspunkten för omvårdnaden. Sjuksköterskan måste lära sig förstå och möta den osäkra tillvaron personen lever i genom att hjälpa henne att bli känslomässigt trygg och skapa en säker och trygg miljö, samt att skapa en god relation till personen, då blir även personen och sedan omvårdnaden det också (Barker, 2001). Det är också viktigt att ge fysisk trygghet samt att våga möta förtvivlan för att förhindra självskada. Omvårdnaden skall anpassas efter personen och det är de individuella behoven som alltid ska eftersträvas, så att personen kan återfå kontrollen över sitt liv.

8.3 Kliniska implikationer

Kunskap kring depression bör ses som en viktig del av sjuksköterskans kompetens. Resultatet har stor relevans för samhället då depression är ett globalt hälsoproblem. Presentationen av kvinnornas upplevelser och behov kan förhoppningsvis leda till att andra kvinnor blir bättre bemötta och att vården blir mer optimal. Vården idag är tidspressad, men ett gott bemötande av sjuksköterskan behöver inte vara komplicerad. En sjuksköterska som är öppen, ödmjuk och empatisk har de dygderna som krävs för en ömsesidig vårdrelation (Barker & Buchanan-Barker, 2005). Relationen främjar delaktighet och utvecklar egenmakt. På det sättet kan personen förstå sig själv och sin berättelse och börja ta små steg mot att återfå kontrollen över sitt liv. Det finns många negativa följder av depression som bland annat själsligt lidande, sämre livskvalitet och självmord. Socialstyrelsen (2003) har påpekat olika brister i rutiner och omhändertaganden av personer som har begått självmord i anknytning till vården, brister som kan ha bidragit till att personens självmordstankar inte fångats upp. I vården behövs omhändertagandet förbättras av personer som söker för depression. Oavsett var personen söker vård måste en omsorgsfull bedömning av självmordsrisken göras.

8.4 Förslag till fortsatt forskning

Vidare forskning bör fokusera på egenvårdsinsatser för kvinnor som har depression, eftersom det finns för lite forskning kring detta anser författarna. Egenvård är en stor del av tillfrisknandet och mer kunskap i detta kan sänka vårdkostnaderna samt ge bättre livskvalitet för dem som drabbats. Alla kvinnor är unika och upplever depression subjektivt. Därför behövs det forskas vidare inom detta område, för att kunna jämföra resultat av liknande studier där kvinnor från alla världsdelar har inkluderats. Det är viktigt eftersom Sverige har ett mångkulturellt samhälle där vården möter kvinnor från alla samhällen och kulturer.

9 Slutsats

Depression är en personlig upplevelse och påverkar människor på olika sätt. Många kvinnor upplevde både fysiska och psykiska symtom, men få ville erkänna dem som tecken på depression. Istället användes metaforer som en form av förklaring till deras lidande. Stress och ständigt negativa tankar var återkommande förklaring till depressionen. Upplevelsen av depression var starkt kopplad till skam och skuld. Fördomar om sjukdomen var hämmande och skapade rädslor hos kvinnorna vilket ledde till isolering. Förståelse och bekräftelse från andra människor var viktigt för kvinnorna, eftersom det fick dem att känna sig mindre annorlunda. En viktig strategi för återhämtning var kommunikationen med familj och vänner, mötet med andra människor uppfattades som avgörande i tillfrisknandet. Tro och andlighet samt fysisk aktivitet var en annan strategi för att hantera deras depression.

Sjuksköterskan kan genom bättre kunskap i hur kvinnor upplever depression bemöta dem utifrån deras berättelse och se människan i patienten redan vid första vårdkontakten. Det kan underlätta för kvinnor att söka vård ifall de känner ett starkare förtroende för vårdpersonalen. Genom att tidigt uppfatta kvinnors berättelser, ställa rätt diagnos och ge rätt behandling kan bidra till snabbare återhämtning. En snabbare återhämtning bidrar i sin tur till mindre lidande, kortare vårdinsatser och blir dessutom mindre kostsamt för samhället.

Referensförteckning

Resultatartiklar markeras med *

Agerberg, M. (2011). *Ut ur mörkret: en bok om depressioner*. Lund: Studentlitteratur.

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

Barker, P. (2001). The Tidal Model: The lived experience in person-centred mental health nursing care. *Nursing Philosophy*, 2, 213-223. Hämtad från databasen CINAHL Complete.

Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model: A guide for mental health professionals*. New York: Routledge.

Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2010). The Tidal Model of mental health recovery and reclamation: Application in acute care settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 171-180. doi:10.3109/01612840903276696

Beck-Friis, J. (2005). *När Orfeus vände sig om: En bok om depression som förlorad självaktning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Beck-Friis, J. (2009). *Den nakna skammen: grund för depression eller väg till ömsesidighet*. Stockholm: Natur & Kultur.

Burr, J., & Chapman, T. (2004). Contextualising experiences of depression in women from South Asian communities: a discursive approach. *Sociology of Health & Illness*, 26(4), 433-452. Hämtad från databasen CINAHL Complete.

Codex (2015). *Informerat samtycke*. Hämtad 24 mars, 2015, från Codex, <http://codex.vr.se/manniska2.shtml>

Crump, C., Sundquist, K., Sundquist, J., & Winkleby, M. R. (2013). *Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study*. *Psychological Medicine*, 44, 279- 289. doi:10.1017/S0033291713000810

*Danielsson, U., & Johansson, E. (2005). Beyond weeping and crying: a gender analysis of expressions of depression. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23, 171-177. doi:10.1080/02813430510031315

Dean, E. (2012). Impact of stigma on people with depression revealed. *Mental Health Practice*, 16(3), 5. Hämtad från databasen CINAHL Complete.

*Etowa, J., Keddy, B., Egbeyemi, J., & Eghan, F. (2007). Depression: The invisible grey fog influencing the midlife health of African Canadian women. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 203-213. doi:10.1111/j.1447-0349.2007.00469.x

- Fernandez y Garcia, E., Duberstein, P., Paterniti, D., Cipri, C., Kravitz, R., & Epstein, R. (2012). Feeling labeled, judged, lectured, and rejected by family and friends over depression: Cautionary results for primary care clinicians from a multi-centered, qualitative study. *BMC Family Practice*, *64*(13), 1-9. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Friberg, F. (2012). Att utforma ett examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s. 81-94). Lund: Studentlitteratur.
- *Fullagar, S., & O'Brien, W. (2012). Immobility, Battles, and the Journey of Feeling Alive: Women's metaphors of self-transformation through depression and recovery. *Qualitative Health Research*, *22*(8), 1063–1072. doi:10.1177/1049732312443738
- Goffman, E. (2011). *Stigma: Den avvikandes roll och identitet*. Stockholm: Norstedts.
- *Kinser, P., Bourguignon, C., Taylor, A., & Steeves, R. (2013). "A feeling of connectedness": Perspectives on a gentle yoga intervention for women with major depression. *Issues in Mental Health Nursing*, *34*, 402–411. doi:10.3109/01612840.2012.762959
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-92). Lund: Studentlitteratur.
- Kravitz, R., Paterniti, D., Epstein, R., Rochlen, A., Bell, R., Cipri, C., Fernandez y Garcia, E., Feldman, M., & Duberstein, P. (2011). Relational barriers to depression help-seeking in primary care. *Patient Educ Couns*, *82*(2), 207-213. doi:10.1016/j.pec.2010.05.007.
- Lazarou, C., Kouta, C., Kapsou, M., & Kaite, C. (2011). Overview of depression: epidemiology and implications for community nursing practice. *British Journal of Community Nursing*, *16*(1), 41-47. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- Lewis, S. (1995). A search for meaning: making sense of depression. *Journal of Mental Health*, *4*(4), 369-382. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- Lilja, L., Ordell, M., Dahl, A., & Hellzén, O. (2004). Judging the other: psychiatric nurses attitudes towards identified inpatients as measured by the semantic differential technique. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *11*, 546-553. Hämtad från databasen PsycINFO.
- Lilja, L., Hellzén, M., Lind, I., & Hellzén, O. (2006). The meaning of depression: Swedish nurses' perceptions of depressed inpatients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *13*, 269–278. Hämtad från databasen PsycINFO.
- *McCann, T., Lubman, D., & Clark, E. (2012). The experience of young people with depression: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *19*, 334–340. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01783.x

- Mythbuster (2013). Myth: reframing mental illness as a 'brain disease' reduces stigma. *Journal of Health Services Research & Policy*, 18(3), 190-192. doi:10.1177/1355819613485853
- Nessie, S. (2009). The role of community nurses in the management of depression. *Nurse Prescribing*, 12(7), 548-554. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- Ottosson, H., & Ottosson, J.-O. (2007). *Psykiatriboken*. Stockholm: Liber.
- Papadopoulos, C., Foster, J., & Caldwell, K. (2012). 'Individualism-Collectivism' as an Explanatory Device for Mental Illness Stigma. *Community Ment Health J*, 49, 270-280. doi:10.1007/s10597-012-9534-x
- Phillips, R., Miller, B., Pettersson, S., & Teevan, B. (2011). Better integration of mental health care improves depression screening and treatment in primary care. *Graham Center Policy One-Pager*. Från <http://www.aafp.org/afp>. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- *Poleshuck, E., Cerrito, B., Leshoure, N., Finocan-Kaag, G., & Kearny, M. (2012). Underserved women in a womens' health clinic describe their experiences of depressive symptoms and why they have low uptake of psychotherapy. *Community Ment Health J*, 49, 50-60. doi:10.1007/s10597-012-9500-7
- *Poslusny, S. (2000). Street music or the blues? The lived experience and social environment of depression. *Public Health Nursing*, 17(4), 292-299. Hämtad från databasen CINAHL Complete.
- *Rice, N., Grealy, M., Javaid, A., & Serrano, R. (2011). Understanding the social interaction difficulties of women with unipolar depression. *Qualitative Health Research*, 21(10), 1388-1399. doi:10.1177/1049732311406449
- *Skärsäter, I., Dencker, K., Bergbom, I., Häggström, L., & Frilund, B. (2003). Women's conceptions of coping with major depression in daily life: a qualitative, salutogenic approach. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 419-439. doi:10.1080/01612840390212632
- Skärsäter, I. (2009) Psykisk ohälsa. I A.-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 711-744). Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen (2003). *Vård av självmordsnära patienter – en kunskapsöversikt*. Hämtad 1 april, 2015, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se>.
- Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010-stöd för styrning och ledning*. Hämtad 30 mars, 2015, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17948/2010-3-4.pdf>
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned discrimination against people with mental illness*. New York: Oxford university press.

Vetenskapsrådet (2011). *God forskningsred: vetenskapsrådets rapportserie 1:2011* [Broschyr]. Stockholm: Vetenskapsrådet. Från <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningsred/>

Wasserman, D. (2003). *Depression – en vanlig sjukdom. Symtom, orsaker och behandlingsmöjligheter* (3 uppl.). Stockholm: Natur och Kultur.

WHO (2012). *Depression, a hidden burden*. Hämtad 7 april, 2015, från WHO, http://www.who.int/mental_health/management/depression/flyer_depression_2012.pdf

*Winters, CA., Cudney, S., & Sullivan, T. (2010). Expressions of depression in rural women with chronic illness. *Rural and Remote Health, 10*, 1-14. Hämtad från databasen PsykINFO.

Zang, J., & Ziyao, L. (2013). The association between depression and suicide when hopelessness is controlled for. *Comprehensive Psychiatry, 54*, 790-796. Hämtad från databasen CINAHL Complete.

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats. Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57-79). Lund: Studentlitteratur.

10 Bilaga 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
PsycINFO	”Experienc e of depression ”	104	Linked full text, peer reviewed, female, årtal 2000-2015	11	1	Fullagar, S., & O'brien, W. (2012).
PsycINFO	”Women” AND ”social interaction ” AND ”depressio n”	43	Linked full text, peer reviewed, årtal 2000-2015	4	2	Poslusny, S. (2000) Rice, N., Greal, M., Javaid, A., & Serrano, R. (2011).
PsycINFO	Via referenser från andra artiklarna har dessa artiklar valts ut.				2	Poleshuck, E., Cerrito, B., Leshoure, N., Finocan-Kaag, G., & Kearney, M. (2012). Etowa, J., Keddy, B., Egbeyemi, J., & Eghan, F. (2007).
CINAHL Complete	”Experienc e of depression ”	76	Full text, peer reviewed, female, årtal 2000-2015	12	3	Danielsson, U., & Johansson, E. (2005). Winters, CA., Cudney, S., & Sullivan, T. (2010). Kinser, P., Bourguignon, C., Taylor, A., & Steeves, R. (2013).

CINAHL Complete	"Experiences" AND "depression" AND "female"	511	Full text, peer reviewed, abstract, female, årtal 2000-2015	15	1	Mccann, T., Lubman, D., & Clark, E. (2012).
CINAHL Complete	"Major depression"	276	Full text, peer reviewed, abstract, female, årtal 2000-2015	7	1	Skärsäter, I., Dencker, K., Bergbom, I., Haggström, L., & Frilund, B. (2003).

11 Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Danielsson, U., & Johansson, E.	Beyond weeping and crying: a gender analysis of expressions of depression.	2005, Sverige, Scandinavian Journal of Primary Health Care.	Att undersöka depression genom ett genusperspektiv.	Metod: Kvalitativ metod. Urval: Kvinnor och män mellan 21-66 år med diagnostiserad depression och som blivit behandlade med antidepressiva läkemedel och/eller terapi i minst sex månader. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer som ljudinspelats. Analys: Data analyserades kvalitativt, inspirerat av stegen i grounded theory enligt Malteruds rekommendationer samt genom vetenskapliga kriterier.	Det fanns likheter i upplevelsen av depression hos män och kvinnor, men hur det visades utåt skilde könen åt liksom socioekonomisk status. Även om erfarenheter av för höga krav var återkommande hos alla deltagare, så prioriterades hemmet eller arbetet olika. Män pratade lättare om fysiska symtom, ofta om hjärtat, än om känslor. Kvinnor hade lättare att uttrycka om känslomässigt lidande i form av skam och skuld, medan fysiska symtom oftast visade sig kring magen. Män handskades med sin osäkerhet genom att dramatisera sina tidigare erfarenheter, medan kvinnor hanterade osäkerheten med att förminska sig själva.
Etowa, J., Keddy, B., Egbeyemi, J., & Eghan, F.	Depression: The invisible grey fog influencing the midlife health of African Canadian women.	2007, Kanada, International Journal of Mental Health Nursing.	Att undersöka upplevd hälsa hos svarta kvinnor i medelåldern, i provinsen Nova Scotia, Canada.	Metod: Kvantitativ och kvalitativ metod. Urval: Afrikansk kanadensiska kvinnor i åldern 40-65 år. Datainsamling: Djupgående semistrukturerade ljudinspelade intervjuer, frågeformulär, fokusgrupper samt studiegrupper. Analys: Tematisk analys av kvalitativ data med hjälp av dataprogrammet atlas ti. Deskriptiv statistik och analys på kvantitativ data.	I resultatet kom man fram till tre teman som kunde relateras till depression. Bakomliggande orsaker var ett tema som kopplades till bland annat stress, oro, sorg och förluster samt rasism. Det andra temat beskrev hur depressionen visade sig hos kvinnorna och det sista temat handlade om hur kvinnorna hanterade sin depression.

Fullagar, S., & O'Brien, W.	Immobility, Battles, and the Journey of Feeling Alive: Women's Metaphors of Self-Transformation Through Depression and Recovery	2012, Australien, Qualitative Health Research.	Genom att analysera metaforer bidra till en ökad förståelse för återhämtningen av depression för både forskare och kliniker.	Metod: Kvalitativ metod. Urval: Kvinnor mellan 20-75 år som ansåg att de återhämtat sig eller var på väg att återhämta sig från en depression. Datainsamling: Djupgående semistrukturerade intervjuer. Analys: Innehållsanalys av transkript.	Resultatet identifierade vanliga metaforer som beskrev kvinnors resa genom depressionen. En resa som handlade om självförvandling och återhämtning. Metaforerna handlade bland annat om de immobiliserande effekterna av depressionen, återhämtningen och självkänedom.
Kinser, P., Bourguignon, C., Taylor, A., & Steeves, R.	"A feeling of connectedness": Perspectives on a gentle yoga intervention for women with major depression.	2013, USA, Issues in Mental Health Nursing.	Att förstå de erfarenheter kvinnor erfarit efter att ha deltagit i yoga som behandling mot sin depression.	Metod: Kvalitativ metod. Urval: Kvinnor i ospecificerad ålder, diagnostiserade med egentlig depression eller dystymi. Datainsamling: Semistrukturerade intervjuer som ljudinspelats, dagböcker och email. Analys: Analyserades genom en beskrivande och tolkande fenomenologisk perspektiv.	Resultatet visade att kvinnors erfarenheter av depression involverade stress, grubblerier och isolering. Det visade också att yoga som egenvård fungerade mot stress och grubblerier. Yoga underlättande även vid interaktionen med andra människor.
Mccann, T., Lubman, D., & Clark, E.	The experience of young people with depression: a qualitative study.	2012, Australien, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.	Att undersöka ungdomars erfarenhet av depression	Metod: Kvalitativ, fenomenologisk, hermeneutisk tolkningsmetod baserad på Heideggerians perspektiv på fenomenologi. Urval: 26 personer 16-25 år, medelåldern 18 år, övervägande kvinnor med diagnostiserad depression. Datainsamling: Semistrukturerade, djupgående och videoinspelade intervjuer. Analys: Innehållsanalys av transkripten.	Resultatet visade fyra överlappande teman som reflekterade ungdomarnas svårigheter att förstå sin situation. Dessa teman beskrev: <ol style="list-style-type: none"> 1. Kampen i att försöka förstå sin situation. 2. Depressionen som en nedåtgående spiral. 3. Isoleringens effekter. 4. Tankar och erfarenheter av självmord och självskadebeteende.

<p>Poleshuck, E., Cerrito, B., Leshoure, N., Finocan-Kaag, G., & Kearny, M.</p>	<p>Underserved women in a womens´ health clinic describe their experiences of depressive symptoms and why they have low uptake of psychotherapy.</p>	<p>2012, USA, Community Ment Health J.</p>	<p>Att förstå kvinnors hälsa och upplevelse av depressiva symtom samt att få deras perspektiv på det låga utnyttjandet av psykoterapi.</p>	<p>Metod: Consensual kvalitativ metod enligt Hill & Williams (1997). Urval: 23 kvinnor med depressiva symtom, 18 år och uppåt, medelåldern 32 år. Datinsamling: Öppna semistrukturerade intervjuer, Individuella intervjuer 45-60 min som bandinspelades. Analys: Innehållsanalys av transkripten.</p>	<p>Resultatet visade tre teman: 1. kvinnornas relation och syn till psykoterapi i sig var ett primärt hinder och tvivlen om effekten av psykoterapi var ett sekundärt hinder. 2. De symtom som beskrivs som problematiska av kvinnorna är unika från de diagnostiska symtomen som generellt bedöms i en psykoterapi behandling. 3. Även om kvinnorna var oroliga, kände de att psykoterapi kan hjälpa till att de känner sig trygga, får insikt och förmåga till förändring.</p>
<p>Poslusny, S.</p>	<p>Street music or the blues? The lived experience and social environment of depression.</p>	<p>2000, USA, Public Health Nursing.</p>	<p>Att undersöka upplevelsen av depression hos kvinnor.</p>	<p>Metod: Kvalitativ och fenomenologisk metod. Urval: Kvinnor mellan 25-44 år som diagnostiserats depression. Datinsamling: Djupgående intervjuer enligt Lincoln & Guba (1985) som ljudbandsinspelats. Analys: Innehållsanalys av transkripten.</p>	<p>Resultatet visades i fyra musikaliska metaforer: 1. Gathörn, skälen och klinisk depression. 2. The blues (chicago style) och sorg 3. Akustik och miljö 4. Musikerna och sociala relationer.</p>
<p>Rice, N., Grealy, M., Javid, A., & Serrano, R.</p>	<p>Understanding the social interaction difficulties of women with unipolar depression</p>	<p>2011, Storbritannien, Qualitative Health Research.</p>	<p>Att undersöka hur kvinnornas depressiva episod förändrar upplevelsen av att interagera med andra människor.</p>	<p>Metod: Kvalitativ metod. Urval: 11 kvinnor med depression som får vård från öppenvårdsmottagningar 27-54 år, medelåldern 27 år. Datinsamling: Djupsemistrukturerade intervjuer 40-120 min och bandinspelades, utifrån grounded theory. Analys: Tematisk analys användes för att analysera transkripten.</p>	<p>Resultat: Fem teman upptäcktes, 1. Minskat lust att interagera socialt och rädsla för sociala interaktioner. 2. Svårigheter att fatta beslut. 3. Svårigheter att följa sociala normer. 4. Negativa uppfattningar om andra och bristande intresse för andra. 5. Alltför känslomässigt överbelastad och rädsla för att vara en börda.</p>

Skärsäter, I., Dencker, K., Bergbom, I., Häggström, L., & Frilund, B.	Women's conceptions of coping with major depression in daily life: a qualitative, salutogenic approach.	2003, Sverige, Issues in Mental Health Nursing.	Att utifrån ett salutogent perspektiv undersöka kvinnors sätt att hantera depression i det dagliga livet med professionell hjälp och begränsat stöd.	Metod: Fenomenografisk deskriptiv kvalitativ metod. Urval: 13 Kvinnor mellan 18-65 år diagnostiserade med depression som blivit vårdade inom slutenvård någon gång under åren 1997-1998. Datainsamling: Djupgående intervjuer med förbestämda frågor som ljudinspelats. Analys: Data analyserades med tillämpning av en fenomenografisk ansats.	Fyra beskrivande kategorier framkom om hur kvinnorna klarade depressionen i vardagen. 1. självläkande: Genom att få utrymme för sig själv, bli bekräftad och att synas. 2. Att hantera sin depression: Genom personliga strategier, gå igenom en transitionsprocess och att hitta en inre styrka. 3. Att ta emot socialstöd: Genom att återfå kommandot över sin vardag, att vara en del av en gemenskap och att ta emot information från familjen. 4. Att hitta en mening: Genom att reflektera över sitt liv och att tro på framtiden.
Winters, CA., Cudney, S., & Sullivan, T.	Expressions of depression in rural women with chronic illness.	2010, USA, Rural and Remote Health.	Att beskriva upplevelsen av depression hos kroniskt sjuka kvinnor på landsbygden som deltagit i ett forskningsprojekt kring social support och hälsa online.	Metod: Kvalitativ samt kvantitativ metod. Urval: Kvinnor mellan 35-65 år med minst ett kroniskt sjukdomstillstånd boendes minst 40 km från en större stad. Datainsamling: Kvantitativ data samlades in genom formulär. Kvalitativ data samlades in från upplevelserna online. Analys: Kvantitativ data analyserades genom datorprogram SPSS. Kvalitativ data analyserades genom datorprogrammet QSR NUD*IST.	I resultatet beskrevs dessa teman av kvinnorna: Känslor av värdelöshet och skuld. Känslor av hjälplöshet och hopplöshet. Förändringar i sömnmönster, förlust av energi och trötthet. Det diskuterades även förhållandet mellan depression, smärta. Vård behandlingar diskuterades, relationer med vårdgivare, familj och vänner beskrevs. Kvinnorna delade också olika strategier för att hantera sin depression.