

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2010:95

Kvinnors upplevelser av nedstämdhet

En narrativ studie om upplevelser av att leva med en psykisk ohälsa i form
av depression och nedstämdhet

Alsabbagh Shayma
Dovletmirzoeva Inna



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Kvinnors upplevelser av nedstämdhet
En narrativ studie om upplevelser av att leva med psykisk ohälsa i form av depression och nedstämdhet

Författare: Inna Dovletmirzoeva
Shayma Alsabbagh

Ämne: Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad

Nivå och poäng: Kandidatnivå, 15 högskolepoäng

Kurs: SSK02A

Handledare: Niklas Andersson

Examinator: Gunilla Carlsson

Sammanfattning

Depression är en vanlig psykisk sjukdom som karakteriseras av nedstämdhet, förlust av intresse, skuld känslor, störd sömn, låg energi och dålig koncentration. Dessa problem kan bli kroniska eller återkommande och försämrar individens förmåga att klara det dagliga livet. Syftet är att beskriva kvinnors upplevelser av att leva med psykisk ohälsa i form av depression och nedstämdhet. I det här arbetet valdes en kvalitativ ansats och narrativ analys eftersom den belyser upplevelser då människor själva beskriver sina erfarenheter av sin sjukdom. Genom denna analys kan kunskap om kvinnors upplevelser av att leva med psykisk ohälsa i form av depression och nedstämdhet ökas. Uppsatsen bygger på en kvalitativ analys av tre biografier, där kvinnor beskriver egna upplevelser av att leva med en psykisk ohälsa i form av nedstämdhet. I resultaten under forskningsfrågan om kvinnors upplevelser av nedstämdhet framkom upplevelser av ensamhet och relationsförluster, hopplöshet och frustation, orkeslöshet och trötthet, ständigt ledsenhet, att inte klara sitt arbete samt obehag av beröring, att inte bli hörda och sedda, och att ha hopp i möte med människor. Det är betydelsefullt och viktigt att sjuksköterskan möter och vårdar dessa patienter med en caritativ hållning - vårdandet i tro, hopp och kärlek för att lindra det lidandet en depression för med sig. Därför bör sjuksköterskor öka sin kunskap och förståelse genom att ta del av kvinnors upplevelser av att leva med depression och nedstämdhet.

Nyckelord: *Kvinnor, upplevelser, depression.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Livsvärld	2
Lidande	2
Omvårdnad ur patientperspektiv	3
Vårdrelation	3
Tidigare forskning	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	6
METOD	6
Litteratursökning	6
Dataanalys	6
Den bekantgörande fasen	7
Den i delar analyserande fasen	7
Den nya helheten	7
RESULTAT	7
Ständig ensamhet och relationsförluster	7
Hopplöshet och frustration	9
Att vara vilse, tappa bort sig själv.	10
Orkeslöshet och trötthet	11
Ständig ledsenhet	12
Att inte kunna klara sitt arbete	13
Obehag av beröring	14
Att inte bli hörda och sedda	14
Hopp i möte med människor	15
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	17
Betydelse för vårdandet	20
REFERENSER	22
REFERENSER	22
Bilaga 1	24
Bilaga 2	25

INLEDNING

Under utbildningen arbetar vi parallellt som timanställda inom Psykiatrisk vård där vi träffar patienter som lider av depression och nedstämdhet. Vi blir berörda av människor som under nedstämdhet har tappat intresse för allt som är viktigt för dem. Det är smärtsamt att se patienter lida av nedstämdhet, att se dem gråta och instängda i sig själva. I vårdande samtal uttryckte patienterna känslor av tomhet och oro samt att de tappat intresse för livet och glädje. Vi saknar kunskap om hur vi kan bemöta och hjälpa dessa patienter. Med denna uppsats vill vi lyfta fram kvinnors upplevelser av att leva med depression och nedstämdhet och hur deras dagliga liv påverkas. Genom att få del av deras upplevelser kan sjuksköterskans förståelse vidgas så att sjuksköterskan kan bemöta dem på ett sätt som kan lindra deras lidande.

BAKGRUND

Depression är en vanlig psykisk sjukdom som karakteriseras av nedstämdhet, förlust av intresse eller glädje, skuld-känslor eller lågt självförtroende, störd sömn eller aptit, låg energi och dålig koncentration (World Health Organization, 2010). Dessa problem kan bli kroniska eller återkommande och försämrar individens förmåga att klara det dagliga livet. Det allvarliga med depressionen är att den kan leda till självmord, ett tragiskt sätt att dö. Varje år mister 850 000 människor livet på detta sätt i världen. Depression kan behandlas med mediciner eller psykoterapi och omvårdnad (WHO, 2010).

Bland psykiska sjukdomar utgör depressionssjukdomar ca 41,9% bland kvinnor jämfört med 29,3% bland män. Depression är inte den vanligaste psykiska ohälsan bland kvinnor men kan vara mer långvarig hos kvinnor än män (WHO, 2010). Enligt SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2004) har senare studier visat på ungefär dubbelt så hög frekvens depression hos kvinnor som hos män. Depression, antas bli den näst vanligaste orsaken till den globala funktionshinderbördan 2020, och det är dubbelt så vanligt hos kvinnor (WHO, 2010).

Depression är en psykisk ohälsa som kan drabba många av oss under livets gång. Det är naturligt att människan kan känna sig nedstämd ibland eftersom livet innehåller både sorg och glädje. Om en människa är nedstämd under en lång tid så finns det olika skalor för att diagnostisera en depression som hälso- och sjukvården använder (Allgulander, 2008). Klassifikationsskalorna Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) och International classification of diseases (ICD-10) som används vid klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem (Socialstyrelsen, 2009).

Det finns olika orsaker till att människan kan drabbas av depression. Kendler, Gardner och Prescott (2002) beskriver i sin studie att risken att bli drabbad av depression kan vara ärftliga anlag, uppväxt i störd familjemiljö, sexuella övergrepp under barndomen, missbruk, långtidstrauma, äktenskapliga problem, motgångar i livet.

Livsvärld

När en människa blir sjuk förändras dennes livsvärld. Livsvärlden är enligt fenomenologin en subjektiv värld, den enskilda individens personligt upplevda värld (Bengtsson, 2005). Enligt Dahlberg, Segersten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) menas att livsvärld innebär också att se, förstå, beskriva och analysera världen. Vi människor arbetar, tänker, älskar, och tycker genom denna värld. Livsvärlden är en relation mellan människan och världen. När sjukdom uppstår kan det få konsekvenser för människans självkänsla eftersom människan aldrig kan komma undan sin egen livsvärld. Den finns alltid där och tas ibland under livets gång för given. Vid depression kan människor uppleva att de tappar kontrollen över sin livsvärld. Det är inte längre möjligt att fungera och leva som vanligt, vilket kan medföra försämrad självkänsla och leda till kaos inombords. Detta gör det viktigt att förstå människans upplevelse av sjukdomen och dess konsekvenser för hans eller hennes livsvärld. Människors sätt att uppleva en händelse är helt unik eftersom vi alla lever i vår egen livsvärld där vi bär med oss tidigare erfarenheter och ser världen genom vår personliga livsvärld (Wiklund, 2003). Vid vårdandet, med tanken på livsvärld, bekräftas människans realitet med accentuering på deras upplevelser och erfarenheter (Dahlberg et al., 2003).

Lidande

Att leva med en depression kan vara ett lidande. Lidandet är en kamp mellan det goda och det onda (Eriksson, 1994). Det lidandet kan medföra enligt Eriksson (1994) är ett sjukdomslidande, ett livslidande och ett vårdlidande. Wiklund (2003) skriver att alla symtom, komplikationer och besvär som kommer i följd av sjukdom kan leda till sjukdomslidande och i sin tur kan leda till livslidande. Orsaker till sjukdomslidande kan vara både fysiska och psykiska symptom (Wiklund, 2003). Det lidande som en patient upplever i följd av vård kallas vårdlidande och handlar om kränkning av patienten (Eriksson, 1994). Även brist i vårdrelationer kan leda till vårdlidande enligt Kasen (2008), som menar att en ”tyst” eller ”svår” patient kan överges av personalen. ”Tysta” eller ”svåra” fall får mindre uppmärksamhet. De blir åsidosatta, man frågar inte hur de mår och man går inte till dem för att samtala, om patienten inte frågar någon. I studier gjorda av Sneltvedt (2004) kommer fram att sjuksköterskor blir berörda av patienters lidande vid depression, de menar att det är smärftfullt att se patienter lida. Lidandet uttrycktes på olika sätt, men det återkommande hos de flesta är att de saknade livslust. Sjuksköterskorna kan känna ett ansvar för den deprimerade patienten att de ibland går in och tar över ansvaret för dem. De känner ofta själva att de går för långt men det är svårt att inte göra det (Sneltvedt, 2004). Birkler (2007) menar att det är sjuksköterskans människosyn tillsammans med vårdideologi och vetenskapssyn som ligger till grund för den professionella vården. Samtidigt menar Birkler att vårdpersonalen ska se hela människan för att kunna ge en god omvårdnad. Därför kan det vara av betydelse att fördjupa sig i ämnet depression för att skapa en ökad förståelse.

Omvårdnad ur patientperspektiv

Socialstyrelsen (2009) skriver i Hälso- och sjukvårdsrapporten att patientfokuserad hälso- och sjukvård innebär att vården ges med respekt och lyhördhet inför den enskilda individens specifika behov, förväntningar och värderingar.

Omvårdnad ur patientperspektiv innebär en vård där patienten är i centrum, där patienten är expert på sina upplevelser av sin sjukdom och ohälsa. Sjuksköterskan måste vara öppen för en patient och bemöta så fördomsfritt som möjligt. En god omvårdnad kan inte skapas om sjuksköterskan inte har helhetssyn och inte är lyhörd för patientens behov och önskemål. Sjukvårdspersonal behöver kunskap om patienternas upplevelser av livskvalitet och sjukdom för att kunna individualisera vården av patienter (Dahlberg et al., 2003). Dahlberg (2003) menar att vårdvetenskapen måste vara öppen för att hitta patientens perspektiv.

I en studie av Shattell (2006) utforskades hur människor som lider av depression upplever mötet med vårdpersonalen. I deras resultat framkommer upplevelser både av att bli förstådd och att bli missförstådd. Personer med psykisk sjukdom som blev missförstådda beskrev sina upplevelser som smärtsamma erfarenheter. Patienter ville bli behandlade som mänskliga varelser, som personer, men inte som sjuka, psykiskt sjuka personer och inte som en uppsättning av diagnoser. En av deltagarna i studien uttryckte i sin upplevelse att han blivit behandlad av vårdpersonalen som ett nummer. Sympati och tröstande ansågs olämpligt av många deltagare.

I Shattell (2006) framkommer det att deltagarna kände sig viktiga och det var meningsfullt när sjuksköterskan hade tänkt på dem mellan samtalen. Känslan av betydelse har skett genom vårdpersonalens beteenden som visas i vård, t.ex. medkänsla, tålmod, empati, lyhördhet, godtagande, ärlighet, öppenhet, saklighet, respekt och kärlek. Deltagare uttryckte att för att de skulle bli förstådda så måste vårdpersonalen vara en god lyssnare, och inte bara lyssna utan också tänka på vad som sägs. Koncentration, full ögonkontakt och uppmärksamhet bidrog till känsla av att vårdpersonalen lyssnade och försökte förstå. Deltagarna uppskattade aktiva svar från vårdpersonalen, till exempel förslag, konstruktiva råd, feedback, hopp och uppmuntran. Deltagarna ansåg att det var viktigt att bemötandet ska ske på samma fysiska nivå, genom att sitta ner och hålla ögonkontakt. Att vara på samma nivå var också en symbol för vårdpersonalens förmåga att arbeta tålmodigt på den nivå där patienten var vid den tidpunkten (Shattell, 2006).

Vårdrelation

Vårdrelation står i centrum för vårdandet, det är i relationen som mötet med hela människan sker, den utgör grunden för hälsoprocesserna hos patienten (Eriksson, 2000). Det är viktigt att sjuksköterskan lyssnar på patienten och visar omtanke och respekt för dennes sjukdomsberättelse för att förstå hur patienten upplever sin situation. Det kan leda till en bra kommunikation mellan vårdgivare och vårdtagare. Detta är grunden för en god vårdrelation som i sin tur leder till att patienten kommer att känna förtroende och tillit för vården. Då en god relation finns mellan patient och vårdgivare kan den bästa

vården ges och tas emot (Wiklund, 2003). Enligt Wiklund (2003) kan vårdande relationer formas av det förhållande man har till varandra samt ömsesidig tillit och respekt i denna och hur vårdaren bemöter patienten och ger patienten uppmärksamhet. Patienten känner stor tillit då vårdaren vårdar i en caritativ hållning som innebär i tro, hopp och kärlek, och tar både yttre och inre ansvar för patientens möjligheter. Wiklund (2003) menar att när en patient känner tillit till dig som vårdare samt känner att du har ett ökat intresse då inbjuder de dig till sin lidandeberättelse. Vårdrelationen betonas speciellt inom den psykiatriska vården då det utgör grunden för vårdandet i den psykiatriska kontexten. Vårdprocessen utspelar sig inom ramen för vårdrelationen och det är i synnerhet viktigt för sjuksköterskor inom psykiatrisk vård att känna till hur både patient och vårdare utvecklas inom vårdrelationen. Detta särskilt med tanke på hur många patienter inom den psykiatriska vården har svårt att skapa och bevara relationer (Dahlberg, 2003).

Tidigare forskning

Det finns en hel del forskning om människors upplevelser av att leva med en psykisk ohälsa i form av depression och nedstämdhet.

Scattolon och Stoppard (1999) har utforskat kvinnors erfarenheter av depression och deras sätt att hantera dessa erfarenheter. I deras resultat har det framkommit att många kvinnor kände sig isolerade och överväldigade och hade svårt att dela sina erfarenheter och känslor med andra. Kvinnorna i studien förstod sina upplevelser av depression inom ramen för deras vardag, och mer specifikt i förhållande till deras förmåga att utföra sina uppgifter som hustrur och mödrar. Enligt Scattolon och Stoppard (1999) hade kvinnor under depressionen ångest som de förklarade som ett resultat av stressfaktorer som var utanför sig själva och hade sitt ursprung i krav på sina liv som mödrar och hemmafruar. I deras resultat framkommer att kvinnor använde sina egna strategier och hade beslutat att "gå vidare med livet". Denna idé att gå vidare trots känslor av hopplöshet verkade drivas av kvinnors önskan att uppfylla de socialt konstruerade förväntningarna och betraktas som en god kvinna av sig själva och andra.

I en studie av Danielsson och Johansson (2005) som utforskade depression ur ett genusperspektiv, genom att fånga deprimerade kvinnors och mäns uttryckssätt av sina upplevelser och förståelse för deras situation framkom det att kvinnor kände skuld och skam för att de inte kunde klara hemmet och familjen och uttryckte att "det känns så skamligt att vara deprimerad". Kvinnor upplevde att de hade tappat sig själv och sin identitet när de inte kunde klara sitt jobb längre. De sökte vård för att de hade fysiska symtom såsom ont i magen som var relaterat till psykisk ohälsa. Det framkom även att kvinnor kände sig ledsna och hade låg självkänsla. Kvinnor upplevde att livet blev meningslöst under depressionen. "Så jag sov från mars 2000 till mars 2001 och med det menar jag, jag sov. . . inte bara sov, jag var medvetslös" (Danielsson & Johansson, 2005, s.175).

I en studie av Skärsäter, Dencker och Bergbom (2003) där de utforskade kvinnors föreställningar om att klara av egentlig depression i det dagliga livet med hjälp av

professionellt och icke kompetent stöd. Resultaten beskriver hur kvinnorna trodde på sin egen förmåga att läka sig själva, om det ges möjlighet att göra det. För detta ändamål behöver de ett utrymme för sig själva, där de får vara fria från rutiner av sin vardag. I den aktuella studien har kvinnor önskat att synas och erkännas som en hel person och inte bara som en medicinsk fråga. När kvinnor behandlades som en hel människa, vågade de lita på sig själva mer, vilket i sin tur ökade deras självförtroende. Kvinnorna nämnde en rad personliga strategier som hjälpte dem att hantera sin depression. Exempelvis att kvinnor medvetet har valt att förändra sin situation, ofta genom någon form av aktivitet sådana som promenad, jogging, meditation, massage, och så vidare. En viktig strategi som använts av kvinnor var att berätta om sin situation för andra människor som de hade förtroende för. Exempelvis hälso- och sjukvårdspersonal och/eller lekmän. Kvinnorna såg fördelarna med att tala med sjukvårdspersonal, som inte satte krav på dem och gav ärlig feedback, som en förutsättning för självutveckling. Kvinnorna i denna studie började observera sin eget beteende och förstå hur det hade bidragit till depression. De undersökte sig inom ramen för deras relationer och gjorde de ändringar som de ansåg nödvändiga. För många innebar detta en undersökning av deras närmaste relationer, vilket kan vara en komplex process. Sjuksköterskor inom psykiatri har uppgift att tillhandahålla den vård som ger patienter en psykisk hälsa. Författarens förslag till framtida omvårdnadsforskning är att undersöka de omständigheter som kan ge möjligheter för dessa kvinnor att starta övergångsprocessen, eftersom denna process verkar vara avgörande för återhämtning från depression.

PROBLEMFORMULERING

Den senaste tiden har antalet kvinnor i medelåldern med psykisk ohälsa i form av depression ökat. Enligt WHO (2010) är kvinnor mer mottagliga för depression och ångest än män. Cirka 73 miljoner vuxna kvinnor i världen drabbas av en depression varje år. Själv mord är den sjunde högsta dödsorsaken globalt för kvinnor i åldern 20-59 år. Det är ett stort och växande problem att kvinnor får en psykisk ohälsa i form av depression eftersom deras förmåga att hantera sin vardag minskar vid nedstämdhet, alltså att arbeta och utföra sina uppgifter som mödrar och hustrur. Ett annat stort problem är att deras psykiska ohälsa inte alltid uppmärksammas. De flesta patienter med en psykisk ohälsa i form av nedstämdhet som vi mött, har varit kvinnor. Det är betydelsefullt och viktigt med en tidigt upptäckt för att lindra det lidandet en depression för med sig. Därför bör sjuksköterskor öka sin kunskap och förståelse för depression hos kvinnor genom att ta del av deras upplevelser av att leva med depression och nedstämdhet. Studien fokuserar följande forskningsfrågor:

- Hur upplever kvinnor det att leva med en psykisk ohälsa i form av nedstämdhet?
- Hur påverkar psykisk ohälsa i form av nedstämdhet kvinnors dagliga liv?
- Hur upplever kvinnor med psykisk ohälsa i form nedstämdhet mötet med människor?

SYFTE

Syftet är att beskriva kvinnors upplevelser av att leva med psykisk ohälsa i form av depression och nedstämdhet.

METOD

Författarna till uppsatsen har valt att arbeta utifrån ett livsvärldsperspektiv. Dahlberg (1997) menar att kvalitativ forskning har utgångspunkt på ett eller annat sätt från det som människan beskriver hur den erfar sin värld där händelser studeras som fenomen.

I det här arbetet valdes en kvalitativ ansats och narrativ analys eftersom den belyser upplevelser då människor själva beskriver sina erfarenheter av sin sjukdom. Genom denna analys kan kunskap om kvinnors upplevelser av att leva med psykisk ohälsa i form av depression och nedstämdhet ökas. Uppsatsen bygger på en kvalitativ analys av tre biografier. Dahlberg (1997) refererar till van Manen som menar att biografier kan anses som livsberättelser och en berättelse kan på flera sätt visa hur en människa erfar sin värld. Dahlborg-Lyckhage i Friberg (2006) menar att för forskning ur ett vårdvetenskapligt perspektiv är berättelser från människor som har upplevt hälsa/ohälsa och lidande mycket betydelsefulla.

Enligt Dahlborg-Lyckhage i Friberg (2006) ska texten från biografier (narrativer) hanteras som empirisk material, där både ett manifest (öppet) och ett latent (dolt) innehåll finns. Det är innehållet i texten som svarar på frågeställningar som forskare ställer utifrån sin problemformulering. Manifest innehåll betyder att det finns ett tydligt beskrivna budskap i klartext. Latent innehåll betyder att det finns dolda budskap i texten (mellan raderna).

Litteratursökning

I litteratursökningen av biografier användes osystematisk litteratursökning. Det tillämpades genom sökning i hyllorna för självbiografier på biblioteket på Högskolan i Borås, Stadsbiblioteket i Borås samt på Sjukhusbiblioteket på Södra Älvsborgs sjukhus. Här valdes tre biografier ut som passade och bäst belyste kvinnors upplevelser av att leva med depression och upplevelser av möte med vården.

Dataanalys

Resultaten bygger på analysen av tre biografier där personer beskriver egna upplevelser av att leva med en psykisk ohälsa i form av nedstämdhet. Analysprocessen består av tre faser, menar Dahlberg (1997). Dessa faser är helhet – delar - helhet. Författare till

uppsatsen kan ställa forskningsfrågor till biografierna som är ”intervjumaterial”, där berättelserna eller biografier ska behandlas som ett empiriskt material (Dahlberg, 1997).

Den bekantgörande fasen

Under första fasen läste författarna biografierna var för sig för att kunna skapa en helhetsbild. Båda författarna har läst texterna flera gånger för att bekanta sig med materialet, och därtill även bevara ett öppet sinne för textens innebörd. Efter detta valdes de sidor ut som särskilt handlade om kvinnors upplevelser under nedstämdhet. Resterande sidor lades åt sidan för att sedan kunna komma tillbaka till vid oklarheter kring textens helhet. Sedan ställde författarna sina forskningsfrågor till de valda sidorna.

Den i delar analyserande fasen

Under andra fasen avdelade författarna material från sin kontext och sökte sedan meningsbärande delar utifrån vad som var belysande eller karakteristiskt för var sin forskningsfråga. Efter detta har författarna var för sig läst igenom det valda materialet noga och meningsbärande enheter analyserats fram. För att öka tillförlitligheten i analysen av de meningsbärande delarna har författarna jämfört de utvalda delarna. I analysen har författarna använt ett kritiskt och ifrågasättande förhållningssätt för att ifrågasätta sina egna förförståelser. Författarna har även ifrågasatt varandra och detta gjordes genom att jämföra olika syn och tolkningar av det valda materialet. Delar av materialet som inte besvarade forskningsfrågor exakt har valts bort.

Den nya helheten

Under tredje fasen analyserades de meningsbärande delarna utifrån respektive forskningsfråga ännu mer och teman analyserades fram. Med detta formades en ny helhet som bildar resultatet i uppsatsen. För att det nya resultatet skulle ligga så nära ursprungsmaterialet som möjligt har författarna jämfört tema och meningsbärande delar med grundmaterialet under hela analysen. Antalet teman var tolv stycken i tre forskningsfrågor (se bilaga 2).

RESULTAT

Hur kvinnor upplever det att leva med en psykisk ohälsa i form av nedstämdhet framkom nio teman: ständig ensamhet och relationsförlust; hopplöshet och frustration; att vara vilse, tappa bort sig själv; orkeslöshet och trötthet; ständig ledsenhet; att inte kunna klara sitt arbete; obehag av beröring; att inte bli hörd och sedda och hopp i möte med människor. En central upplevelse som kvinnor hade under sin nedstämdhet var skam och skuld, och den framkommer i alla teman.

Ständig ensamhet och relationsförluster

Ur berättelserna framkom att kvinnor upplevde att de jämt var ensamma. Detta visade sig i form av känslor av övergivenhet, ensamhet och isolering, både när de var själva

och i sällskap med andra. De anser att andra inte kan förstå vad de har och vad de upplever eftersom de inte har upplevt det själva. De vill heller inte dela med någon om sitt lidande och berätta hur de mår. De isolerar sig själva genom att gömma sig bakom masken och låtsas att de har det bra. Inne kände de sig ensamma och kände att de inte kan klara att umgås med andra. Att hålla masken tar mycket kraft, men det tar kraft att låtsas att de mår bra så istället väljer de att isolera sig från människor.

”Jag känner mig ensam. Jag har många och goda vänner och ändå känner jag mig ensam... Jag känner mig ensam för att jag inte kan fungera, åtminstone inte på något effektivt eller meningsfullt sätt”
(Bramptom, 2009, s.206).

En av dem beskrev isolering som ett krypa under täcket-beteende. Med det menade hon att vissa dagar tog hon tillflykt till sängen och undvek all kontakt med omvärlden: svarade inte i telefon, tackade nej till inbjudningar och var ointresserad på vad som händer i världen. En annan kvinna har beskrivit att hon är så ensam att även Gud har övergivit henne.

”Gud. Vill du vara snäll och tala med mig. Jag är väldigt ensam nu. Så väldigt ensam. Ensamensamensam. Tala till mig nu. Du blir så påtaglig i din frånvaro, Gud... Gud håller inte sin hand över mig. Gud skyddar inte mig” (Heberlein, 2009, s.107).

Ensamheten kan upplevas som positiv hos kvinnor med depression, då de väljer ensamhet själva för att inte såra sina nära och kära personer. Detta gör de för att inte veta hur de verkligen mår. De vill heller inte utsätta andra för sitt lidande eftersom det kan leda till missförstånd och andra kan uppleva att det är deras fel att de lider. De vet själva att det krävs mycket av den som ska vara nära och lyssna.

”Som om man vill ha väldigt mycket av den starkare som tvingas lyssna: en anledning att leva. Det är att begära mycket. Det är att begära alldeles för mycket. Därför ringer jag inte till någon när jag inte orkar med mig själv ” (Heberlein, 2009, s.19).

Ur biografierna framkom det att alla kvinnor upplevde att relationer till närstående har varit bristande under den nedstämdhet de haft. Detta uttrycktes i att de slutade att ta kontakt med människor som de älskade genom att inte svara i telefon och undvek att träffa dem. Kvinnor gjorde detta för att inte utsätta sina närstående för sin livsleda.

”Jag är rädd om mina vänner. Jag vill inte skrämma dem jag älskar”
(Heberlein, 2009, s.18).

Kvinnorna beskrev också detta att de saknade sina föräldrar mycket och ville ha kontakt med dem. Varje dag tänkte de att de måste ringa och fråga hur det är med dem, men samtidigt orkade de inte att prata med någon överhuvudtaget. Alla kvinnor beskrev att under en nedstämdhet ville de också ha kontakt med sina nära vänner men de upplevde sig så nerbrutna och övergivna så att de inte kunde och inte vågade ta det första steget för att kontakta sina nära.

”Jag längtade efter deras besök, och var samtidigt rädd att de skulle se vad jag redan jag visste. Att jag var värdelös, fel, ingen någon kunde välja ha” (Johansson, 2007, s.23).

Kvinnorna i berättelserna har egna barn och hade bra relationer med dem. Under en nedstämdhet upplevde de att de inte kunde vara samma mammor som förut. De var tvungna att lämna sina barn trots att de älskade sina barn mycket och längtade efter dem. Kvinnorna gjorde detta för att de inte orkade ta hand om barnen. Detta ledde till att de upplevde skam för att inte klara av att vårda sina barn. De ville heller inte visa för sina barn att de mår dåligt, ständigt var ledsna och hade frustration.

”Ansträngningen att försöka vara den person som dottern känner som sin mamma är mer än jag står ut med” (Bramptom, 2009, 39).

Hopplöshet och frustration

Kvinnor i alla tre biografierna upplevde en stor hopplöshet, en känsla av att ha förlorat allt hopp om att någonsin kunna återvända till livet. Detta uttrycktes i att de hade tappat lusten att leva och inte kunde se någon mening i livet, att de upplevde det som att de levde i en annan värld. En av dem beskrev det som att det fanns en hinna mellan henne och världen, den andra sidan, den levande sidan som hon inte längre tillhörde och relationerna där hade upphört. Även uttrycktes det i att sakna värde och vara sårbar. En av dem beskriver det så här

”Men eftersom jag lidit av svår depression och alkoholberoende vet jag också vilken fruktansvärd nihilism hopplöshet leder till. Jag tappade tron på allt, på mig själv, på andra människor, på framtiden och på livet självt” (Bramptom, 2009, s.291).

De hade tappat intresse för det som var viktigt och som de älskade. Vid svåra situationer där hopplösheten var stor för kvinnorna började tankar på självmord uppkomma. Det var svårt för dem att tro att de skulle kunna komma levande genom detta. De beskriver att de hade mycket smärta både fysiskt och psykiskt som ledde till ett stort lidande. De såg bara en väg ur det lidandet vilken var att ta livet av sig. Det var inte en önskan att dö utan en önska att slippa leva på det sätt de gjorde.

”Jag var en börda för mig själv och det fick jag finna mig i, åtminstone tills det var så plågsamt att leva att det inte gick att stå ut och då skulle jag, tänkte jag, helt enkelt anstränga mig lite mer att dö” (Bramptom, 2009, s.244).

Ur berättelser framkom att kvinnor upplevde stort känsla av oro, vånda. De beskriver det som att det blir trångt i bröstet, det trycker och det blir svårt att andas som att andas in en giftig gas. En känsla av vånda som ett fult djur som finns inne i kroppen och river sönder hjärtat och själen, ger besk smak i munnen, den luktar illa och slår huvudet i golvet. De hade en känsla av att aldrig kunna bli av med oron som de hade hela tiden. Detta gjorde deras liv svårare och gav oförmåga att kommunicera med livet. Våndan

och frustrationen var så plågsam att de inte kunde stå ut längre med den utan såg bara en lösning i detta med självmord. De beskriver vandan så här:

”Jag känner igen den där ugglan[vånda]... som river och klöser och kraxar kallt i mitt bröst... Som klamrar sig fast. Växer sig stort och svart och otäckt och elakt. En korp som hackar och sliter och drar mitt hjärta, mina tarmar och snörper så att jag inte längre kan andas.” (Heberlein, 2009, s.83).

”Monstret [vånda] har slagit klorna i min hals. Jag kan inte äta. Jag kan knappt andas (Bramptom, 2009, s.33)

Att vara vilse, tappa bort sig själv.

Ur berättelserna framkom att kvinnor upplevde att under nedstämdhet har de blivit annorlunda och känner inte igen sig själva. De var främmande för sig själva och sina närstående. Innan nedstämdheten var kvinnorna aktiva i sitt yrke, de tyckte om att läsa och skriva. Men under nedstämdheten hade de fått svårigheter i detta eftersom deras minnen och koncentration försämrades, de upplevde det som om de har gått en okänd stig och inte har hittat tillbaka. Detta ledde till att en av dem inte kunde läsa alls längre eftersom hon glömde fort.

”Jag kan inte läsa längre. Det är det allra sorgligaste i min nuvarande tillvaro. När jag kommer till slutet av en mening har jag glömt början. Ord är inte mer än mönster på pappersark. Det är som att bli efterlämnad. Att inte läsa är som att mista en gammal och högt älskad vän . Jag brukade läsa fyra eller fem böcker i veckan” (Bramptom, 2009, s.40).

”Det är inte jag. Alla de här orden. Orden brukar vara mina vänner. Orden brukar vara på min sida. De brukar komma så lätt” (Heberlein, 2009, s.109)

I biografier framkom att kvinnor upplevde att deras utseende har ändrats och de kände inte igen sig. Detta ledde till att de blev främmande för sig själva. De kunde inte hitta sin egen roll i livet och sin identitet, och inte hitta tillbaka till sig själva. En av dem beskrev att hon kände sig som en ovanlig människa som glömt hur livet ska levas och bara de andra som är ”riktiga människor” kunde leva det normala livet och kunde skratta (Heberlein, 2009).

”Att förlora sig själv, att förvandlas till någon annan, att tappa kontrollen. Uppvaknandet, insikten som kommer med depression” (Heberlein, 2009, s.90).

Förvirring var en av de känslor som kvinnorna upplevde under sin nedstämdhet. En uttryckte detta med att hon inte hade känsla av tiden och i vissa perioder kunde hon inte känna om det var dag eller natt. Hon upplevde detta som en stor livsleda eftersom hon

kunde inte fungera på samma sätt som innan. En annan uttryckte detta i att hon hade en ständig känsla av att sakna någonting, att hon inte var hel utan hon har tappat en del av sig själv.

”Jag vet att jag saknat något. Jag vet. Men jag har glömd vad. Vad är det jag saknar? Vad är det jag vill ha? Vad saknas mig?” (Heberlein, 2009, s.187).

I biografierna framkom även att de kände det som om de har gått vilse. Allt kändes främmande och de var väldigt rädda att de har glömt vägen till sitt gamla land.

”Jag vet att det landet finns någonstans men jag har glömt hur man hittar dit. Jag gick vilse. Jag tappade kartan. En främling är jag bland främlingar” (Heberlein, 2009, s.104).

Orkeslöshet och trötthet

Orkeslöshet och trötthet var en av de gemensamma upplevelser som kvinnorna hade. De uttryckte att de var mycket trötta och detta begränsade dem att klara det dagliga livet t.ex. att gå till arbete, gå ut och handla eller ta hand om sig själv och sin familj. Detta ledde också till att de kände skam för att de inte kunde klara av livet. Alla upplevde stor vrede inne i sig, för den hjälplöshet som de hade mot sig själva. Vreden hade inte kommit ut eftersom de inte hade kraft för detta, de orkade inte släppa ut sin vrede.

”Jag märker hur jag grips av plötsligt nästan mordisk vrede. Jag fylls av en vild, rastlös upphetsning och kan inte hålla mig lugn. Sedan kan jag lika plötslig känna mig hjälplös och utan hopp, förtvivlad och apatisk” (Bramptom, 2009, s.91).

De beskriver att deras tankar om orkeslöshet var ständiga under nedstämdhet, så att de kunde gå hela dagarna och säga till sig själv att de är trötta och orkar inte träffa och prata med vänner, svara i telefon, umgås med sin familj, titta på tv eller läsa tidningar. Orkar inte ens att ta livet av sig.

”Jag vill fortfarande inte leva men jag är för trött för att dö” (Heberlein, 2009, s.107).

Den andra kvinnan beskrev i sin berättelse det som att hon var så trött att hon inte orkade be om hjälp fast hon kunde inte heller fortsätta leva som hon gjorde eftersom hon inte längre kunde klara sina grundläggande behov. Hon hade inte tvättat sig och bytte inte kläder, hade samma kläder i veckor, till och med månader. Hon orkade inte borsta tänder och gå upp överhuvudtaget. Detta gjorde att hon blev nästan sängliggande och slutligen hade hon kommit till ett psykiatriskt sjukhus då hon inte längre orkade så.

”Jag var på ett psykiatriskt sjukhus därför att jag inte kunde klara att vara utanför och leva något som kunde kallas liv” (Bramptom, 2009, s.187).

”Jag vet inte. Jag orkar kanske bara inte tro på något längre. Jag är så fruktansvärt trött. Så trött. Vad betyder det? Livet. Vad är det man gör när man lever?”(Heberlein, 2009, s.79).

Kvinnorna upplevde under sin nedstämdhet sömnsvårigheter. De kunde inte längre sova hela nätter och det var svårt att somna. De hade många tankar som ständigt gick runt i huvudet, tankar om döden, om barnen som de inte kunde ta hand om längre, om sina vänner som de inte längre orkade träffa. Detta ledde till att de kände sig oroliga hela tiden och kunde inte slappna av. Kvinnor under den perioden hade använd sömnmedicin som inte gav någon effekt.

”Jag sov fortfarande dåligt, aldrig mer än två timmar per natt. Jag hade inte sovit en hel natt i sträck på nästan två år” (Bramptom, 2009, s.221).

”Jag kan inte sova för jag kan inte sluta tänka. Därför behöver jag mina droger. John Blunddrogerna. Men drogerna är inte tillräckliga” (Heberlein, 2009, s.50).

Under nedstämdheten hade kvinnor tappat aptiten och kunde inte äta. Detta uttrycktes i att de inte kände smak på maten och att de kunde äta bara en viss mat t.ex. en kunde bara äta gurksmörgås, andra kunde bara äta mjuk mat som inte behövde tuggas. De orkade inte ens tugga maten.

”När jag är deprimerad kan jag bara äta sånt som är mjukt och runt, och ljust, och liksom vänligt, helst färglöst och nästan utan smak” (Heberlein, 2009, s.35).

Kvinnor kunde inte hålla hygienrutiner under en nedstämdhet, som att tvätta sig och byta kläder. Kvinnorna upplevde att de inte orkade utföra detta. Detta gjorde att de kände sig mer oroliga eftersom de visste att det var oacceptabelt att vistas bland andra på ett sådant sätt. Även var de oroliga för att de inte kände igen sig längre, de kunde inte förstå vad som hade hänt och varför de inte brydde sig om sitt utseende längre när de varit mycket noga med detta förut. En av kvinnorna beskrev att ibland hade hon samma kläder i månader och vissa dagar orkade hon inte ens borsta sina tänder.

”Har inte längre kontroll över någonting inte över tankar, känslor, sömn eller aptit. Totalt förnedringen i svår depression, den påfrestande hjälplösheten, den plågsamma, barnsliga oförmågan” (Bramptom, 2009, s.50).

Ständig ledsenhet

Ur biografierna framkommer att kvinnorna upplever att ständigt vara ledsna under sin nedstämdhet. De uttryckte detta med att de har mycket att vara ledsna för. En beskrev att hon var ledsen eftersom hon upplevde att hennes liv misslyckades, kunde inte dela kärlek med sina närstående eller ta hand om dem. Hon var även ledsen eftersom hon inte längre

kunde utföra sitt arbete. Allt detta gjorde så att hon upplevde att hon var en dålig människa, dålig mamma, dålig fru, dålig kamrat.

”Jag måste få gråta. Jag är så ledsen. Det känns som jag är fylld av tårar, som om det håller på att rinna över, som om jag är på väg att lösas upp, som om mina konturer blir allt diffusare. Vatten. Jag kommer att dö drunkningsdöden inifrån, mina inre organ kommer att dränkas i alla tårar som inte får komma ut om jag inte snart kan gråta” (Heberlein, 2009, s.48).

Andra kvinnor beskrev att de kände sig ledsna och kunde ligga och gråta i timmar utan att veta varför, samtidigt som de inte visste hur de skulle ta sig ur det. Även de upplevde att de blev mer känsliga under nedstämdheten. Det ledde till att tårar kunde rinna några dagar i rad utan att de kunde styra över det och sluta gråta. De grät dag och natt, när de var ensamma och med andra, när de lyssnade på musik och drack kaffe, även ute på gatan och i affären grät de.

”Jag gråter och gråter, så mycket att jag ibland är förvånad över att det finns något vatten kvar i kroppen” (Bramptom, 2009, s.37).

En av dem berättade att ibland i vissa perioder under sin nedstämdhet upplevde hon att det var svårt att få tårarna att komma ut medan tårar rann inne i kroppen istället. Hon kände det som om hennes inre organ skulle dränkas av de tårar som inte kommit ut. Tårarna måste komma ut, kände hon, eftersom hon hade mycket att vara ledsen för.

”Jag kan inte gråta. Inte minsta lilla droppe vill rinna ut... En total förstoppning i tårkanalerna. Jag måste få gråta för att jag har så mycket att vara ledsen för” (Heberlein, 2009, s.48)

Att inte kunna klara sitt arbete

Ur berättelser framkom att kvinnor under sin nedstämdhet inte hade kunnat fortsätta med sitt arbete. De upplevde orkeslöshet, trötthet, koncentrationssvårigheter i att kunna utföra sitt jobb. Det var mycket svårt för dem att vara bland kollegor och hantera sina känslor och symtom som en nedstämdhet för med sig. Alla trivdes med sitt arbete och längtade efter det men samtidigt orkade de inte längre och upplevde en stor kraftlöshet. Detta ledde även till att deras självförtroende minskades och känsla av att vara värdelös växte .

”Jag klarar inte jobbet... de kommer inte att vilja ha mig kvar för jag gör ingen nytta... jag kan inte söka något annat jobb, för jag kan ingenting, inte ens tänka, inte bestämma den enklaste sak” (Johansson, 2007, s.33).

En kvinna beskrev att varje gång hon skulle gå till jobbet tvingade hon sig till detta. Det var mycket svårt att samla ihop sig, sina tankar, göra sig i ordning. Hon upplevde att hon var skyldig att arbeta för att kunna försörja sin familj. Sedan på arbetsplatsen var hon tvungen att hålla masken och låtsas att hon trivdes med jobbet.

”Jag vill inte. Vill inte. Jag orkar inte. Det känns som om jag kommer att dö... Jag dör om jag är tvungen att åka till Gotland [arbete]... Jag vet att vi behöver pengar. Men jag vill inte...” (Heberlein, 2009, s.125).

Under den perioden som kvinnorna hade nedstämdhet försökte de att fortsätta arbeta för att arbetet betydde mycket och har bildat deras identitet. Men i vissa perioder var de tvungna att ta ledigt eftersom de inte alls kunde klara de enklaste uppgifterna på sin arbetsplats. En av kvinnorna blev avskedad efter att hon kommit tillbaka till sitt arbete, eftersom hon inte kunde klara sitt jobb och bara låtsades att hon har blivit bättre. Efter avskedandet mådde hon ännu sämre och kände sig nerbruten.

”Med det [avsked] försvann en stor del av min identitet. Därmed kom en överväldigande känsla av förlust ovanpå alla andra. Jag var skit på jobbet, jag var skit i äktenskap, jag var skit i kärlek. Jag hade förlorat alltsammans” (Bramptom, 2009, s.70).

Obehag av beröring

I biografierna har kvinnorna samma upplevelser av fysiskt beröring, av att bli kramade, klappade av människor och hållna i handen. Kvinnorna under en nedstämdhet upplevde att det var obehagligt att bli kramad av någon och att de inte ville att någon skulle röra vid dem alls.

”Han... en god vän också psykiater... är klok och förstår att man inte får röra vid mig när jag har ångest. Det känns som om min hud inte finns. Jag vill inte ha några kramar” (Heberlein, 2009, s.60).

En kvinna upplevde förutom att hon inte ville bli fysisk berörd under en nedstämdhet även att hon inte ville bli psykiskt berörd och helst vara osynlig, att personalen inte ens ska se henne. Att ständigt visa sig för personal upplevde hon som det extra krav som var svårt att uppfylla.

”I mitt rum fanns en vrå, där jag kunde stå, eller sitta på golvet, utan att synas genom dörrens glasruta. Där vilade jag. Från insyn, men inte från de malande tankarna” (Johansson, 2007, s.27).

Att inte bli hörda och sedda

I möte med personalen från psykiatrisk klinik har kvinnorna i alla tre biografierna upplevt att de inte blivit förstådda och fått den tid med personalen som de behövt. Två av kvinnorna beskrev det så att när de kände sig mycket nedstämda och ledsna, kände de sig irriterade på personal som ständigt sa till dem att de blir bättre och allt ska ordna sig.

”Det var inte hans [personal] fel att jag just då inte trodde honom. Om Gud själv hade dykt upp i mitt rum och sagt att jag skulle bli bra

hade jag inte trott honom, då, när jag var nere i det nattsvarta, hopplösa, förtvivlade” (Johansson, 2007, s.62).

En kvinna beskrev det så här: ”om personalen inte kan hålla med mig och ha empati, då är det bättre att de är tysta och bara lyssnar” (Bramptom, 2009). Även hon upplevde att personalen inte kunde förstå henne eftersom de ofta sa till henne när hon grät att det är bra om hon gråter mycket för att det känns bättre efteråt.

”Det gör det inte. Att gråta får mig inte att må bättre. Jag gråter och gråter och känner mig aldrig det minsta bättre. Varför ingen kan fatta det?” (Bramptom, 2009, s.43).

En av kvinnorna upplevde under sin vistelse på psykiatrisk klinik att sjuksköterskor var stressade och upptagna hela tiden med sina uppgifter som rond med läkare, olika möten, medicinfördelning etc och aldrig hade tid för samtal med henne. Ibland upplevde hon att hon störde sin sjuksköterska genom att fråga om hjälp.

”Dom [sjuksköterskor] skulle bestämma tidpunkt för samtalen, och jag skulle låta bli att störa andra i personalen! Störa? Var dom inte där bl.a. för min skull?” (Johansson, 2007, s.33).

Hopp i möte med människor

Trots hopplösheten kunde de ibland uppleva att det fanns en väg ur detta. Detta uttrycktes när de hade blivit inlagda på psykiatriska kliniker och började med medicinska behandlingar. En beskrev att i möte med en sjuksköterska på en avdelning där hon var inlagd kunde hon uppleva lite hopp och att det finns personal som är nära och är beredda när hon behöver hjälp.

”Orkade hon[sjuksköterska] vara medmänniska först och ”syster” sen. Hon brydde sig, hon lyssnade, hon skämtade och tröstade. Ingen gång hörde jag henne säga att hon inte hade tid... Hela tiden behandlade hon mig som om vi var jämbördiga människor. Självklart kunde man kanske tro, men inte!” (Johansson, 2007, s.57)

Alla tre uttryckte även att kärleken till barnen var större än deras livsleda. Kärleken till barnen kunde ge dem lite hopp i framtiden och stoppa dem från att begå självmord. De ville inte lämna sina barn ensamma och lida av att bli utan mamma.

”Nu sitter jag här överväger att dö ifrån de. Det inte rätt. Jag vet att det inte är rätt. Jag vet att det är fel. Så fel. Så väldigt, väldigt fel. Jag får inte glömma hur mycket jag älskar mina barn. Jag får inte glömma att mina barn, alla tre, och var och en för sig, är viktigare än vad jag är” (Heberlein, 2009, s.81)

Ur berättelser framkom att kvinnorna hade några vänner med vilka kunde de uppleva lite hopp. Vänner som kunde förstå dem i deras svåra situation vid nedstämdhet. Vänner som hade tid för dem, som kommer och stannar med dem och lyssnar. Vänner som pratade om den positiva sidan som de hade, t.ex. familjen som bryr sig, goda vänner, intresse och jobb som de trivs med.

”Han[en vän] påminner mig om att jag också har ett friskt liv. Ett liv där jag rensar ogräs och bjuder på rabarberpaj och spelar kort med mina pojkar och kramar min lilla dotter och gå på föräldramöten och ser på teve och betalar räkningar i tid... Efter flera timmar kan jag nästan le. Jag tror att han räddad mitt liv” (Heberlein, 2009, s.60).

Kvinnorna har beskrivit att under sin nedstämdhet har de träffat olika psykoterapeuter. De upplevde att en del av psykoterapeuterna inte kunde hjälpa dem. Medan de hos andra kunde uppleva en känsla av hopp. Detta uttrycktes i att kvinnor beskrev terapeuter som lyssnade, brydde om dem, var varma och mänskliga, detta i sin tur kunde hjälpa dem att se lite framåt och att fortsätta leva.

Några terapeuter har utan tvekan varit galnare än jag. Jag älska Britta. Britta är socionom och utbildad i KBT. Henne gick jag hos i nästan två år och hon hjälpte mig att skapa mentala bilder som jag kan plocka fram när mina självmodstankar blir nästan övermäktiga (Heberlein, 2009, s.37)

”Till slut hittade jag en terapeut, Elizabeth, som ingav mig tillräckligt med kraft och hopp för att jag skulle kunna tro att det fanns ett liv efter depressionen, att jag en dag kanske skulle kunna uppleva lycka igen” (Bramptom, 2009, s.214).

DISKUSSION

Metoddiskussion

I vårt arbete använde vi narrativ metod som innebär analys av olika slags berättelser. Berättelser kan ses som livsberättelser som ska tolkas ur ett patient- eller livsvärldsperspektiv (Dahlborg-Lyckhage i Friberg, 2006). Då det var kvinnors upplevelse att leva med psykisk ohälsa i form av depression och nedstämdhet som vi ville studera i det här arbetet var det naturligt att ha en kvalitativ metod. Det var patientperspektivet vi valde att fokusera på.

Med den narrativa metoden kunde vi samla ihop vårt resultat på ett systematiskt sätt från de tre biografierna som vi valde. Vi anser att det var lämpligt att använda kvalitativ ansats och narrativ analys genom vilken kunde vi göra en jämförelse mellan de tre biografierna och få fram flera aspekter av ett fenomen som var centralt i vårt kommande arbete.

Det finns både fördelar och nackdelar med den narrativa metoden. Fördelen är att den som berättar (författare till böcker) inte styrs av några frågor till exempel som ställs på en intervju. Ur biografierna framkom det att kvinnor har skrivit för att dela med sig till andra om sina upplevelser, berätta om hur det är att leva med depression och nedstämdhet. Även för att ge hopp till de som lider av samma psykiska ohälsa, också för att öka kunskap hos personalen inom psykiatrin.

Nackdelen med den narrativa metoden kan vara att berättelser kan bli ändrade av en förläggare i ett bokförlag för att göra boken mer läsvärd och populär, och för att sälja fler exemplar. Ursprungsmaterial kan vara svårt att läsa för läsaren då författare har skrivit den under sin ohälsa och språket kan vara osammanhängande och med stavfel. Men för studier är sådant ursprungsmaterial bättre då forskare kan se och tolka vad det är som pågår inom författaren.

Den valda narrativa metoden har svarat bra på vårt syfte utifrån det resultat som vi fått fram. Under vårt arbete med biografier har vi sorterat bort de delar som inte har svarat an på våra forskningsfrågor. För att biografierna skulle kunna besvara på forskningsfrågor var vi tvungna att komma tillbaka till texten som vi valde att analysera flera gånger och det tog mycket tid.

En empirisk studie kan ge resultat på annat sätt. Under intervju finns möjlighet att ställa öppna frågor och på så sätt styra mot sitt syfte. Under intervju kan den som intervjuar se personen, dennes ansiktsuttryck och kroppsspråk som kan bidra till bättre förståelse, t.ex. om personen blir ledsen när den berättar om en viss situation då kan intervjuare ställa ytterligare frågor för att förstå vad det berodde på. Detta kan ge en djupare bild av upplevelser. Detta saknas i narrativa studier. Även att personens svar kan påverkas av att den vet att den som intervjuar är en vårdpersonal.

Biografierna som valdes var olika i helhet och hade olika innehåll och uppbyggnad. En biografi handlar om person med endast depression. Medan två andra böcker har personer manodepressiv sjukdom, en av dem beskriver i boken bara depressiv fas och andra beskriver både depressiv- och manifaser. Två författare var svenska och en var engelsk. Alla böcker gav rikt material om upplevelser av att leva med depression och nedstämdhet till vårt resultat. I alla biografier kunde vi hitta många gemensamma upplevelser som kvinnor hade. I kvantitativ studie kan generella slutsatser dras medan i den kvalitativa studien går det inte där varje bok behandlas som en vetenskap i sig. Narrativ forskning ger möjlighet att följa människor i deras meningsskapande processer, när de berättar så levandegör de sina gamla och nya meningsskapande erfarenheter i kontexten (Jonsson, Heuchemer, & Josephsson, 2009).

Resultatdiskussion

Ur biografierna som vi har analyserat har det framkommit att kvinnor under sin nedstämdhet såg världen genom ”svarta glasögon” som betyder att de upplevde världen på ett negativt sätt med känslor av ensamhet, hopplöshet, orkeslöshet, meningslöshet, frånvaro av framtidstro och upplevde allt som betydelselöst. Det enda vägen de såg ur

detta var självmord. Men det som kunde stoppa dem att utföra detta var kärleken till sina nära människor som betydde mycket för dem. Kvinnorna ville inte att nära människor skulle lida om de tar livet av sig. Den kärleken och relationer gav dem lite hopp om att kunna må bättre. Med detta hopp sökte kvinnorna hjälp i vården.

En person med nedstämdhet, uttrycker ofta en hopplöshet och uppgivenhet utan tro på att någon förändring är möjlig. Det kan vara svårt att se alternativa lösningar och sätt att handla. Vi anser att det är viktigt att sjuksköterskan vid möte med patienten kan inge hopp. Men vad innebär det att inge hopp till en person med nedstämdhet? Att inge hopp innebär att försöka förmedla en tro på förändring för att väcka en framtidsvision hos patienten. Det kan räcka med en svag önskan om förändring för att väcka hoppet hos patienten. Hoppet är knutet till vad människan upplever som meningsfullt i livet och vad som är viktigt för den unika personen (Lökenstam, 2007).

En studie av Moore (2005) analyserar begreppet hopp och hur hopp kan manifesteras i sitt eget liv och yrkesliv samt användning av hopp som strategi för mental hälsopraxis. Moore (2005) anser att hoppet är i centrum för psykiatrisk sjukvårdspraxis och ger insikter och reflektioner om hur det har gjort skillnad i livet för individer. Sjuksköterskor är i nyckelposition för att ha samtal med sina patienter om hopp och om strategier för att hitta nytt hopp i alla situationer, oavsett om det är kortsiktig psykisk sjukdom, eller en kronisk psykisk störning. Sjuksköterskor måste inse vikten av att förstå en annan persons hopp. Sjuksköterskor inom psykiatri kan använda hopp som ett av sitt verktyg för att hjälpa patienter. Detta kan sjuksköterskor göra genom att bjuda in patienter till att tala om hopp eller att berätta historier som påminner dem om hopp. Moores (2005) forskning har visat att människor uppger att de känner mer hoppfullhet när de talar om hopp eller hör hoppfulla berättelser. Hoppet stärks i relationer där sjuksköterskan och patienten är kärnan i psykiatrisk omvårdnad. Utvecklingen av en förtroendefull relation kan gå långt för att främja hopp hos patienter med psykisk ohälsa.

Ur biografierna framkom att kvinnor upplevde att vården inom psykiatri inte var den som de har förväntat sig. De uttryckte att de inte mådde bättre där och hade inte fått den hjälp som de behövde. De upplevde att personalen inom psykiatri ständigt var stressade, upptagna och inte hade sett dem och lyssnat på dem. Vi anser att detta kunde bero på att personalen inte hade rätt kompetens för att ge den hjälp som kvinnor var i behov av. Kvinnor ville att någon av personalen hade tid att tala med dem och som kunde förstå deras problem, de ville träffa personal som lyssnade, brydde sig om dem och som kunde stödja dem med kunskap om hur deras problem kan hanteras. Ett känslomässigt stöd tycker vi är viktigare än ett medicinskt stöd eftersom det är det bästa sättet för att minska stress och oro för patienten i svåra situationer. Genom detta förstår vi att det var brister i relationer mellan patient och personal. Detta kan leda till att patienter utsätts för extra lidande i form av vårdlidande. Vi anser att man kan undvika detta genom att personal skapar bra vårdrelationer med patienten.

Vårdrelation är en kärna för vårdandet, det är i relationen som mötet med hela människan sker, den utgör grunden för hälsoprocesserna hos patienten (Eriksson, 2000). Detta kan vi göra genom olika former av ansning, lekande och lärande. Inom psykiatrisk omvårdnad lägger man den största vikten på samtal, samtalen öppnar portarna för

omedelbart utlindande hos patienten. Dessutom är samtalet en källa till kunskaper om patienten som vårdpersonal kan ta del utav. Vi anser att det goda samtalet kan bygga upp en relation mellan vårdgivare och patienten, vilket underlättar kommunikationen och kan därmed höja sjukdomsinsikt hos patienten. Genom tillit och respekt i möte mellan vårdgivare och vårdtagare kan den vårdande relationen formas. Vi menar att om vårdgivare har en caritativ hållning och tar både yttre och inre ansvar för patientens möjligheter då kan patienten uppleva stor tillit till vården. Wiklund (2003) menar att när en patient känner tillit till dig som vårdare samt känner att du har ett ökat intresse då inbjuder de dig till sin lidandeberättelse. Vi tror att man helt enkelt kan skapa en historia där fokus är på patientens lidande och utveckling. Genom det kan vi försöka ta reda på orsaker kring patientens lidandeberättelse. Detta har många fördelar. Om man vet orsaken till en patients lidande då kan man utgå ifrån det och hjälpa patienten på bästa möjliga sätt. När man går vidare bär båda med sig erfarenheter av detta möte in i nya relationer. ”Ett vårdande bemötande kan vara hälsobringande, medan ett icke-vårdande bemötande kan leda till minskad känsla av hälsa, samt modlöshet” (Björck, 2007, s.15). Här är det viktigt anser vi att när vi möter patienter och har samtal med dem att patienterna får en känsla av att vi som vårdare bryr sig om dem och vill väl.

I en studie av Hörberg, Brunt och Axelsson (2004) beskriver de hur personer som lider av psykisk sjukdom upplever sin relation med vårdpersonal. I studiens resultat framkommer att goda vårdrelationer har stor vikt i patientens hälsoprocess. Detta uttrycktes av patienter (deltagare i studien), att deras känsla av trygghet bygger på känslor av förtroende och genuinitet i relationen med vårdgivaren. Patienter ansåg att vårdpersonalen var berörd och tillgänglig. De beskrev även vårdrelationer som gav lugn och de kände förtroende för vårdarens kunskaper. Förhållandet inblandade förtroende och en möjlighet att dela saker som kändes svårt, och en känsla av att inte bli övergiven. Samt har patienter beskrivit vikten av bekräftelse i relationer mellan vårdgivare och vårdtagare. Bekräftelsen tog sig uttryck i känslan av att vara respekterad, att bli förstådd och bli sedd av vårdaren och en uppfattning av att ha en känsla av kontroll i förhållandet. Att ha sällskap och kanske bara vara tillsammans eller göra saker tillsammans med vårdare. En vänlig relation var tydligt i studiens resultat där förhållandet ansågs vara ömsesidigt. Den aktuella studien visar att relationen mellan patienten - sjuksköterskan kan ge styrka och leda till personlig utveckling.

Vi anser att vårt resultat och forskningen visar en känsla av otrygghet i relationen, och brist på tillit och tillgänglighet kan också uppfattas. En brist på respekt och förståelse och en känsla av att inte bli sedd och känslan av att bli behandlad som en underlägsen har också visats i både forskningen och vår studie.

Vi vill betona att mötet inte ska påverkas av tiden som vårdaren har, om det är ett kort möte i korridoren eller ett bokat möte. Enligt Halldórsdóttir (1996) menas att vårdaren bör erbjuda en absolut närvaro i mötet med patienten, för att skapa ett vårdande möte. Sjuksköterskornas inställning till omvårdnad är att de koncentrerar sig på den fysiska omvårdnaden och det psykiska får en underordnad ställning. Detta gör att arbetet med omvårdnaden av patienten blir integrerat med dennes tillstånd, att bilden av patienten blir det samma som dennes symtom och sjukdom. Detta, ställt i relation till Halldórsdóttirs (1996) teori, gör att omvårdnaden blir bristfällig och mötet mellan patient och sjuksköterska blir icke vårdande. Detta tydliggörs med att Halldórsdóttir

(1996) menar att sjuksköterskan skall bygga upp en professionell närhet till patienten som består av en god kunskap om patientens tillstånd och hur patient tänker och känner i sin situation.

Eftersom sjuksköterskor oftast har tidsbrist och många krav på sin tid, då rekommenderar Shattell (2006) i sin artikel att sjuksköterskan måste vara tydlig mot patienten vad det gäller tiden man har, i motsats till att undvika patienter på grund av otillräcklig tid. Tydlighet mot patienten kan bidra till att undvika orealistiska förväntningar (Shattell, 2006). Vi anser att det kan vi (som vårdar patienten) göra genom att ge patienten utrymme, som är nära förknippat med bekräftelse. Genom att aktivt och respektfullt gensvara på patientens olika behov av omsorg bekräftar vi patientens betydelse och visar att vårdaren bryr sig om och respekterar patienten. Här är det viktigt vill vi betona att vårdpersonalen finner en balans mellan att ställa krav, stödja autonomi hos patienten och att ombesörja de basala behov som patienten inte själv kan tillgodose.

Kvinnor som skrivit biografierna säger själva att de vill skriva för att informera andra om hur det är att leva med depression och nedstämdhet, och hur psykiatrin ser ut. Vi tror att en ökad kunskap hos sjuksköterskan leder till ökad förståelse, även om sjuksköterskor aldrig fullt ut kan förstå och leva sig in i det som patienten upplever. Vi anser att det är viktigt att sjuksköterskan försöker förstå patienten. Shattell (2006) menar att förstå patienten är en viktig komponent i vårdandet, för att kunna hjälpa de utifrån deras perspektiv.

Med detta arbete hoppas vi kunna vara med och bidra till en ökad förståelse om hur kvinnor upplever livet med depression och nedstämdhet. En ökad kunskap leder till en ökad förståelse för patienten. Vi tror att genom ett gott bemötande och vårdrelationer där det finns tillit, förståelse, engagemang och en känsla av närhet kan vi vårdgivare hjälpa kvinnor som lider av nedstämdhet att uppleva ett hopp i att det finns en väg ut ur en depression. Allt detta är sådant som patienter förväntar sig att få inom den psykiatriska vården. Då en god relation finns mellan patient och vårdgivare kan den bästa vården ges och tas emot.

Betydelse för vårdandet

När vi, som blivande sjuksköterskor, möter kvinnliga patienter med nedstämdhet och depression så är det viktigt att vi bemöter de på ett respektfullt sätt. Detta innebär att vi behandlar de som människor och inte som psykisk sjuka patienter, t.ex. att sjuksköterskan lyssnar, ger tid och visar att hon/han bryr sig om dem. Att vi som blivande sjuksköterskor möter de på samma nivå, som innebär att vi sitter ner vid samtal och har ögonkontakt. För att kvinnliga patienter med depression och nedstämdhet ska uppleva sig att bli hörda och sedda då är det viktigt att vi som blivande sjuksköterskor ska bygga bra vårdrelationer. Detta kan vi göra genom en caritativ hållning, att visa till patienten att vi, sjuksköterskor, är här för deras skull, att vi har tid för dem. Att sjuksköterskan bestämmer tillsammans med patienten en tid för samtal och respekterar

och håller den tiden. Även att vi stödjer patienter genom att hjälpa med hygien och uppmuntrar till matintag, t.ex. genom att erbjuda den mat som patienter tycker om. Här är det viktigt att vi som blivande sjuksköterskor ska tänka på att det kan vara obehagligt för patienten att bli fysiskt berörd under nedstämdhet. Vid möte med kvinnliga patienter med nedstämdhet så kan sjuksköterskan inge hopp genom att delta i patientens berättelse som kan öka sjuksköterskans förståelse om patientens tillstånd. Genom detta kan sjuksköterskan ge hopp till förändring och bekräfta positiva känslor hos de, t.ex. deras relation till barn och närstående som betyder mycket för patienten. Vi som blivande sjuksköterskor ska träffa människor med kärlek och helhetssyn, att vi träffar hela människan och inte bara ett rumsnummer.

REFERENSER

- Allgulander, C. (2008). *Introduktion till klinisk psykiatri*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Bengtsson, J. (Red). (2005). *Med livsvärlden som grund: bidrag till utvecklandet av en livsvärldsfenomenologisk ansats i pedagogisk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: etik och människosyn*. (1:a uppl.). Stockholm: Liber.
- Björck, M. (2007). Vårdrelation Ett försök att tydliggöra begrepps användning. *Vård i Norden*, 27, 14-19.
- Bramptom, S. (2009). *Att nudda vid botten*. Falun: ScandBook.
- Dahlberg, F., Segersten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlborg Lyckhage, E. (2006). Att analysera berättelser (narrativer). Ingår i F. Friberg (red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 139-147). Lund: Studentlitteratur.
- 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.
- Eriksson, K. (2000). *Vårdprocessen*. Stockholm: Liber.
- Halldórsdóttir, S (1996). *Caring and Uncaring Enounters in Nursing and Health Care – Developing a Therory*. Doktorsavhandling vid Linköpings Universitet.
- Heberlein, A. (2009). *Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva*. Lettland: Livonia Print.
- Hörberg, U., Brunt, D & Axelsson, Å. (2004). Clients´ perceptions of client – nurse relationships in local authority psychiatric services: A qualitative study. *Inernational Journal of Mental Health Nursing*. 13, 9-17.
- Johansson, S. (2007). *Bron blev inte slutet*. Kristianstad: Atremi.
- Jonsson, H., Heuchemer, B. & Josephsson, S. (2009). Narrativ analys. Ingår I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 189-203). Lund: Studentlitteratur.

- Kasen, A., Lindholm, T., Eriksson, K., (2008). Då patienten lider av vården – vårdares gestaltning av patientens vårdlidande. *Vård i Norden*. 28, 4-8.
- Kendler, K., Gardner, C., & Prescott, C. (2002). Toward a Comprehensive Developmental Model for Major Depression in Women. *American Journal of Psychiatry*. 159(7), 1133–1145.
- Lökensgard, I. (2007). *Psykiatrisk vård och specifik omvårdnad*. Poland: Pozkal.
- Moore, S. L. (2005). Hope makes a difference. *Journal of Psychiatric and Mental Nursing* 12. 100-105.
- Scattolon, Y., Stoppard, J. (1999). Getting on with Life: Women's Experiences and Ways of Coping with Depression. *Canadian Psychology*. 40(2).
- Shattell, M., McAllister, S., Hogan, B., & Thomas, S. (2006). She Took the Time to Make Sure She Understood: Mental Health Patients` Experiences of Being Understood. *Psychiatric Nursing*, 20(5), 234-241.
- Sneltvedt, T. (2004). Å vaere i en relasjon der en oplever en annens smerte. *Vård i Norden*, 24 (4), 36-4.
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- SBU (2004). *Behandling av depressionssjukdomar* . Hämtad 2010-12-20 från http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/depression_2004/Sammanfattning_lutsats.pdf
- WHO (2010). *Depression*. Hämtad 2010-12-20 från <http://www.who.int/topics/depression/en/>.
- WHO (2010). *What is depression?* Hämtad 2010-12-20 från http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
- WHO (2010). *Gender and women's mental health*. Hämtad 2010-12-21 från http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/
- Socialstyrelsen (2009). *Hälso- och sjukvårds rapport*. Hämtad 2010-12-20 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72>

Bilaga 1

Översikt över de analyserade biografierna

<p>Titel: Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva Författare: Ann Heberlein Årtal: 2009</p>	<p>Titel: Bron blev inte slutet Författare: Solveig Johansson Årtal: 2007</p>	<p>Titel: Att nudda vid botten Författare: Sally Bramptom Årtal: 2009</p>
<p>Ann är teologi doktor och forskare i etik. Hon lider sen tjugoårsåldern av den psykiska sjukdomen bipolär typ 2. Ann är gift och har tre barn. Hon är eftertraktad inom sitt arbete, skriver i olika tidningar och deltar ofta som debattör i TV. Under nedstämdheten lider hon av starkt ångest som leder till att hon upplever att livet är värdelös och hopplös, och det är svårt att stå ut med det längre. Hon präglas av ständiga självmordstankar och det är bara kärlek till barnen som stoppar henne. Ann har kontinuerlig kontakt med S:t Lars sjukhus psykakuten.</p>	<p>Solveig är akademiker och forskningsassistent vid Sveriges Radios Avdelning för Publik- och Programforskning. Även är handläggare vid Adoptionscentrum. Solveig är mamma till tre barn. Hon lider av en bipolär sjukdom typ 2. Vid 54 års ålder blev hon djupt deprimerad och försökte ta livet av sig genom att hoppa från Västerbron i Stockholm. Efter det har hon blivit inlagt på en psykiatrisk slutenvårds avdelning. Under tre år har Solveig besvärats av en nedstämdhet, hennes väg tillbaka till vardagslivet var lång och mörk. Hennes upplevelser av den psykiatriska vården är negativa.</p>	<p>Sally är en framgångsrik modejournalist och bland annat varit chefredaktör för brittiska Elle. Är skild och har en dotter. Under långa fyra år lider Sally av en djup depression. Hon isolerar sig och präglas av ständigt förtvivlan som ledde till några självmordsförsök. Sally försöker dämpa sitt lidande genom att dricka alkohol. Detta leder till att hon blev alkoholmissbrukare. Under dessa år har hon blivit inlagt några gånger på en psykiatrisk slutenvårds avdelning, men behandlingar och mediciner hade inte verkat. Sally har hittat egen terapi (yoga, akupunktur, promenader) som hjälpte henne komma ur depressionen.</p>

Bilaga 2

Översikt över forskningsfrågor och teman

Syfte	Teman
Hur upplever kvinnor det att leva med en psykisk ohälsa i form av nedstämdhet?	<ul style="list-style-type: none">— Ständig ensamhet och relationsförlust— Hopplöshet och frustation— Att vara vilse, tappat bort sig själva— Orkeslöshet och trötthet— Ständig ledsenhet— Att inte klara sitt arbete— Obehag av beröring— Att inte bli hörda och sedda— Hopp i möte med människor