

En glimt av ljus i mörkret

Hur en relation kan skapas mellan sjuksköterskan och patienten med depression

FÖRFATTARE	Emma Hellaeus
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp/ Omvårdnad – Eget arbete
	VT 2008
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Bodil Augustsson
EXAMINATOR	Anna Forsberg

Titel (svenska):	En glimt av ljus i mörkret – Hur en relation kan skapas mellan sjuksköterskan och patienten med depression.
Titel (engelska):	A glimpse of light in the darkness – How a relationship can be created between the nurse and the patient with depression.
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå I
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp/ Omvårdnad – Eget arbete/OM2240/SPN9
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	22
Författare:	Emma Hellaeus
Handledare:	Bodil Augustsson
Examinator:	Anna Forsberg

SAMMANFATTNING

Psykisk ohälsa är ett av de största folkhälsoproblemen i Sverige. Varannan kvinna och var fjärde man riskerar att drabbas av depression någon gång under livet. Vid depression ses en ihållande nedstämdhet och en generell hämning infinner sig. Tankeinnehållet präglas av depressiva tankar som kan visa sig genom hopplöshet, skuld känslor och känslor av misslyckande. Syftet med litteraturstudien var att, med stöd av Jean Watsons karativa faktorer nr 2, 4 och 5, belysa hur en relation mellan en patient med depression och sjuksköterskan kan skapas. Litteraturstudien baseras på vetenskapliga artiklar som söktes fram genom databaserna CINAHL och PubMed, samt genom manuell sökning i tidskriften "Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing". En deduktiv ansats, med grund i Watsons karativa faktorer, antogs när materialet analyserades. I resultatet framkom att sjuksköterskans närvaro kunde inge tro och hopp hos patienten. Empati visade sig vara viktigt för att visa respekt och värdighet. Brist på tro och hopp kunde gestaltas genom att patienterna inte bemöttes seriöst och om stödet var bristfälligt. Karakteristiskt för den mänskliga omsorgsrelationen var en balansgång mellan närhet och distans. Relationen beskrevs bland annat som lyssnande, vårdande, vänskaplig och genuin. Tillit och tillgänglighet var centralt för relationen. Att få möjlighet att ge uttryck för positiva och negativa känslor kunde upplevas lindrande för patienterna. Resultatet åskådliggjorde sjuksköterskans och relationens mångfasetterade natur. Grundläggande vid vård av patienter med depression är dock att ha ett holistiskt synsätt, där individen sätts i fokus. I dagens samhälle när vården blir allt mer teknologisk och ekonomiskt präglad är det än viktigare att sjuksköterskor ser människan bakom sjukdomen. Det är först när människan, och inte sjukdomen, står i fokus som relationen kan utvecklas på ett bra sätt och tillit kan uppstå.

INNEHÅLL

INLEDNING.....	1
BAKGRUND.....	1
Historik.....	1
Definition och prevalens.....	1
Behandling.....	2
Farmakologisk behandling.....	2
Psykoterapi.....	2
Elektrokonvulsiv terapi.....	2
Psykiatrisk omvårdnad.....	3
Omvårdnadsteoretisk förankring.....	4
Omvårdnadens mål.....	4
Relationen.....	5
Karaktäristiska faktorer.....	5
SYFTE.....	6
METOD.....	6
Datainsamling.....	6
Dataanalys.....	7
RESULTAT.....	8
Tro och hopp.....	8
Brist på tro och hopp.....	9
Mänsklig omsorgsrelation, präglad av hjälpande och tillit.....	9
Bristande mänsklig omsorgsrelation samt brist på hjälpande och tillit.....	12
Att ge uttryck för positiva och negativa känslor.....	13
Bristande möjligheter att få ge uttryck för positiva och negativa känslor.....	14
METODDISKUSSION.....	14
Urval.....	14
Analys.....	15
RESULTATDISKUSSION.....	16
Aspekter på relationen.....	16
Närhet och distans.....	17
Etiska svårigheter.....	18
Humor och beröring.....	18
Holistisk människosyn.....	19
Fortsatt forskning.....	20
Klinisk relevans.....	20
REFERENSER.....	21
BILAGOR.....	
Egentlig depressionsepisod enligt DSM-IV.....	
Artikelöversikt.....	

INLEDNING

Psykiatri har intresserat mig under många år. Under den psykiatriska kliniska utbildningen inom sjuksköterskeprogrammet växte mitt intresse för ämnet ytterligare. Jag upptäckte att personalen på avdelningen använde sig av olika tillvägagångssätt i samtal med patienter. En sjuksköterska verkade ha tydliga mål med patientsamtalen, medan en annan sjuksköterska inte använde en lika tydlig struktur under samtalen. I samband med detta började jag fundera över sjuksköterskans bemötande av människor med psykisk ohälsa. Vilka kunskaper inom samtalskonst behöver sjuksköterskan besitta för att möta en människa med psykisk ohälsa och dennes vårdbehov? Hur kan sjuksköterskan, utifrån sitt kompetensområde, strukturera upp ett bra samtal och möte med patienten? Eftersom människan med psykisk ohälsa på olika sätt hämmas av sitt tillstånd kan mötet mellan sjuksköterska och patient försvåras. Jag vill fördjupa kunskaperna inom bemötande av patienter med depression, eftersom denna patientkategori ökar i antal och förekommer inom alla vårdiscipliner. Fokus kommer, med stöd av Jean Watsons omvårdnadsteori, att ligga på hur sjuksköterskan kan skapa en relation med en patient som lider av depression.

BAKGRUND

Historik

Människor som varit psykiskt avvikande har behandlats oerhört skiftande under olika tidsepoker. Vid mitten av 1700-talet fanns hospital där människor med avvikande beteende spärrades in (1). De s.k. "dårarna" togs in på hospital eftersom deras beteende ansågs störa samhället. De intagna kunde genomgå olika behandlingar, såsom kränkings- och äckelkurer (2). Under 1800-talet betraktades isoleringen av de sjuka och olika sysselsättningar som en bra behandlingsform. Isoleringen och sysselsättningen antogs hjälpa de sjuka att bli "återuppfosttrade". I slutet av 1950-talet utsattes denna behandlingsform och institutionalisering för massiv kritik. Under 1980-talet började således institutionaliseringen avvecklas och behandlingsformen fick en mer öppen och socialpsykiatrisk inriktning (1). Idag finns psykiatriska kliniker i anslutning till sjukhus, men en stor del av den psykiatriska vården är förlagd till öppenvårdsmottagningar. Trots att psykiatrien ändrats radikalt sedan 1800-talet, så lever många gamla föreställningar och fördomar om människor med psykisk ohälsa kvar i vårt samhälle. Befolkningsstudier, som visat att psykisk ohälsa är vanligt förekommande, har dock minskat stigmatiseringen (2).

Definition och prevalens

Människan har skiftande sinnesstämning. Vissa dagar kan kännas tyngre än andra och en känsla av meningslöshet kan infinna sig. Emotioner av detta slag är en del av livet. Det är först när emotionerna blir varaktiga, har en ökad frekvens och intensitet i förhållande till personens situation som det kan röra sig om en depression i egentlig mening. En av de allmänt vedertagna definitionerna som ligger till grund för diagnostisering baseras på Diagnostic and Statistical Manual version IV (DSM-IV) (3). Enligt DSM-IV karakteriseras egentlig depression, som är en viss svårighetsgrad av depression, av en ihållande nedstämdhet som varar under större delen av dagen. Tankeinnehållet domineras av depressiva tankar som kan ta sig i uttryck i skuldkänslor,

känslor av misslyckande och hopplöshet. Utöver nedstämdhet tillkommer minskat intresse för aktiviteter som tidigare förknippats med glädje och emotionell hämning infinner sig (3-5). Minskad energi och handlingslust hör också till den diagnostiska bilden. Flertalet patienter drabbas dessutom av ångest och sömnsvårigheter (4-5). För mer utförlig beskrivning av diagnostiseringskriterierna enligt DSM-IV, se bilaga 1. Det är vanligt med återinsjuknande av depression. Trots att alla inte återinsjuknar har det, under det senaste årtiondet, hävdats att diagnosen depression bör betraktas som en livslång sjukdom, med inslag av friska intervall av olika varaktighet (4).

Enligt Folkhälsorapporten 2005 (6) är den psykiska ohälsan i Sverige ett av våra största folkhälsoproblem. Funktionsinskränkningen vid depression är i jämförelse minst lika stor som vid kroniska somatiska sjukdomar så som diabetes, hjärtsjukdomar och hypertension. Funktionsinskränkningen har till och med visat sig vara större vid psykisk ohälsa (särskilt vid depression) än vid somatisk ohälsa. Vid depression ökar dessutom risken för att även drabbas av somatiska sjukdomar och vid denna samsjuklighet är prognosen av dessa somatiska sjukdomar ofta sämre än annars (4). Antalet människor med depression är svårt att ange, eftersom det finns definieringssvårigheter kring vad som är normalt och vad som kan betraktas som diagnostiserbart (6-7). Vanligen anges dock att var fjärde man riskerar att drabbas av depression någon gång under livet, medan statistik visar att varannan kvinna riskerar att drabbas (8).

Behandling

Det finns huvudsakligen tre behandlingsprinciper vid depression, nämligen farmakologisk behandling, psykoterapi samt en kombination av de föregående (9). Vid djup depression kan även elektrokonvulsiv terapi (ECT) övervägas (2, 4-5, 9).

Farmakologisk behandling

De tre stora läkemedelsgrupperna som används är:

- tricykliska antidepressiva
- selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI)
- monoamineoxidashämmare (MAO-hämmare).

Efficacy av dessa läkemedel är likartad om de ges i terapeutiska doser under tillräcklig period. Biverkningarna skiljer sig dock åt (4, 9). För att minska risken för återfall finns rekommendationer att fortsätta läkemedelsbehandlingen minst sex månader efter uppnådd symtomfrihet (4).

Psykoterapi

Psykoterapi är, enligt en generell definition, psykologiska metoder för att påverka psykiska problem. Vidare omfattar en än mer bred definition även psykosocialt stöd och rådgivning (10). Vid lindrig och måttlig depression har psykoterapi lika god effekt som läkemedel. Ibland är psykoterapi till och med att föredra framför läkemedelsbehandling (11).

Elektrokonvulsiv terapi

Elektrokonvulsiv terapi (ECT) är en behandling som syftar till att framkalla ett epileptiskt anfall. Patienten ges muskelavslappande medel och under kortvarig narkos stimuleras hjärnan med elektrisk ström (2, 12). ECT har varit, och är än idag, en ifrågasatt behandlingsform. Funderingar finns huruvida behandlingen kan leda till bestående kognitiva försämringar. Flertalet studier har dock inte kunnat finna bevis på

att så är fallet. Studier har snarare visat på den positiva effekt som ECT ger. För flertalet patienter verkar ECT lindrande på de depressiva symtomen (9). Biverkningar som kan tillstöta är tillfälligt försämrad minnesfunktion, huvudvärk och konfusion (9, 12). Muskelvärk och illamående kan även uppkomma efter behandlingen (12). Den utveckling som skett under årens lopp vad gäller ECT har dock minskat biverkningarna (2, 12). De biverkningar som kan uppstå försvinner vanligen inom några timmar efter behandlingen (9).

Psykiatrisk omvårdnad

Eftersom förekomsten av depressioner är stor är det viktigt att sjuksköterskan har kunskap om bemötande av patienter som lider av depression. Vid vård av dessa patienter är relationen omvårdnadsarbetets kärna. Relationen ska präglas av en genuin respekt och öppenhet. De som lider av depression vill inte sällan vara ensamma och tillbringa mycket tid på sitt rum (9, 13), eftersom de upplever att livet är meningslöst (7, 9, 13). Depression hänger samman med en känsla av att ha förlorat kontrollen över livet (9, 13). Det krävs inlevelse från sjuksköterskan för att kunna bemöta patienten som isolerar sig och har tappat hoppet (13). En balansgång måste finnas mellan att respektera patientens önskan om att vara ensam, men ändå inte ignorera patienten (9). Den hopplöshet som kan infinna sig vid depression leder till att sjuksköterskan upprepade gånger med fördel kan understryka det faktum att hopplösheten faktiskt är ett övergående tillstånd. Sjuksköterskan kan genom sina handlingar stimulera till livsmod. Samtidigt är det viktigt att inse att patientens tillstånd är det enda som är verkligt och greppbart för honom/henne. För överdriven optimism från sjuksköterskan kan få motsatt effekt och istället få patienten att uppleva en allt större maktlöshet (13). Genom att gå in på patientens rum med regelbundna intervall märker patienten att sjuksköterskan finns tillgänglig och bryr sig (7, 9). Innan en relation upprättats är korta, men täta kontakttillfällen att föredra. Att sjuksköterskan visar att hon vill dela sin tid med patienten kan vara värdefullt. Ibland kan tystnaden få vara talande, medan sjuksköterskan kan försöka prata med patienten lite vid andra tillfällen. Eftersom patienten kan ha en psykisk hämning och ha nedsatt psykiskt tempo, är det viktigt att sjuksköterskan låter kontaktetableringen ta den tid som krävs. Det kan ta längre tid än vanligt för patienten att reagera och ta till sig det som sägs. I samband med medicinering måste därmed hänsyn tas till att patienten kan ha svårt att ta till sig information. När medicinering med antidepressiva påbörjas kan stämningläget initialt sjunka ytterligare. Därför är det viktigt att patienten är välinformerad avseende detta. Efter cirka tre till fyra veckor ses generellt sett en förbättring (7). Det är även viktigt att patienten blir informerad om att utsättningssymtom förekommer vid de flesta antidepressiva läkemedlen. Utsättningssymtom ska dock inte förväxlas med beroende, vilket patienten bör vara medveten om. Om patienten, av olika anledningar, inte tar medicinen under några dagar kan utsättningssymtom uppkomma. För att minska risken för detta är god compliance av hög vikt, samt att nedtrappning sker vid utsättning av läkemedlet (10). Forskning har visat att behandlingsresultatet blir bättre om farmakologisk behandling kombineras med psykosocial terapi. I det akuta skedet är dock inte psykoterapi den främsta interventionen. Denna terapi påbörjas först senare. Initialt läggs fokus istället på stöd och den terapeutiska alliansen mellan sjuksköterska och patient. Denna allians bör baseras på förtroende och en god relation (7).

Olika mindre arbetsuppgifter och aktiviteter kan med fördel tilldelas patienten. Dessa bör vara anpassade till patientens nuvarande situation. Genom att klara av uppgifter kan en tro om förbättring infinna sig hos patienten. Mobiliseringen kan dessutom frisätta

endorfiner som leder till en bättring i både kropp, själ och ande (13). De negativa tankar som patienten ofta har bör respekteras genom att patientens subjektiva upplevelse bekräftas, men sjuksköterskan kan delge hur hon ser på situationen. Då patienten kan uppvisa tendens till att se sig själv som orsak till negativa händelser kan sjuksköterskans infallsvinkel, som kan ha en mer positiv prägel, vara ett stöd för patienten (9). Om patienten sätter ord på sina känslor kan detta upplevas frigörande och känslornas intensitet kan reduceras. Även sjuksköterskan behöver möta sina känslor och få ökad förståelse för sig själv, för att relationen ska utvecklas så bra som möjligt (13).

Vid depression kan den personliga hygienens åsidosättas av patienten på grund av den generella hämningen. Sjuksköterskans roll blir att göra en bedömning angående om patienten behöver stöttning med att hantera sin hygien (13). Självakningen och självkänslan kan ökas genom att hygienens sköts (7). Den fysiska omsorgen bör även innefatta bedömning av patientens vätske- och nutritionsstatus samt sömnmönster. Nedsatt aptit och sömnsvårigheter är nämligen vanligt förekommande (13). Om kommunikationen inte anpassas efter patientens situation, kan det leda till svårigheter att skapa en god relation mellan sjuksköterskan och patienten. Ett dåligt bemötande kan förvärra patientens psykiska ohälsa. Patienten kan intala sig hon/han inte är värd ett bättre bemötande och finner därmed sig själv som orsak till att mötet inte blev bra (9). En inneboende känsla av eget värde och bekräftelse av den egna personen har visat sig vara avgörande för självvakningen. Således är goda kunskaper om kommunikation viktiga för att sjuksköterskan ska kunna möta patienten och för att en terapeutisk relation ska uppstå (7). Följande citat ger en god bild av omvårdnadens kärna:

"Nursing isn't about doing things to people, or giving them things. It is about engaging with the person, attempting to join with them in identifying, exploring and considering the nature and substance of experiences which derive from what others (doctors) call mental illness."

(13, sid. 28)

Omvårdnadsteoretisk förankring

Jean Watson (14) har utvecklat en omvårdnadsteori vars grundläggande fokus är humanvetenskapligt. Det humanvetenskapliga perspektivet visar sig genom synen på människan som en helhet och en kontext där händelser, processer och relationer människor emellan innefattas. Den holistiska människosynen innebär att människan inte kan reduceras till en kropp, en själ och en ande eftersom dessa är en oskiljbar enhet. Att se på omvårdnad ur ett humanvetenskapligt perspektiv möjliggör en kunskapsteori som integrerar det sköna, konstnärliga, etiska och estetiska i den mellanmänniska omsorgsprocessen. Således kan människans inre, subjektiva upplevelser synliggöras och sökas, vilket är viktigt enligt Watson (14).

Omvårdnadens mål

Watson (14) menar att det mål som bör eftersträvas inom omvårdnad är stödjande av människor för att de ska uppnå ökad harmoni i kropp, själ och ande. Den ökade harmonin leder vidare till processer som inkluderar självkännet, självvakning, självläkande och självomsorg. Sjuksköterskan kan hjälpa patienten att finna mening i tillvaron, i disharmonin, i lidandet och oron samt främja självkontroll, valmöjligheter och självbestämmande. Patienten ska finna sitt eget inre själv och utöka sin självuppfattning.

Relationen

Watson (14) betonar att ett personligt, socialt, moraliskt och andligt engagemang hos sjuksköterskan krävs för att mänsklig omsorg och omvårdnad ska uppstå.

Sjuksköterskans delaktighet i omsorgsprocessen förutsätter en god relation mellan sjuksköterskan och patienten. Denna relation bör betraktas som en speciell och ömtålig gåva som bör tillvaratas väl (14). Kvaliteten på relationen är avgörande för ett effektivt hjälpande (15). Hur parterna reagerar i den givna situationen beror på deras fenomenologiska fält. Watson menar att det fenomenologiska fältet innehåller varje människas unika referensram vars innehåll består av individens subjektiva, inre relationer samt individens upplevelser och uppfattningar om objekt, subjekt, dåtid, nutid och framtid och den betydelse dessa har. Patienten ses som förändrare i situationen, men sjuksköterskan kan, genom den mänskliga omsorgsprocessen, bidra till förändring. Genom beröring, sinnen, rörelser, ljud, ord, färger och former kan sjuksköterskan använda sitt unika bruk av dessa för att återföra och återspegla patientens tillstånd (14).

Karativa faktorer

Omsorgsprocessen består, enligt Watson, av tio karativa faktorer vars syfte är att främja hälsa (15). Watson lyfter fram följande karativa faktorer:

1. Humanistisk-altruistiskt värdesystem
2. Tro och hopp
3. Känslighet gentemot självet och andra
4. Mänsklig omsorgsrelation, präglad av hjälpande och tillit
5. Att ge uttryck för positiva och negativa känslor
6. Kreativ, problemlösande omsorgsprocess
7. Transpersonell undervisning och inläring
8. Stödjande, skyddande och/eller förbättrande av psykisk, fysisk, social och andlig miljö
9. Tillgodoseende av mänskliga behov
10. Existensiell-fenomenologisk-andliga krafter (14, sid. 75)

Inom ramen för denna litteraturstudie läggs fokus på tre karativa faktorer; nämligen faktor 2, 4 och 5. Dessa upplevs, av litteraturstudiens författare, väsentliga i mötet med patienter som lider av depression. Enligt Watson (15) är dessutom faktor nummer 4 och 5 tätt sammankopplade.

• *Tro och hopp.* När inget annat står att finna hjälp i för att bota sjukdom, känner många människor att det ändå måste finnas något som kan hjälpa. För att ta sig igenom situationen söker många människor efter tro på en annan människa, ett hälsosystem eller ett trossystem. I omsorgsprocessen kan sjuksköterskan inge tro och hopp hos patienten. Om patienten finner tro och hopp kan ett hälsosökande beteende infinna sig och patienten kan få ökat engagemang för attitydförändringar. För att omvårdnaden ska vara holistisk krävs att patienten respekteras oavsett var/hur denne finner tro och hopp. Watson betonar en relation som är präglad av respekt inför den andre, just för att tron på och hoppet om en bättring ska kunna uppstå.

• *Mänsklig omsorgsrelation, präglad av hjälpande och tillit.* Ett av de mest avgörande terapeutiska verktygen inom omsorgsprocessen är mötet mellan sjuksköterskan och patienten. Om patienten känner en äkthet i det sjuksköterskan förmedlar och gör kan patienten känna tillit, hopp och tro. Förutsättningarna för att patienten ska börja prata om känsliga ämnen ökar även. För att denna relation ska uppstå krävs det att sjuksköterskan lär känna patienten och dennes subjektiva upplevelser, d.v.s. patientens fenomenologiska fält, men även att hon/han lära känna sitt inre själv. Med inspiration av

Carl Rogers talar Watson om vikten av kongruens. Med kongruens syftar hon på den äkthet som bör prägla en mänsklig omsorgsrelation. Även empati är viktigt för den mänskliga omsorgsrelationen. Det handlar om att svara an på den andres känslor och försöka förstå dennes inre värld. Empati förmedlar en tankegång till patienten om att denne är viktig och värd sjuksköterskans tid. En hjälpande och förtroendefull relation innefattar även mellanmänsklig värme, som kan uttryckas genom hållning, tonfall, gester och ansiktsuttryck. Effektiv kommunikation är också en viktig del i den mänskliga omsorgsrelationen. Sådan kommunikation innebär att sjuksköterskan bör vara uppmärksam på all sorts kommunikation (somatiska uttryck, icke-verbala uttryck samt verbala uttryck).

- *Att ge uttryck för positiva och negativa känslor.* Människans beteende influeras i hög grad av emotioner. Att diskrepans kan uppkomma mellan människans intellektuella förståelse och emotionella förståelse är väl känt. Människan strävar efter överensstämmelse mellan sina tankar och känslor. Genom att tydliggöra sina känslor kan det bli lättare att förstå och hantera dem. I relationen mellan sjuksköterskan och patienten bör känslor således få uttryckas i en accepterande miljö (15).

SYFTE

Syftet med detta fördjupningsarbete i omvårdnad är att, med stöd av Jean Watsons karaktäristiska faktorer nr 2, 4 och 5, belysa hur en relation mellan en patient med depression och sjuksköterskan kan skapas.

METOD

I bakgrunden i fördjupningsarbetet används primärkällor från vald omvårdnadsteoretiker. Då dessa källor är på engelska har översättningen av viktiga begrepp gjorts med hjälp av svensk sekundärlitteratur (16-17) för att se hur dessa källor översatt begreppen. Kongruens har funnits i de olika svenska sekundärkällorna, varav den svenska benämningen av begreppen används i denna litteraturstudie.

Datainsamling

Litteraturstudien omfattar 10 vetenskapliga artiklar som söktes fram genom databaserna CINAHL och PubMed, samt genom manuell sökning. En översiktlig presentation av artiklarna går att finna i bilaga 2. Inledningsvis gjordes en bred sökning, i en av databaserna, på ämnesorden depression, depressive disorder samt affective disorder. Detta för att få en bild av vilket underlag som fanns att tillgå. Sökningarna resulterade i ett stort antal träffar, varvid ytterligare sökord lades till för att få mer specifika träffar. Inklusionskriterierna i CINAHL var artiklar som blivit vetenskapligt granskade (peer-review) och som var forskningsbaserade (research). I PubMed begränsades urvalet genom att enbart visa engelska, danska, norska och svenska artiklar med abstracts som behandlade människor (humans). Begränsningen, i PubMed, av artiklar som enbart hade abstracts användes för att kvalitetssäkra att artiklarna höll en vetenskaplig nivå. Enbart en relevant artikel valdes ut vid sökning i PubMed (19), utöver denna hittades inga nya artiklar som kunde belysa litteraturstudiens syfte ytterligare. Utförligare redovisning av artikelsökningarna i databaserna redovisas i tabell 1. Vid sökning i de båda databaserna

gjordes en grov utsortering genom att titlarna lästes. De som inte ansågs vara relevanta för litteraturstudiens syfte exkluderades. Artiklar publicerade innan år 2000 exkluderades även, för att avgränsa materialet och få del av den senaste forskningen. Därefter lästes resterande artiklars abstracts igenom och de artiklar som föll inom ramen för denna litteraturstudie valdes ut. Sökningarna i CINAHL och PubMed resulterade i få relevanta artiklar som publicerats under de senaste åren. Därav gjordes även en manuell sökning i Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. Den manuella sökningen omfattade åren 2006-2008 och materialet lästes igenom på samma sätt som vid sökningarna i databaserna. Fyra artiklar var relevanta i förhållande till litteraturstudiens syfte och inkluderades därmed (21, 23, 26-27). Samtliga inkluderade artiklar har granskats utifrån checklistorna i Riktlinjer för omvårdnad – Eget arbete (18).

Tabell 1. Resultat av artikelsökning i databaser.

Databas	Datum för sökning	Sökord	Limits	Antal sökträffar	Använda artiklar (ref nr)
CINAHL	2008-03-24	depression, relation, nurse	peer-reviewed, research	23	(25)
CINAHL	2008-03-28	depression, patient perspective	peer-reviewed, research	8	(22)
CINAHL	2008-03-28	affective disorders, trust	peer-reviewed, research	5	(28)
CINAHL	2008-04-02	depression, psychiatric nursing, relationship	peer-reviewed, research	29	(20, 24)
PubMed	2008-03-28	affective disorder, trust, nursing	abstracts, humans, english, swedish, norwegian, danish	11	(19)

Dataanalys

Vid dataanalysens början lästes artiklarna igenom för att få en övergripande förståelse för texterna som helhet. Betydande data ströks under för att förenkla fortsatt analys av materialet. Därefter bearbetades materialet med hjälp av en deduktiv ansats.

Förförståelsen bakom den deduktiva ansatsen baserades på Watsons (14) karativa faktorer. Aspekter som kunde kopplas samman med de, i denna litteraturstudie, valda karativa faktorerna söktes. De aspekter som framträdde markerades med olika färger för att kunna skilja de olika karativa faktorerna åt. Vissa delar i det insamlade materialet föreföll kunna tillhöra fler än en karativ faktor och dessa delar markerades således med flera färger. Slutgiltigt ställningstagande till vilken karativ faktor som de olika delarna tillhörde togs under skrivprocessen av resultatet. Det insamlade materialet utmynnade

till slut i sex teman, vars innehåll kom att bestå av vad som krävs för de karativa faktorerna samt hur brist på dessa karativa faktorer kan visa sig.

RESULTAT

Resultatet redovisas i teman utifrån de tre karativa faktorerna ”tro och hopp”, ”mänsklig omsorgsrelation, präglad av hjälpsamt och tillit” samt ”att ge uttryck för positiva och negativa känslor”. Dessutom tillkommer teman som beskriver hur brist på dessa karativa faktorer kan te sig i uttryck.

Tro och hopp

Sjuksköterskans närvaro har visats sig ge patienten en försäkran och tro på att det finns en väg ut ur depressionen (19-20). I en studie menade sjuksköterskor att genom aktiv närvaro visas en tro på patienten som människa. Vikten av att respektera patientens bräcklighet och sårbarhet betonades. För att denna respekt ska uppkomma krävs en förståelse för relationens betydelse och en känslighet inför de maktförhållanden som finns i relationen (19). Johansson et al. (21) fann vid observationer att genom att visa respekt etablerade sjuksköterskor kontakt med patienterna vid inskrivning på en låst psykiatrisk avdelning. Respekt visades genom att bemöta patienterna seriöst, erkänna eventuella misstag, vara flexibel när patienternas behov möttes och stödja dem trots risk för konfrontation. I en annan studie beskrev en patient hur en tro till sjuksköterskan och till situationen föddes när sjuksköterskan avsatte tid för patienten två gånger per dag. Att sjuksköterskan tålmodigt och kärleksfullt under denna tid lyssnade väckte tron hos patienten (20). Att ha ett eget rum uppskattades av patienter, då detta gav utrymme för lugn och tystnad samt skyddade den personliga integriteten (22). Vidare kunde respekt visas genom att patienten blev informerad om förändringar och det som skedde (23). Flertalet patienter gav i en studie ord för hur de upplevde att deras maktlöshet och hopplöshet minskade i omsorgsrelationen. Sjuksköterskan upplevdes som förstående och förtroendeingivande, vilket gav hopp om en väg ut ur depressionens mörker (24). En patient beskrev upplevelsen av att bli bemött utan att den andre parten reagerade avvisande och vad detta då innebar:

”You couldn’t tell someone close to you. I know it was a stranger... there is someone in this world who I have told and who knows now. He is doing this... it’s his job... at the time it is really something to hold on to, to give you that bit of hope.”

(23, sid. 314)

Hedelin et al. (25) framställer kvinnors upplevelser av välbefinnande och kvinnors upplevelser av att lida av depression. När kvinnornas existens och värde blev bekräftat, i relation till dem själva och andra, skapades en tro och lust inför livet. En tro på att de var värda uppmärksamhet och respekt infann sig. Schröder et al. (22) beskriver att patienter önskar att stigmat inom den psykiatriska vården kommer att avta. De vill att synen på dem ska vara lik den syn som finns inom annan vård. Hopkins et al. (23) menar att stigmat kan reduceras genom att fokusera på patientens styrkor och att patienterna behandlas som en ”normal” person.

Att patientens värdighet respekteras är viktigt för välbefinnandet (22, 25). Genom att visa empati och sätta sig in i den andres situation kan respekt och värdighet visas (26).

Patienter har beskrivit att det är angeläget att bli bemött som en människa med ohälsa, istället för att bli bemött som ett symptom av sjukdomen. Essentiellt är att bli bemött som en människa (23, 27). Ett bemötande där patienten behandlas som en ”normal” människa har framkommit kunna ge möjlighet att återfå makt över sitt eget liv (23). Personal som är kunniga, har empati, känsla för humor och en personlig, men inte påträngande, attityd har patienter skattat som del i god kvalitet på vård (22).

Brist på tro och hopp

I en studie framkom det att patienterna upplevde att deras syn på behandlingen av depressionen inte värderades särskilt högt. De menade att sjuksköterskan åtog sig befogenhet att styra över behandlingens utveckling och fortskridande. Att patienterna inte fick särskilt stort utrymme att komma till tals upplevdes av dem som att de inte blev respekterade (20). Hopkins et al. (23) fann att patienterna inte upplevde det som något negativt om de inte fick möjlighet att delta i beslut. När den värsta krisen lagt sig menade dock patienterna att involverande i beslutsfattande blev betydande. Bristande stöd kan leda till känslor av hopplöshet och patienter kan vilja ge upp (27). Vid depression förändras patientens syn på sin kropp och kroppen fungerar inte som patienten är van vid. Detta gav patienterna en känsla av sårbarhet och maktlöshet. Framtidssynen kantades av lite hopp när inte ens sjuksköterskor, som förväntades vårda dem, gav dem det stöd de behövde. En patient uppgav att en känsla av att vara en börda för sjuksköterskorna kunde infinna sig om fokus i vården låg på att enträget försöka få patienten att äta, dricka och duscha när patienten inte klarade av detta. Patientens önskan om en vård med terapeutisk inriktning kom, enligt patienten, således i skymundan (20). De maktförhållanden som kan finnas i relationen mellan sjuksköterska och patient kan leda till att patienten gör vad de blir tillsagda att göra (19, 22) och patientens egen åsikt kan åsidosättas (20). Studier har visat att brist på respekt kan utvecklas genom att patienten inte tas seriöst (21- 22, 27). I en studie av Coatsworth-Puspoky et al. (27) framkom att patienterna upplevde att sjuksköterskorna behandlade dem nedlåtande och ohyfsat. En patient uttryckte det på följande vis:

”Some [nurses] talk to you like a child, like you don’t have any common sense.”

(27, sid. 351)

Vidare har en relation som blir för personlig och där sjuksköterskan brister i det konfidentiella förhållningssättet, som således leder till exponering av patienten, visat sig leda till bristande respekt (21). Om patientens vardag inte fylls med meningsfull aktivitet kan det leda till förvirring. I en studie av Schröder et al. (22) menade en patient att det krävs en god dygnsrytm och struktur på dagen när vardagen präglas av psykisk sjukdom.

Mänsklig omsorgsrelation, präglad av hjälpande och tillit

En relation kan beskrivas som att ställa sig till förfogande och låta patienten hämta styrka från sjuksköterskan, tills patienten klarar att utveckla och tillvarata sina egna styrkor (19). Sjuksköterskor beskrev i en studie att utvecklandet av relationen tar olika lång tid och bygger på en kumulativ verkan (26). Den vårdande relationen har beskrivits i termer av stöd, flexibilitet och närhet. Korta möten i korridoren, såväl som ett planerat stödsamtal kan leda till att relationen utvecklas (21). Balansgången mellan närhet och

distans grundas på sjuksköterskans professionalism samt individerna i relationen och deras personlighet. Utvecklingen av relationen sker på basis av patientens behov och är patientcentrerad. Sjuksköterskor har uttryckt ett behov av att frigöra sig från relationen för att kunna behålla professionalism (26). I vissa situationer fanns motstridigheter mellan sjuksköterskans beslut och patientens vilja. Trots det oetiska i att besluta åt patienten, menade sjuksköterskorna att det ibland var det bästa. En sjuksköterska trodde att patienterna ändå uppskattade att de tog över när patienten, som sjuksköterskan uttryckte det, inte längre kunde fatta de rätta besluten (19). För att relationen ska utvecklas väl krävs frekventa interaktioner (28) och regelbundenhet, vilket visat sig utveckla känslor av tillit och en vilja att dela sina problem (19, 28). Ärlighet och öppenhet är också centralt för hjälpanDET (28). HjälpanDET i sig baseras på vårdandets natur (26). Sjuksköterskor använder både sig själva och sin kunskap för att hjälpa patienten (19). Det har visat sig att sjuksköterskor strävar efter att möjliggöra en känsla hos patienten av att *"feel at home"* eller *"feel comfortable"* (26, sid. 323). Scanlon (26) fann åsikter från sjuksköterskor som avspeglade en tanke om att det är missvisande att tala om att bota en patient med psykiatriska termer. Betoningen låg istället på att patienterna skulle finna vägar för att hantera den psykiska ohälsan.

Sjuksköterskor har skildrat den terapeutiska relationen i termer såsom pålitlig, närvaro och lyssnande (19). Dessa aspekter har även patienter belyst som viktiga i en god relation. Vid depression kan patienten känna sig rädlös (20) och att det då finns någon som inger lugn och för ett samtal kan upplevas positivt (20, 23). En patient beskrev tacksamhet över att sjuksköterskorna tog sig tid att sitta ned och förklara saker, såsom vad som kan förväntas vid en depression. Före och efter situationer som var ovana för patienten, till exempel ECT, upplevdes det lugnande och tryggt med en konstant närvaro av omvårdnadspersonal. Detta gav också tillfälle för patienten att prata om sina funderingar (20). Sjuksköterskor måste ofta prioritera sin tid och att fullfölja den uppgift som påbörjats kan visa på en äkthet gentemot patienten (26). Enligt Coatsworth-Puspoky et al. (27) söker patienter sjuksköterskor som är tillgängliga, vårdande, goda lyssnare, vänskapliga och genuina. Patienterna i en studie av Hopkins et al. (23) lyfte också fram vikten av tillgänglighet. Även åtkomlighet var viktigt. För de patienterna innefattade begreppet åtkomlighet att få snabb hjälp. Tidsaspekten spelade alltså en central roll. Scanlon (26) menar att äktheten kan gå förlorad om sjuksköterskan har fördomar om patienten. Sjuksköterskan måste förbise sina fördomar och förbli professionell, vilket en del sjuksköterskor menar leder till att en oäkta sida visas upp gentemot patienten (26). När tillit ska etableras har förutsägbarhet lyfts fram som betydande. Denna förutsägbarhet gäller både tid och person (19). Lyssnandet kan ses som en viktig del i att som sjuksköterska agera bollplank (28). I en studie gav sjuksköterskorna uttryck för att deras roll var att öppna upp för möjligheter (19). Vidare upplever patienter att det är viktigt att bli bekräftad och sedd som en unik individ. Att bli bekräftad kan visa sig genom att få tid att prata, att någon lyssnar och att bli sedd som en vuxen tänkande individ (22). Patienter har också lyft fram det positiva i om båda parter befinner sig på samma nivå (27).

Tillit handlar om att känna sig trygg och säker (26). Som sjuksköterska är det viktigt att förmedla trygghet (26, 28) för att på så vis kunna förstå patienten och visa empati (26). Om patienten känner sig osäker på sjuksköterskans intentioner kan det leda till att patienten testar sjuksköterskan. Testet kan bestå i att patienten blir arg på sjuksköterskan för att se hur denne hanterar situationen. Om sjuksköterskan lyssnar på patienten och klargör missförstånd kan det leda till att tillit utvecklas (27). Tillit har

även visat sig utvecklas när patienten känner sig förstådd, får dela sin emotionella smärta och sina svårigheter (19, 24, 27) samt blir bekräftad (27). En känsla av tillit infann sig när patienten kände sig trygg med att det som sades inte fördes vidare. Enligt patienter spelade personkemi en stor roll i om tillit utvecklades eller ej (22). Tilliten är något som båda parter utvecklar gentemot varandra. Det är utifrån den tilliten som fortsatt arbete kan ske (19). Gemensamt överenskomna mål kan, enligt patienter, bidra till att underlätta att bevara tilliten. Patienterna menade att målen visade att sjuksköterskorna verkligen brydde sig (27). Sjuksköterskor hade en tillit till patienten, att denne tog kontakt med dem om de var oroliga (19).

Både sjuksköterskor och patienter har betonat vikten av kontinuitet (22-23, 26, 28) och att en trygghet kan infinna sig hos patienten om denne har en ansvarig sjuksköterska. Vid tillfällen då den primärt ansvariga sjuksköterskan inte är anträffbar, följs kontinuiteten på ett bra sätt upp genom att en annan sjuksköterska övertar patientansvaret tillfälligt, vilket även innefattar en god rapport om patientens tillstånd (28). Vetskapen om att det finns någon tillgänglig kan i sig innebära en trygghet för patienten (22-23). En del patienter menar att personalkontinuiteten är betydande och önskar inte gärna att det är olika personal varje gång (23). Tydligast lyfts dock vikten fram av att slippa behöva berätta allt från början gång på gång och att det ska finnas en kongruens i vårdgivarnas information (22-23). Dessutom lyfter patienterna fram betydelsen av en lugn atmosfär (22). Att få information om att möten blir försenade kan också ses som en del i kongruensbegreppet (23).

O'Brien (19) fann i sin studie att sjuksköterskor upplevde självkänedom som en betydande del i relationen med patienter. Detta lyfter även Scanlon (26) fram då färdigheterna som krävs för att skapa terapeutiska relationer tas fram. O'Brien (19) beskriver hur medvetenheten om sin egen personlighet, ledde till en förståelse för varför sjuksköterskorna agerade som de gjorde i mötet med patienter. Genom att dela med sig av sin egen livserfarenhet ville sjuksköterskorna illustrera att de var vanliga människor som deras patienter kunde identifiera sig med.

Scanlon (26) menar att humor är ett underskattat verktyg inom psykiatri och utvecklandet av relationer. I studien nämns att humor sällan, eller aldrig, setts som ett inslag i den psykiatriska vården. Som nämnts tidigare i denna litteraturstudie visade dock en artikel av Schröder et al. (22) att patienter värdesätter personal som har en känsla för humor. Även O'Brien (19) fann att humor användes som en drivkraft i den psykiatriska vården. Enligt Scanlon (26) kan humorn vara en väg för att patienten ska känna sig väl till mods och kontakten mellan patient och sjuksköterska kan underlättas. En sjuksköterska formulerade sin syn på humorn så här:

"...well it helps to sit down and make them comfortable and to sit in front of the person and use eye contact. To smile at them I suppose. Maybe if you could even make a little joke it would help them relax as well."

(26, sid. 325)

Detta citat visar även att tryggheten, som nämnts tidigare, är av betydande roll för att utveckla en relation. När humor användes menade sjuksköterskorna i studien att relationen skiftade från det professionella mot en mer vänskaplig relation. De skiljde mellan en vänskaplig och en auktoritär relation. Sjuksköterskorna associerade vänskaplighet med utvecklandet av en terapeutisk relation (26). Hopkins et al. (23) fann

också ett tema som handlade om att "vara som en vän". De betonar att de råder en hårfin, men definitiv, skillnad mellan att "vara som en vän" och "vänskap". Kommunikation mellan personal och patienter som är vänskaplig och tydlig möjliggör att relationen utvecklas.

Bristande mänsklig omsorgsrelation samt brist på hjälpande och tillit

Bland faktorer som kan hindra utvecklandet av en god relation nämns inkonsekvens (28) och otillgänglighet (21, 27-28). Bakomliggande orsaker till detta kan vara tidsbegränsningar (26, 28) och organisationsproblem, som interfererar med möjligheterna att utveckla relationen och möta patienten. En del sjuksköterskor ansåg att de medicinska uppgifterna som åligger sjuksköterskan leder till minskad tillgänglighet för patienterna (28). Även språkliga hinder kan leda till svårigheter att utveckla en vårdande relation. Patienter har beskrivit svårigheter i att etablera en kontakt och känt sig avvisade när personal upplevts som distanserad. Patienterna har då önskat en ökad tillgänglighet (21). En känsla av bristande stöd och närvaro kunde infinna sig om patienten inte visste vem som ansvarade för dennes vård. Stödet kunde även upplevas bristfälligt om frågorna som ställdes till patienten enbart var av sådan art som krävdes för att kunna ge rapport om patientens tillstånd (20). Följande ger ett exempel på detta:

"Nurse: How are you feeling today?"

Patricia: Not so good. I am worried about having to have more ECT.

Nurse: You will be ok (left the room)."

(20, sid. 107)

I ovanstående fall utnyttjades inte patientens försök att öppna ett samtal i terapeutisk mening (20).

Den sårbarhet och känslighet som patienter med depression kan uppleva gör att tilliten lätt kan brista (23). Brist på tillit har visat sig kunna framträda genom att patienter inte vill berätta om känsliga saker. De kan vara rädda att det som de berättar sedan vänds emot dem. Om omvårdnads målen skiljer sig mellan sjuksköterskan och patienten kan det leda till att en god relation inte utvecklas. Ytterligare en hindrande faktor är om sjuksköterskan inte har en självmedvetenhet. Sjuksköterskor kan ha förutfattade meningar och negativa känslor inför patienten. Om relationen inte utvecklas i en positiv riktning kan skulden komma att läggas på patienten (28). Förekommande kommentarer från sjuksköterskor i en studie kunde vara:

"The reason for the difficulty to follow through is the motivation...I think he's also a very isolating person."

(28, sid. 6)

Relationen beskrevs ibland kunna utvecklas till en katt-och-råtta-lek, där det kändes som det inte skedde några framsteg. Sådana relationer kunde leda till undvikande efter som sjuksköterskorna kände att det ändå inte gav något. Även patienterna fick ett undvikande beteende och frustration väcktes hos båda parter. Interaktionen mellan sjuksköterska och patient tenderade att bli kortare, mindre formella och mindre privata (28). Vidare beskriver patienter en sårbarhet som depression för med sig. Att inte bli lyssnad till kan för patienten leda till känslor av skuld, förebråelse och ökad förtvivlan

(22, 27). Att bli tilltalad med ett barskt röstläge kan också framkalla dessa känslor (22). Även Hedelin et al. (25) beskriver hur känslor av skam och skuld kan uppstå och att dessa känslor leder till en känslighet inför hur andra uppfattar en. Coatsworth-Puspoky (27) fann att en barriär uppstod mellan patient och sjuksköterskor, då stödet inte var tillräckligt. Detta ledde till brist på tillit samt att känslor av ökad otrygghet, oro och frustration framkallades hos patienten. Patienter kunde även uppleva att sjuksköterskor ibland såg deras hjälpsökande som manipulerande och uppmärksamhetsökande. I en studie av Johansson et al. (21) beskrivs hur sjuksköterskor ibland misstänkte att patienter bara manipulerade dem. Dessa upplevelser från båda parter leder till bristande tillit.

Att ge uttryck för positiva och negativa känslor

Patientundervisning kan vara ett sätt att öppna upp för samtal kring känslor. Sjuksköterskor kan informera patienten om vad som är ”normalt” och detta kan leda in samtal på känslor (19). Kunskapen kan fungera som ett redskap för patienten för att finna strategier att hantera situationen (22). Enligt sjuksköterskor i en studie bör informationen som ges vara anpassad till patientens situation och vara tydlig (26). Ett exempel kan vara att undervisa om självvaktning och på så vis skapa ett språk för att kunna prata om känslor. Innan undervisning kan användas på ett bra sätt bör dock en god relation ha etablerats (19). Genom att få prata om rädslor, oro och problem kan dessa lindras och en tillit till personalen kan utvecklas (20). Det leder också till en ökad självacceptans hos patienten, vilket både patienter (24) och sjuksköterskor belyst. Sjuksköterskor försökte ge patienterna nya perspektiv (19, 22) för att således omvärdera det katastroftänk som patienterna hade. Humor lyftes fram som ett redskap för att få till stånd perspektivskiften. Den livserfarenhet sjuksköterskorna hade användes för att normalisera de rädslor och svårigheter patienten brottades med (19). En sjuksköterska uttryckte detta i följande citat:

“I am a real person... I talk about my kids – especially to [clients] trying to bring up kids... you can validate the difficulties that they are having by identifying with it – that what they experience is just like everyone else in that situation.”

(19, sid 188)

En viktig del i samtal var att få möjlighet att se på situationen ur någon annans synvinkel (22) och få vägledning om coping (22-23). Sjuksköterskans roll kan vara att hjälpa patienten att förstå de olika aspekterna av situationen som patienten befinner sig i. Relationen kan ses som en drivkraft för patientens process att återfå självständighet (26). Mötet med personal som förstår och inte är dömande kan för patienten leda till att skammen av att lida av psykisk ohälsa minskar (22). För att förståelse för patientens situation ska infinna sig menade sjuksköterskor i en studie att det är viktigt att få ta del av patientens historia. Patientens livshistoria påverkar dennes sätt att hantera och förhålla sig till den aktuella situationen. Sjuksköterskan bör både lyssna på det som sägs och det osagda, för att se vad som kan finnas bakom ytan (19). Patienter har uttryckt ett behov av att bli förstådda även då de inte kan finna de rätta orden när de mår psykiskt dåligt (22). Även sjuksköterskans känslor, fördomar och attityder påverkar relationen (26-27). Känslor som patienten upplever kan även sjuksköterskan identifiera sig med ibland. Detta kan upplevas förvirrande av sjuksköterskan och det kan vara svårt att veta hur mycket som ska delges till patienten (26). Sjuksköterskor beskriver vidare att en

viktig del i att stärka tilliten i relationen är att bekräfta för patienten att dennes positiva känslor är en naturlig respons på omvårdnad (19).

Om sjuksköterskor omfamnade en patient kunde detta vara ett sätt för patienten att ge uttryck för sina känslor. Det upplevdes lindra de emotionella behoven och gav en känsla av att bli kvitt de depressiva tankarna. Patienter drog även paralleller till upplevelser av att vara i en trygg barndomsmiljö. Den lättnad som kunde uppstå av en omfamning upplevdes lindra på ett sätt som kommunikation eller närvaro inte alltid kunde åstadkomma (20). En omfamning kan förmedla bekräftelse (22).

Bristande möjligheter att få ge uttryck för positiva och negativa känslor

I en studie av Moyle (20) upplevde patienter att sjuksköterskors fokus skiftade från emotionellt stöd till att, efter en tids intagning, fokusera mer på de fysiska behoven och förbise de emotionella behoven. När patienternas upplevelser behandlades som symptom kopplade till diagnosen depression, gavs patienternas upplevelse och person minskad betydelse. Även Coatsworth-Puspoky et al. (27) fann en aspekt när det gäller fokus på det sjuka. De lyfter fram hur relationen mellan sjuksköterska och patient påverkades negativt genom att sjuksköterskan använde medicinska termer i samtal med patienten. Användandet av medicinska termer kan objektifiera patienten och leda till obemyndigande av patienten (23). Vidare fann Moyle (20) att sjuksköterskorna inte såg vem patienten verkligen var och spenderade lite tid med att lyssna och lindra lidandet. För patienterna var denna distansering en stor besvikelse. De var medvetna om att läkarna fokuserade på det medicinska, men förväntade sig att sjuksköterskorna skulle bry sig mer om deras emotionella välbefinnande. Patienterna längtade efter sjuksköterskornas närvaro och försäkran om att de skulle må bra igen.

METODDISKUSSION

Urval

Att finna relevanta artiklar med hänsyn till litteraturstudiens syfte var svårt, eftersom depression är ett brett område. Svårigheten låg i att finna bra sökord. En medvetenhet har funnits om att betydligt fler relevanta artiklar, indexerade under andra sökord, finns att tillgå. Det kan ses som en svaghet i metoden att sökorden kanske inte varit tillräckligt precisa och att flera artiklar således exkluderats. En jämförelse gjordes mellan de artiklar som togs fram och dessas nyckelord för att få tips om nya sökord. Nyckelorden i artiklarna skiftade dock och det fanns inga tydliga sökord som återkom i flera artiklar. Vid en sökning i CINAHL (080411) på tre av nyckelorden ("caring", "mental health settings", "therapeutic relationships") i en av artiklarna (21) återfanns inte den aktuella artikeln i listan över sökträffar. Vid denna sökning användes inga begränsningar. Detta visar på hur svårt det är att finna de artiklar som söks, trots relevanta sökord. Insikt om de resurser som finns i databaserna, där ämnesord kan underlätta sökningen, infann sig när relevanta artiklar redan sökts fram. Skulle litteraturstudien göras om hade därmed användningen av databasernas resurser kunnat leda fram till ett annat urval av artiklar, som möjligen bättre speglar forskningsläget. Den manuella sökningen som gjordes styrker dock denna litteraturstudies bidrag till att visa på dagens forskningsläge. Genom den manuella sökningen reducerades bortfallet av relevanta artiklar som gjorts de senaste åren i den aktuella tidskriften.

Två databaser valdes ut när artiklar skulle sökas. CINAHL valdes eftersom det är en databas som har en vårdvetenskaplig inriktning. För att få ett bredare perspektiv gjordes även sökningar i PubMed. Där fick dock många artiklar exkluderas, eftersom de hade ett medicinskt fokus, istället för ett vårdvetenskapligt. Enbart en artikel (19) inkluderades efter sökningar i PubMed. Begränsningarna som gjordes i databaserna anses bidra till säkring av artiklarnas vetenskapliga grad. Granskningen av samtliga artiklar, enligt kursens riktlinjer (18), anses också ha bidragit till att säkerställa de inkluderade artiklarnas grad av vetenskaplighet. Samtliga artiklar som verkade relevanta för syftet fanns tillgängliga.

Analys

När sökorden väl resulterat i rimligt antal träffar, lästes artiklarnas titlar igenom i den första urvalsprocessen. Eftersom att titlar inte alltid speglar innehållet i artikeln kan denna metod ha lett till att någon relevant artikel exkluderas. Titlar som inte tydligt klargjorde vad artikeln handlade om exkluderas dock inte förrän abstractet hade lästs igenom. Detta kan ses som en styrka hos studien.

Litteraturstudien innehåller enbart kvalitativa artiklar. Detta förhåller sig väl till litteraturstudiens syfte. Enligt Dew (29) är den kvalitativa ansatsen lämplig för att få en inblick i individers upplevelser, hur saker görs och hur den sociala kontexten inverkar. Författaren av denna litteraturstudie ansåg inte att kvantitativa artiklar skulle tillföra ytterligare något till studiens syfte.

Kombinationen av observationer och intervjuer (21, 28) samt enbart intervjuer (19-20, 22-27) har använts som metod vid datainsamling i samtliga artiklar. Det hade varit intressant att ta del av någon artikel där enkäter med öppna frågor använts för att få inblick i individers syn på relationen mellan sjuksköterska och patient. Vid intervjuer finns alltid risk att intervjuaren påverkar respondentens svar. En enkät med öppna frågor hade kanske kunnat lyfta fram ytterligare aspekter på relationen, men samtidigt finns då risk för att respondenterna tolkar frågorna på olika vis. Flertalet av artiklarna (19, 21-22, 24, 26-27) har dock haft en uttalad medvetenhet om att intervjuaren/observatören har en förförståelse/inverkan som ej går att bortse från. I vissa artiklar (21-23, 26) betonades att flera personer deltog i den analytiska delen, och/eller att informanter fick ge återkoppling på intervjuarens förståelse för det som framkommit (26-27), för att reducera eventuell bias. Samtliga artiklar har erhållit etiskt godkännande (19-28). Johansson et al. (21) för dessutom en tydlig diskussion kring etiska aspekter. Anledningen till att den studien ytterligare beskriver etiska aspekter kan grunda sig i att det är en observationsstudie. Anmärkningsvärt är dock att studien av Forchuk et al. (28) inte för en liknande diskussion. Även den studien använde sig av observationer.

Artiklarna, som ingår i litteraturstudien, har sitt ursprung i Australien (19-20), USA (24), Canada (27-28) och Europa (21-23, 25-26). Artiklarnas resultat och deras överförbarhet till svenska förhållanden kan diskuteras då vården är strukturerad på olika sätt i de aktuella länderna. Kulturella skillnader är även viktigt att ta i beaktande. Eftersom en stor kongruens har funnits i artiklarna kan dock detta ses som tecken på att det som framkommit är allmängiltigt för relationen mellan sjuksköterska och patient som lider av depression och således överförbart till Sverige. Två av de inkluderade artiklarna kommer från Sverige (21-22), vilket styrker ovan nämnda tes. Även om det kan vara svårt att tala om generaliserbarhet så kan individers berättelser och

observationer ge en fördjupad förståelse för fenomen, vilket i sin tur visar på litteraturstudiens kliniska relevans.

Watsons teori (14) användes för att se om denna teori var tillämpbar på data vars ursprung hämtats i klinisk verksamhet. Tre karativa faktorer valdes ut, som författaren av litteraturstudien närmare ville undersöka. Det har varit svårt att särskilja det som framkommit i artiklarna och göra en avvägning kring vilket tema som bäst karakteriserat aktuell data. Watson (15) menar att de karativa faktorerna nummer 4 och 5 är tätt relaterade. Detta har således ytterligare försvårat avvägningen kring under vilket tema data placerats. Med tanke på litteraturstudiens omfattning och syfte valdes enbart tre karativa faktorer ut. Det är svårt att säga om fler karativa faktorer hade gett ytterligare relevanta perspektiv på relationen mellan sjuksköterska och patient inom psykiatri. De tre karativa faktorer som valdes ut har dock känts relevanta. Tydliga kopplingar har kunnat utläsas mellan artiklarnas resultat och de karativa faktorerna. Författaren har således inte uppfattat det som en begränsning att använda sig av Watsons teori och de karativa faktorerna. Denna litteraturstudies metodupplägg visar på hur omvårdnadsteorier kan tillämpas inom klinisk verksamhet för djupare förståelse av fenomen.

Bland de artiklar med patientfokus som tydligt beskrivits i urvalet framkommer att kvinnor är överrepresenterade i samtliga artiklar (20, 24-25, 27), förutom i artikeln av Forchuk et al. (28). Enbart i en av artiklarna (20) framkommer det om de citerade påståendena är mäns eller kvinnors. Det faktum att fler kvinnor än män insjuknar i depression (8), kan ses som en anledning till överrepresentationen av kvinnor i artiklarna.

RESULTATDISKUSSION

Aspekter på relationen

I introduktionen redovisas författarens första tankar då litteraturstudien påbörjades. Med den förståelse författaren hade fanns då ett tydligt fokus på samtalets betydelse och innehåll. Under processens gång har fokus tydligt skiftat från betydelsen av samtalets struktur till vad som karakteriserar en god relation. Litteraturstudien visar att en förståelse krävs för relationen (9, 13, 15, 19) och att det är först när en relation och tillit etablerats som vidare arbete kan ske (7, 9, 13-15, 19).

Litteraturstudiens syfte var att, med stöd av Jean Watsons karativa faktorer nr 2, 4 och 5, belysa hur en relation mellan en patient med depression och sjuksköterskan kan skapas. Resultatet har visat hur relationen kan uppstå och sedan utvecklas. Således har syftet uppnåtts och Watsons omvårdnadsteori visade sig tillämpbar på området.

Artiklarna som ingår i litteraturstudien har benämnt relationen på olika sätt. Flertalet artiklar använder begreppet terapeutisk relation enbart (20, 23, 26) eller delvis (21-22, 27-28). Vissa artiklar använder en kombination av begrepp såsom sjuksköterske-patient relation och terapeutisk relation (27-28), vårdande relation, terapeutisk relation och interpersonell relation (21), interpersonell relation och terapeutisk relation (22), sjuksköterske-patient relation och transpersonell vårdande relation (24), sjuksköterske-patient relation och psykoterapeutisk relation (19) samt sjuksköterske-patient relation och interpersonell relation (25). Att begreppen skiftar kan bli problematiskt och leda till

tvetydighet. I litteraturstudiens resultat har de olika begreppen använts i enlighet med det som skrivits i respektive artikel. Utifrån analys av insamlat material till denna litteraturstudie och författarens förståelse är innebörden för begreppen likartad. Detta framkommer eftersom att samtliga artiklars resultat är likartade och har lyft fram likartade teman. Mycket av det som framkommer i artiklarna går att relatera till Watsons (15) karativa faktorer. Watson talar om en mänsklig omsorgsrelation som är unik och i vilken de båda parternas fenomenologiska fält möts (14).

Enligt DSM-IV (3) kan depression leda till skuld känslor och hopplöshet. I resultatet framkommer att hopplöshet kan infinna sig hos patienter när stödet inte upplevs som tillräckligt (20, 27). Patienter beskriver en sårbarhet som kan infinna sig vid depression (22-23, 27). Om stödet upplevs vara bristfälligt kan det även leda till känslor av skuld och skam (22, 25, 27). Det bristande stödet kan visa sig genom att patienten upplever att ingen lyssnar (22, 27). Detta visar hur centralt det aktiva lyssnandet är för att inge tro och hopp hos patienten. Sjuksköterskor bör inte vara rädda för att vara aktivt närvarande hos patienten. Det handlar inte alltid om att säga de rätta orden, ibland kan närvaron och tystnaden vara lika viktig. Två artiklar fann att sjuksköterskans närvaro kan inge en tro hos patienten om bättring (19-20). En omsorgsrelation kan ge hopp om en väg ut ur depressionens mörker (24).

Närhet och distans

I en studie visade det sig att sjuksköterskor använde sin livserfarenhet för att normalisera patientens känslor och svårigheter. En sjuksköterska berättade att hon/han pratade om sina egna barn och använde sig av sina erfarenheter för att visa att hon/han var en vanlig människa.

“I am a real person... I talk about my kids – especially to [clients] trying to bring up kids... you can validate the difficulties that they are having by identifying with it – that what they experience is just like everyone else in that situation.”

(19, sid. 188)

Andra studier har tydligare problematiserat gränsdragningen mellan att vara för personlig och att vara professionell (21, 23, 26). Balansgången mellan närhet och distans är svår (26). Patienter har beskrivit att en viktig del i god kvalitet på vården innefattar att personalen har en personlig, men inte påträngande, attityd (22) samt att personal är vänskapliga (27). Vidare har det visat sig att om sjuksköterskan brister i det professionella förhållningssättet och relationen blir för personlig, kan det leda till bristande respekt (21). Samtidigt har patienter lyft fram vikten av att båda parter befinner sig på samma nivå (27). Hur denna jämlikhet kan uppnås är intressant och viktigt att reflektera över. Eftersom sjukhusmiljön, rutinerna och sjukdomarna är så bekanta för sjuksköterskan leder detta direkt till en nivåskillnad i jämförelse med patienten. Hur kan sjuksköterskans maktövertag i relationen reduceras? Räcker det med en medvetenhet om nivåskillnaden? Hur upplever patienten nivåskillnaden? Sjuksköterskan vilar på sin profession, medan patienten är hjälpsökande och har ett behov att stilla. Återigen handlar det om balansgången mellan närhet och distans. Kan det vara så att nivåskillnaden kan reduceras genom att sjuksköterskan har ett vänskapligt förhållningssätt, men ändå behåller sin professionalism? Hopkins et al. (23) fann att ett

tema som lyftes fram var vikten av att ”vara som en vän”, vilket skiljer sig från ”vänskap”.

Ovan nämnda citat i litteraturstudien (sid. 17) väcker ytterligare funderingar kring det unika som bör prägla varje relation och synen på individen (14, 22). Genom att säga att alla som upplever en viss situation reagerar på samma sätt motsägs det unika hos varje individ.

Etiska svårigheter

O'Brien (19) fann att sjuksköterskor ibland menade att det fanns ett behov av att besluta åt patienten. En sjuksköterska trodde att patienterna uppskattade att personal tog över beslutet när patienterna inte längre kunde fatta de ”rätta” besluten, som sjuksköterskan uttryckte sig. Moyle (20) undersökte hur patienter upplevde den terapeutiska relationen. Det framkom att patienterna upplevde det som respektlöst när sjuksköterskor åtog sig befogenhet att styra över behandlingens mål och utveckling. Detta ställs i konflikt med det som framkom i studien av O'Brien (19). Hopkins et al. (23) fann att patienter inte lade så stor vikt vid att få vara med vid beslutsfattande. Det blev dock viktigare ju bättre de mådde. När de hade ork var möjligheten att få delta i beslutsfattande betydande. Författaren av denna litteraturstudie menar att det kan vara en fara att som vårdpersonal anta en massa saker. Den vård som bedrivs bör vara evidensbaserad och utgå från patientens upplevelser. En viktig del i mötet med patienten är således att fråga vad patienten tycker och ha patienten i fokus. Dessutom är det viktigt att känna in var patienten befinner sig. Patientens upplevelser och behov är inte ett statiskt förhållande, utan ett skiftande. Det samma gäller när information delges patienten. Sjuksköterskor betonade i en studie av Scanlon (26) att information bör anpassas efter patienten och dennes situation.

Humor och beröring

Humorn som ett redskap vid vård av patienter med psykisk ohälsa nämns i tre av artiklarna (19, 22, 26). Scanlon (26) menar att humorn kan vara en bidragande faktor i utvecklandet av relationen. I artikeln nämns att humorn sällan, eller aldrig, lyfts fram inom psykiatrin. Men både sjuksköterskor (19, 26) och patienter (22) har påpekat att humorn kan bidra till en god relation (19, 22, 26). En fundering väcktes hos författaren varför humorn som tema inte lyfts fram i de andra studierna. Det finns inga tydliga metodologiska skillnader mellan artiklarna, som hade kunnat vara en anledning till att humorn inte framkommit i de resterande artiklarna. Inte heller har någon gemensam nämnare, som inte finns hos de andra artiklarna, funnits för de tre artiklar som talar om humor.

Watson (14) menar att sjuksköterskan kan använda sig av beröring, sinnen, rörelser, ord, färger och former för att återställa och återspegla patientens tillstånd. I litteraturstudien framkommer att beröring kan förmedla bekräftelse (22). Moyle (20) fann att patienter upplevde en omfamning lindrande. Omfamningen kunde leda till emotionell lättnad och frihet från de depressiva tankarna. I omfamningen fanns en lindring som patienterna upplevde inte alltid kunde förmedlas med enbart ord eller närvaro. Enligt karativa faktor nummer 5 bör miljön vara accepterande och ge utrymme för att ge uttryck för positiva och negativa känslor (15). Patienterna i studien av Moyle (20) upplevde att en omfamning kunde vara ett sätt att få ge uttryck för sina känslor.

Holistisk människosyn

Sjuksköterskans roll vid vård av patienter med psykisk ohälsa är mångfasetterad. Av resultatet framgår en rad olika aspekter på vad som förväntas av sjuksköterskan. Sjuksköterskan bör bland annat ha förmåga att visa empati (22, 26) ha kunskap (22) visa flexibilitet, stödja (21), vara en god lyssnare (19-20, 22-23, 27-28), ansvara för medicinska uppgifter (28), förklara (20) och informera (19). Möten med patienter kan vara korta (21), men sjuksköterskan förväntas ta sig tid (20) och finnas tillgänglig (7, 9, 21-23, 27-28). Frågan som kan ställas är om det är realistiskt att tro att en terapeutisk relation ska kunna uppstå. Finns det resurser och tid till det? Johansson et al. (21) menar att även de korta mötena kan leda till utveckling av relationen. I litteraturstudiens bakgrund nämns att initialt är korta möten, med täta intervall att föredra (7, 9). I resultatet framkommer dock att en upplevelse av tidsbegränsning (26, 28) och otillgänglighet finns (21, 27-28). Det ställs idag ökade krav på vården från arbetsgivare, vårdtagaren och samhället i stort. Vården går mot att bli allt mer teknologiskt och ekonomiskt inriktad. En reflektion kring hur det ska finnas plats för den lilla människan i en sådan kontext är viktig. Watson (14) betonar att den holistiska människosynen bör prägla vården. En reduktion av människan till en kropp, en själ och en ande är inte möjlig, eftersom dessa är en oskiljbar enhet. Enligt Watson är omvårdnadens mål att människan ska få ökad harmoni i kropp, själ och ande (14). Författaren anser att ett samarbete mellan olika professioner och patienten krävs för att vården som bedrivs ska kunna vara holistisk. Ökat utrymme för tid till reflektion och handledning i den kliniska verksamheten anses också behövas.

Den generella hämning som patienten med depression kan lida av (3-5, 13) nämns inte uttryckligen i artiklarna, inte heller de sömnsvårigheter (3-4, 13) och den nedsatta aptiten (3, 13) lyfts fram. I studien av Moyle (20) belyses dock den fysiska aspekten något. Watson (14) betonar en mänsklig helhetssyn, där kropp, själ och ande är tätt sammankopplade. Litteraturstudiens författare finner det därmed förvånansvärt att de fysiska aspekterna vid depression inte framkommer i fler artiklar än en (20). Att uppmärksamma patientens fysiska behov tordes kunna förmedla ett hopp till patient att denne är värdefull. Om dessa behov hos patienten inte uppmärksammas skulle det kunna ses som brist på hjälpande och tillit i den mänskliga omsorgsrelationen. Författaren menar att människans alla dimensioner måste integreras i vården för att kunna arbeta holistiskt. O'Brien (19) lyfter visserligen att relationen är kärnan för fortsatt arbete och att det således är relationen som först behöver skapas. Författaren av denna litteraturstudie menar ändå att det är svårt att separera händelserna från varandra och att anta ett linjärt synsätt på relationsutvecklingen kan te sig svårt. Eftersom människan är en helhet, verkar det rimligt att de fysiska aspekterna belyses även vid reflektioner kring relationen. Samtidigt visar studien av Moyle (20) att en patient kunde uppleva att hans/hennes önskan om en vård med terapeutisk inriktning åsidosattes när sjuksköterskors fokus låg på att se till att patienten åt och duschade. Åter igen kan den holistiska människosynen betonas. Fokus bör, enligt författaren, inte inriktas på en del av patienten, utan på hela människan. I den fjärde karaktäristiska faktorn belyser Watson (15) att kommunikation inte bara är verbala och icke-verbala uttryck, utan även somatiska uttryck. I den mänskliga omsorgsrelationen bör alla dessa uttryck uppmärksammas, enligt Watson (15).

Fortsatt forskning

Författaren anser att denna litteraturstudie tillfört kunskapsfältet ytterligare tydliggörande kring relationens betydelse. Den starka kopplingen till en omvårdnadsteori stärker resultatet. Det material som redovisas i resultatet visar att sjuksköterskor och patienter beskriver relationen med liknande synsätt. För en ytterligare fördjupning i ämnet hade det varit intressant att göra två skilda studier, där sjuksköterske- och patientperspektivet behandlades separat. I en senare jämförelse mellan studierna hade då eventuella distinkta skillnader mellan perspektiven kunnat framträda. Litteraturstudien har vidare lett till nya frågor hos författaren kring humorns roll vid vård av patienter med psykisk ohälsa.

Klinisk relevans

Sjuksköterskor som vårdar patienter med psykisk ohälsa bör ha en medvetenhet om relationens betydelse. Det kan upplevas svårt att möta patienter som lider av depression. Litteraturstudien visar dock att sjuksköterskan med små medel kan lindra lidandet hos patienten. Det kan räcka att sitta ner hos patienten en kort stund och bara vara. Den tiden hos patienten kan leda till att relationen utvecklas och tids nog kan en ljusning infinna sig hos patienten i depressionens mörker.

REFERENSER

1. Nationalencyklopedin. Tillgänglig på:
http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=288196&i_sect_id=288195&i_word=psykiatri&i_history=1 Senast tillgänglig 2008-03-11.
2. Ottosson J-O. Psykiatrin i Sverige. Stockholm: Natur och Kultur; 2003.
3. American Psychiatric Association. Mini-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV. Danderyd: Pilgrim Press; 1998.
4. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Behandling av depressionssjukdomar. Volym 1. Tillgänglig på:
http://sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/depression_2004/Depression%20Vol%201.pdf Senast tillgänglig 2008-03-17.
5. Cullberg J. Dynamisk psykiatri i teori och praktik. Stockholm: Natur och Kultur; 2001.
6. Socialstyrelsen. Folkhälsorapporten 2005. Tillgänglig på:
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/7456A448-9F02-43F3-B776-D9CABCB727A9/6169/20051114.pdf> Senast tillgänglig 2008-03-11.
7. Fortinash K.M, Holoday Worret P.A. Psychiatric nursing care plans. St. Louis: Mosby; 2003.
8. Sjukvårdsrådgivningen. Depression. Tillgänglig på:
<http://www.sjukvardsradgivningen.se/artikel.asp?CategoryID=25889> Senast tillgänglig 2008-03-11.
9. Parsons S. The person with a mood disorder. I: Norman I, Ryrie I. red. The art and science of mental health nursing. Maidenhead: Open University Press; 2004. sid. 389-415.
10. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Behandling av depressionssjukdomar. Volym 3. Tillgänglig på:
http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/depression_2004/Depression%20Vol%203.pdf Senast tillgänglig 2008-03-17.
11. Ottosson H, Ottosson J-O. Psykiatriboken. Stockholm: Liber; 2007.
12. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Behandling av depressionssjukdomar. Volym 2. Tillgänglig på:
http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/depression_2004/Depression%20Vol%202.pdf Senast tillgänglig 2008-03-17.
13. Hummelvoll J.K. Helt – ikke stykkevis og delt. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2006.

14. Watson J. *Nursing: Human science and human care – A theory of nursing*. New York: National League for Nursing; 1988.
15. Watson J. *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boulder: Colorado Associated University Press; 1985.
16. Jahren Kristoffersen N. Teoretiska modeller i omvårdnad. I: Jahren Kristoffersen N. red. *Allmän omvårdnad 1*. Stockholm: Liber; 1998. sid. 333-430.
17. Watson J. *En teori för omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur; 1993.
18. Sahlgrenska akademien. Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Riktlinjer för omvårdnad – Eget arbete. Tillgänglig på:
<http://kursportal.student.gu.se/inst/OM/OM2240/anslagstavla/index.php> Senast tillgänglig 2008-04-26.
19. O'Brien L. Nurse-client relationships: The experience of community psychiatric nurses. *Aust N Z J Ment Health Nurs* 2000;9:184-94.
20. Moyle W. Nurse-patient relationship: A dichotomy of expectations. *Int J Ment Health Nurs* 2003;12:103-9.
21. Johansson M, Skärsäter I, Danielson E. Encounters in a locked psychiatric ward environment. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007;14:366-72.
22. Schröder A, Ahlström G, Wilde Larsson B. Patients' perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. *J Clin Nurs* 2006;15:93-102.
23. Hopkins C, Niemiec S. Mental health crisis at home: service user perspectives on what helps and what hinders. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007;14:310-8.
24. Barnes Mullaney J. A. The lived experience of using Watson's actual caring occasion to treat depressed women. *J Holist Nurs* 2000;18:129-42.
25. Hedelin B, Jonsson I. Mutuality as background music in women's lived experience of mental health and depression. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2003;10:317-22.
26. Scanlon A. Psychiatric nurses perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: a grounded theory study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006;13:319-29.
27. Coatsworth-Puspoky R, Forchuk C, Ward-Griffin C. Nurse-client processes in mental health: recipients' perspectives. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006;13:347-55.
28. Forchuk C, Westwell J, Martin M-L, Bamber-Azzopardi W, Kosterewa-Tolman D, Hux M. The developing nurse-client relationship: nurses' perspectives. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2000;6:3-10.
29. Dew K. A health researcher's guide to qualitative methodologies. *Aust N Z J Public Health*. 2007; 31:433-7.

Egentlig depressionsepisod enligt DSM-IV

- A. Minst fem av följande symtom har förekommit under samma tvåveckorsperiod. Detta har inneburit en förändring av personens tillstånd. Minst ett av symtomen (1) nedstämdhet eller (2) minskat intresse eller glädje måste föreligga.

Obs: Inkludera ej symtom som uppenbart beror på somatisk sjukdom/skada eller på stämningssinkongruenta vanföreställningar eller hallucinationer.

- (1) nedstämdhet under större delen av dagen, så gott som dagligen, vilket bekräftas antingen av personen själv (t.ex. känner sig ledsen eller tom) eller av andra (t.ex. ser ut att vilja gråta). Obs: Hos barn och ungdomar kan irritabilitet förekomma.
 - (2) klart minskat intresse för eller minskad glädje av alla eller nästan alla aktiviteter under större delen av dagen, så gott som dagligen (vilket bekräftas antingen av personen själv eller andra).
 - (3) betydande viktnedgång (utan att avsiktligt banta) eller viktuppgång (t.ex. en mer än femprocentig förändring av kroppsvikten under en månad), eller minskad alternativt ökad aptit nästan dagligen. Obs: Ta också med i beräkningen om förväntad viktökning hos barn uteblivit.
 - (4) sömnstörning (för lite eller för mycket sömn nästan varje natt).
 - (5) psykomotorisk agitation eller hämning så gott som dagligen (observerbar för omgivningen och inte enbart en subjektiv upplevelse av rastlöshet eller tröghet).
 - (6) svaghetskänsla eller brist på energi så gott som dagligen.
 - (7) känslor av värdelöshet eller överdrivna eller obefogade skuldkänslor (vilka kan ha vanföreställningskaraktär) nästan dagligen (inte enbart självförelöser eller skuldkänslor över att vara sjuk).
 - (8) minskad tanke- eller koncentrationsförmåga eller obeslutsamhet så gott som dagligen (vilket bekräftas antingen av personen eller av andra).
 - (9) återkommande tankar på döden (inte enbart rädsla för att dö), återkommande självmordstankar utan någon särskild plan, gjort självmordsförsök eller har planerat för självmord.
- B. Symtomen uppfyller inte kriterierna för blandepisod mani/depression.
- C. Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.
- D. Symtomen beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t.ex. missbruksdrog, medicinering) eller av somatisk sjukdom/skada (t.ex. hypotyroidism).
- E. Symtomen förklaras inte bättre med okomplicerad sorg, dvs. den depressiva symptomatologin har varat längre än två månader efter en närståendes bortgång eller karaktäriseras av påtaglig funktionsförsämring, sjuklig upptagenhet av känslor av värdelöshet, självmordstankar, psykotiska symtom eller psykomotorisk hämning.

Artikelöversikt

Ref nr: 19.
Titel: Nurse-client relationships: The experience of community psychiatric nurses.
Författare: O'Brien L.
Tidskrift: Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing
Publ. År: 2000
Syfte: Utveckla en förståelse för upplevelsen av relationen mellan psykiatrisjuksköterskor i öppenvård och patienter med svår och varaktig psykisk ohälsa.
Metod: Intervjuer med öppna frågor som analyserades, vilket skapade teman och subteman.
Urval: Fem psykiatrisjuksköterskor, varav två män och tre kvinnor. 3-15 års psykiatrierfarenhet.
Antal ref: 68
Land: Australien.

Ref nr: 20.
Titel: Nurse-patient relationship: A dichotomy of expectations.
Författare: Moyle W.
Tidskrift: International Journal of Mental Health Nursing.
Publ. år: 2003
Syfte: Förstå vikten av den terapeutiska relationen genom att undersöka upplevelser av att bli totalt omhändertagen vid depression.
Metod: Kvalitativ studie med fenomenologisk ansats. Datainsamling gjordes genom intervjuer. Dataanalys enligt Giorgi's steg vid fenomenologisk analys med meningsbärande enheter.
Urval: Sju patienter med diagnosen egentlig depression, varav sex kvinnor och en man i åldrarna 38-57.
Antal ref: 34.
Land: Australien.

Ref nr: 21.
Titel: Encounters in a locked psychiatric ward environment.
Författare: Johansson M, Skärsäter I, Danielson E.
Tidskrift: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.
Publ. År: 2007.
Syfte: Beskriva möten i hälso- och sjukvårdens miljö på en låst psykiatrisk avdelning.
Metod: Etnografisk metod. Datainsamling skedde genom observationer, informella intervjuer och insamling av dokument.
Urval: Personal och patienter på en avdelning med inriktning på affektiva störningar och ätstörningar. Under den 3,5 månaders långa datainsamlingen på avdelningen var egentlig depression den vanligaste diagnosen.
Antal ref: 31.
Land: Sverige.

Ref nr: 22.
Titel: Patients' perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study.
Författare: Schröder A, Ahlström G, Wilde Larsson B.
Tidskrift: Journal of Clinical Nursing.
Publ. År: 2006.
Syfte: Beskriva hur patienter upplevde begreppet vårdkvalitet inom psykiarin.
Metod: Fenomenografisk ansats med intervjuer.
Urval: 20 patienter med psykisk diagnos, de flesta (12st) led av depression.
Antal ref: 52.
Land: Sverige.

Ref nr: 23.
Titel: Mental health crisis at home: service user perspectives on what helps and what hinders.
Författare: Hopkins C, Niemiec S.
Tidskrift: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.
Publ. År: 2007.
Syfte: Identifiera tidigare patienters perspektiv på vad som var betydelsefullt under deras vårdtid.
Metod: Semistrukturerade intervjuer. Dataanalys skedde med hjälp av en modifierad version av delfimetoden, vilket innefattade tematisk analys av data.
Urval: 70 patienter som fått terapeutisk vård hemma.
Antal ref: 36.
Land: England.

Ref nr: 24.
Titel: The lived experience of using Watsons actual caring occasion to treat depressed women.
Författare: Barnes Mullaney J. A.
Tidskrift: Journal of Holistic Nursing.
Publ. År: 2000.
Syfte: Beskriva betydelsen hos deprimerade kvinnor av att uppleva verkligt omsorgstillfälle, enligt Watson, i den transpersonella vårdande relationen.
Metod: Fenomenologisk ansats. Intervjuer som analyserades och strukturerades efter Watsons teori om ett verkligt omsorgstillfälle.
Urval: Elva kvinnor med egentlig depression, enligt DSM-IV, i åldrarna 30-48 år.
Antal ref: 34.
Land: USA.

Ref nr: 25.
Titel: Mutuality as background music in women's lived experience of mental health and depression.
Författare: Hedelin B, Jonsson I.
Tidskrift: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.
Publ. År: 2003.
Syfte: Att fokusera på psykisk hälsa och depression utifrån äldre kvinnors livserfarenhet.

Metod: Fenomenologisk ansats med kvalitativa intervjuer. Data insamlades vid två olika tillfällen. Data analyserades med hjälp av en metod utvecklad av Giorgi som baseras på Husserls fenomenologi.

Urval: I den första delstudien ingick 16 kvinnor som fick berätta om sina erfarenheter av välbefinnande. I den andra delstudien ingick fem kvinnor som led av depression. Kvinnorna var 71-92 år.

Antal ref: 34.

Land: Sverige.

Ref nr: 26.

Titel: Psychiatric nurses perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: a grounded theory study.

Författare: Scanlon A.

Tidskrift: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.

Publ. År: 2006.

Syfte: Klarlägga den terapeutiska relationens natur och den förståelse psykiatrisjuksköterskor tilldelar utvecklingen av denna relation.

Metod: Först gjordes en pilotstudie för att testa den intervjuguide som skulle användas i påföljande intervjuer. När data sedan insamlades gjordes semistrukturerade intervjuer. Data analyserades och kodades i olika teman.

Urval: Sex psykiatrisjuksköterskor med 2-10års erfarenhet inom psykiatri.

Antal ref: 34.

Land: Irland.

Ref nr: 27.

Titel: Nurse-client processes in mental health: recipients' perspectives.

Författare: Coatsworth-Puspoky R, Forchuk C, Ward-Griffin C.

Tidskrift: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.

Publ. År: 2006.

Syfte: Få en djupare förståelse för patienters perspektiv relaterat till processen vid relationer mellan sjuksköterskor och patienter.

Metod: Mini-etnografisk design med semistrukturerade intervjuer.

Urval: Sex män och åtta kvinnor, varav tio hade fått sjukhusvård relaterat till psykisk ohälsa och restreande fyra inte hade fått sjukhusvård med hade erfarenheter av sjuksköterskor i kommunal verksamhet. Deltagarna led av affektiv sjukdom, paniksyndrom, personlighetsstörning eller schizofreni.

Antal ref: 28.

Land: Canada.

Ref nr: 28.

Titel: The developing nurse-client relationship: Nurses' perspectives.

Författare: Forchuk C, Westwell J, Martin M-L, Bamber-Azzopardi W, Kosterewa-Tolman D, Hux M.

Tidskrift: Journal of American Psychiatric Nurses Association.

Publ. År: 2000.

Syfte: Att beskriva utvecklingen av relationen mellan sjuksköterska-patient från sjuksköterskors perspektiv och sedan jämföra de beskrivna mönstren med Peplaus teori.

Metod: Deskriptiv kvalitativ studie med ett interpersonellt fokus. Intervjuer och observationer. Leiningers metod användes för den kvalitativa analysen.

Urval: Tio sjuksköterske-patient-par. Sex manliga patienter och fyra kvinnliga med schizofreni eller affektiv störning. Två manliga sjuksköterskor och åtta kvinnliga sjuksköterskor med minst 10 års erfarenhet inom psykiatri.

Antal ref: 23.

Land: Canada.
