



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Att vara deprimerad och att återfå hälsan, unga individens upplevelser - en litteraturstudie

Åsa Lena Ekman och Tiina Karlsson

2014

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp
Omvårdnadsvetenskap
Sjuksköterskeprogrammet

Handledare: Birgitta Wiitavaara
Examinator: Elisabeth Häggström

Sammanfattning

Syftet med denna beskrivande litteraturstudie var att beskriva hur unga individer upplever att bli deprimerade och att återfå hälsan. Ett ytterligare syfte var att granska datainsamlingsmetoden i de inkluderade artiklarna. Studien baseras på tretton vetenskapliga artiklar, publicerade mellan åren 2002 och 2014, som söktes via databaserna Cinahl och PsycInfo. Artiklar som svarade mot studiens syfte analyserades och sju kategorier framkom. I resultatet framgick att individerna upplevde social isolering och förändrad identitet när de var deprimerade. Vidare upplevde de en rad obehagliga känslor och att de höll på att förlora kontrollen. Stressande levnadsomständigheter, speciellt konflikter inom familjen, upplevdes ha påverkat tillståndet. Att återfå hälsan var en succesiv process i vilken de hade behov av egna strategier. De upplevde ett flertal hinder för att söka hjälp. De ville vara autonoma och samtidigt delaktiga vid vård och behandling. Slutsatsen är att gruppen unga deprimerade individer ökar och att sjuksköterskan behöver ökad kunskap och förståelse för deras upplevelser för att kunna identifiera och hjälpa dem.

Nyckelord: Depression, upplevelser, kvalitativ

Innehållsförteckning

1.0 Introduktion	1
1.1 Depression.....	1
1.2 Symptom och diagnos.....	1
1.3 Orsaksfaktorer och behandling.....	3
1.4 Definitioner med avseende på ålder.....	3
1.5 Termen uppleva/upplevelse.....	4
1.6 Sjuksköterskans roll.....	4
1.7 Omvårdnadsteori.....	4
1.8 Problemformulering.....	5
1.9 Syfte.....	5
1.10 Frågeställning.....	5
2.0 Metod	5
2.1 Design.....	5
2.2 Databaser.....	5
2.3 Sökord/Sökstrategier/Urvalskriterier.....	5
2.4 Dataanalys.....	7
2.5 Forskningsetiska överväganden.....	8
3.0 Resultat	9
3.1 Att vara deprimerad.....	9
3.1.1 Social isolering.....	9
3.1.2 Förändrad identitet.....	10
3.1.3 Obehagliga känslor och kontrollförlust.....	11
3.1.4 Stressande levnadsomständigheter.....	12
3.2 Att återfå hälsan.....	13
3.2.1 Gradvis förbättrad hälsa och behov av vardagsstrategier.....	13
3.2.2 Hinder för hjälpsökande.....	14
3.2.3 Behov av delaktighet och autonomi.....	15
3.3 Artiklarnas kvalitet med avseende på datainsamlingsmetod.....	16
4.0 Diskussion	17
4.1 Huvudresultat.....	17
4.2 Resultatdiskussion.....	17
4.2.1 Diskussion om artiklarnas kvalitet avseende datainsamlingsmetod.....	22
4.3 Metoddiskussion.....	24
4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad och förslag till fortsatt forskning.....	26
4.5 Slutsats.....	26
5.0 Referenslista	27
Bilagor	

Abstract

The aim of this descriptive literature study was to describe how young individuals experience being depressed, and how they experience recovery. The further aim was to find out the methodological quality of the research articles, due to the data collection. The study is based on 13 scientific articles, published during the period 2002- 2014. They were searched in the databases Cinahl and PsycInfo. Articles that met the criteria were analyzed and seven categories that reflect the findings emerged. The result showed that when the individuals felt depressed, they experienced social isolation and that their identity had changed. They described a lot of unpleasant feelings, and as if they were losing control. Stressful living conditions, such as conflicts in the family, were experienced as having impact on the depressed state. The recovery was seen as a gradual process, in which self-care strategies were needed. The individuals requested to be to some extent independent, in relation to health care providers, and simultaneously they expressed needs to be involved. The conclusion is that an increased number of young individuals worldwide suffer from depression, and that a better understanding of how they may experience depression is an important issue for nurses in all parts of health care. This is a matter of great importance since this vulnerable group of young people needs to be identified and understood in order to be helped.

Keywords: Depression, experience, qualitative

1.0 Introduktion

1.1 Depression

Var fjärde man och varannan kvinna riskerar någon gång i livet att insjukna i depression som kräver behandling (Skärsäter, 2009). Depression har internationellt sett blivit en alltmer viktig orsak till ohälsa de senaste 20 åren och uppskattas leda till mer ohälsa än hjärt- och kärlsjukdomar och tuberkulos. År 2005 värderades kostnaderna för depressionssjukdomar i Sverige till 32,5 miljarder kronor på ett år. Inberäknat är direkta och indirekta kostnader (Sobocki et al. 2007). Man räknar med att hälften av de personer som har depression och söker hjälp hos primärvården för somatiska besvär som värk och smärta inte får rätt diagnos. Det är enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering snarare de kroppsliga än de psykiska besvären som gör att patienten söker vård (SBU, 2004). Tillståndet har ofta sin debut i unga år (Skärsäter, 2010). Den mest allvarliga konsekvensen av depression är risk för självmord (Skärsäter, 2009). Depression är det psykiska tillstånd som är mest förknippat med självmordstankar och självmordsbeteende (Brent et al. 2013; Wasserman 2003). Ju längre depressionen fortgår, desto större är risken (Olsson, 2013). Självmorden minskar generellt men inte i gruppen 15-24 år där de sedan i början av 90-talet istället har ökat. Inläggningar i den psykiatriska slutenvården minskade år 2009-2011 i alla åldersgrupper utom i gruppen 15-24 år där inläggningarna har blivit fler (Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut, 2013). Det är främst vård på sjukhus för depressioner och ångesttillstånd som ökar kraftigt bland unga människor (Socialstyrelsen, 2009). Depression hos unga är vanligt och allvarligt och kan vara en ingång till långvarig depression som vuxen (Wasserman 2003; Brent et al. 2013). Unga deprimerade individer som inte får behandling är dessutom mer benägna än andra unga att börja missbruka droger, de har svårare i nära relationer och underpresterar i skola och yrkesliv (Brent, Poling & Goldstein 2013). Depression hos unga uppträder ofta i den fas av livet då många bildar familj, vilket kan inverka på hela familjen (Hedman Ahlström, Skärsäter & Danielsson, 2007).

1.2 Symptom och diagnos

En deprimerad person har svårt att reglera stämningläget och att uppleva positiva känslor. Allvarlighetsgraden bestäms av antalet symptom, varaktigheten och hur stor funktionsnedsättning tillståndet innebär (Brent et al. 2013). En människa som är deprimerad har ett nedstämt eller nedtryckt stämningläge, vilket också är huvudsymptom vid depression. Samtidigt är förmågan till koncentration, och att tänka och minnas, påtagligt sänkt. När förändringen är genomgripande och varaktig betraktas tillståndet som sjukligt (Olsson, 2013).

Det depressiva tillståndet påverkar oftast sömnen och ger minskad energi (Skärsäter, 2010). Somatiska symptom så som huvudvärk, återkommande magont och bröstsmärtor är vanligt (Knorrning, 2012). En depression hos en ung individ kan döljas bakom kroppsliga symptom (Wasserman, 2003).

Depression tillhör gruppen förstämningssyndrom som också kallas affektiva sjukdomar. Dessa sjukdomar har alla kopplingar till förändringar i stämningläget och indelning görs efter svårighetsgrad och symptom (Skärsäter, 2009). Egentlig depression kallas även unipolär depression, eftersom förändringen i stämningläget enbart påverkar den ena av två poler, tillskillnad från bipolär sjukdom som påverkar två poler. Det senare tillståndet karaktäriseras av perioder av både depression och mani (Olsson, 2013). Diagnosen dystymi är depression med färre symptom än vid egentlig depression (Brent et al. 2013).

Diagnos ställs utifrån beskrivningen av symptom baserat på Socialstyrelsens klassifikationer i den svenska versionen av International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10-SE. Samma symptomkriterier gäller för både tonåringar och vuxna (Socialstyrelsen 2010). Sedan 1980 ersätter man dock huvudsymptomet nedstämdhet med irritabilitet när det gäller unga människor (Olsson, 2013). Klassificeringssystemet ICD med diagnoskoder utvecklades av WHO för att förbättra diagnostiken och klassificeringen med avseende på psykisk ohälsa (WHO, 2014). Psykiatriska diagnoser finns här bland övriga medicinska diagnoser (Olsson, 2013). Ibland används även det amerikanska kodsyste­met DSM-IV för diagnostik inom psykiatri men socialstyrelsen föredrar att den senaste upplagan av ICD används (Socialstyrelsen, 2009). I ICD-10 definieras lindrig, måttlig och svår egentlig depression, vilket inte sker i DSM-IV (SBU, 2004). För diagnoskriterier enligt SBU, se bilaga. En egentlig depression ska ha varat minst två veckor och minst fem av nio symptom ska ha varit märkbara större delen av tiden. Symptomen ska ha gett upphov till nedsatt funktion och/eller uppenbart lidande. Ett av symptomen måste ha med stämningläget att göra: nedstämdhet, irritabilitet eller bristande förmåga att uppleva glädje (Olsson, 2013).

I denna studies resultatdel har termen deprimerad använts genomgående, detta för att undvika sammanblandning med diagnosen depression. I diskussionen används båda termerna.

1.3 Orsaksfaktorer och behandling

Hos deprimerade individer kan man se förändringar i hjärnans neuronala nätverk och kemi, vilket har inverkan på förmågan att reglera sinnesstämning och uppleva positiva känslor (Brent et al. 2013). Livsstil, arbetsbelastning och till exempel problem inom familjen kan vara utlösande faktorer vid depression hos unga individer (Skärsäter, 2009). Förutom biologisk hereditet spelar det sociala och psykologiska arvet en stor roll (Wasserman, 2003). Depression hos unga individer relateras ofta till den utvecklingsfas de går igenom och den förmåga individen har att hantera detta (Skärsäter, 2010). Det finns ett samband mellan depression och de fysiologiska förändringar som sker under puberteten och ökade hormonnivåer (Olsson, 2013). Depression förekommer oftare i vissa familjer (Brent et al. 2013, Wasserman 2003, Weissman et al. 2005).

En noggrann bedömning är grunden för behandling som ges vid depression. Det är viktigt att så snabbt som möjligt ge den drabbade funktionen åter och se till att symptomen lättar. Det har en nedbrytande effekt på den unge att vara deprimerad och att inte fungera i vardagen, bland annat påverkas självbilden negativt och framtida möjligheter med avseende på relationer och yrkesliv försämras (Olsson, 2013). Depression under adolescensen förefaller öka risken för fortsatt psykisk ohälsa och psykosocial problematik, även om depressionen behandlats (Melvin et al. 2013). Återkommande depressioner inverkar negativt på nervsystemet och leder sannolikt till att nya depressionsperioder lättare uppstår (Olsson, 2013).

Kognitiv beteendeterapi (KBT) och farmakologisk behandling, var och en för sig eller tillsammans, är de behandlingsformer för unga individer som har bäst evidens (Brent et al. 2013). Socialstyrelsen (2010) menar att det finns bra vetenskapligt stöd för att KBT som åtgärd har effekt och minskar insjuknandet hos barn och ungdomar som har symptom på depression. Eventuellt har sådana åtgärder även effekt på sikt (Merry et al. 2004). När individens funktion är mycket låg och det finns risk för självmord bör medicinering starta omgående (Olsson, 2013).

1.4 Definitioner med avseende på ålder

Med barn avses varje människa under 18 år (Socialstyrelsen 2010). Unga vuxna är personer 18-24 år (Socialstyrelsen, 2011). Adolescensen infinner sig vid 11-13 års ålder och varar upp till i 20-årsåldern. Puberteten är den biologiska mognaden och adolescensen åsyftar den

psykologiska mognaden (Gillberg & Hellgren, 2002). Enligt Världshälsoorganisationen är en person som på engelska beskrivs som "adolescent" en person mellan 10 och 19 år. En vuxen person är 20 år eller äldre om inte nationella lagar betraktar personen som vuxen innan dess (WHO, 2013).

1.5 Termen Att uppleva/ Upplevelse

Att *Uppleva* innebär enligt Nationalencyklopedin (2014) att en människa uppfattar och värderar något känslomässigt snarare än rationellt, oftast utan att vederbörande bildar sig en klar åsikt.

1.6 Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskans uppgift är viktig vid mötet med personer med psykisk ohälsa när det handlar om att gestalta omvårdnaden utifrån patientens tankar och behov. Sjuksköterskan träffar de deprimerade patienterna överallt inom sjukvården och måste därför vara medveten om depression för att kunna identifiera de som behöver omvårdnad och behandling. Många personer kan inte själva förstå och känna igen det tillstånd de befinner sig i. Att kunna bedöma självmordsrisk är en viktig uppgift inom sjukvården. De flesta personer ventilerar inte sina självmordstankar (Skärsäter, 2010). Sjuksköterskan bör identifiera depression och samtidigt vara medveten och risktänkande. Dessutom är det viktigt att vara lyhörd, ha intuition och att kunna skapa en trygg dialog med individen i fråga. Det är angeläget att individen känner att sjuksköterskan ger stöd och skydd och att den deprimerades känslor accepteras. Det är också betydelsefullt för den deprimerade att få bearbeta sina upplevelser i en vardaglig situation byggd på tillit och förtroende (Skärsäter, 2009). En av vårdens god hantering kan betyda mycket för den unges långsiktiga utveckling (Brent et al. 2013). Om behandling ska kunna initieras och individen ska kunna återfå hälsan måste vårderna upptäcka de som är i behov av hjälp. I god vård ingår empatiskt bemötande. Unga individer tror generellt att vårdgivare förstår mer än de gör (Olsson, 2013).

1.7 Omvårdnadsteori

Enligt Joyce Travelbees omvårdnadsteori är omvårdnad en process mellan människor där vårdaren hjälper en människa att hantera upplevelser av ohälsa och lidande och bistår individen i att se en mening i sina erfarenheter. Travelbee menar att lidande är en grundläggande allmänmänsklig erfarenhet och att alla människor i olika skeden av livet måste finna mening i sina upplevelser, särskilt vid perioder med lidande relaterat till ohälsa. Centralt

i teorin är det som Travelbee kallar *den mellanmännsliga relationen*, det vill säga det som sker mellan den drabbade individen och sjuksköterskan, hur kommunikationen upplevs och de konsekvenser denna upplevelse har för individen och tillståndet (Kirkevold, 2000).

1.8 Problemformulering

Antalet unga människor i åldern 15- 24 år som läggs in på sjukhus för depression och ångest ökar. Det mänskliga lidandet vid depressionssjukdomar är omfattande och kostnaden för samhället är stor. Sjuksköterskan träffar dessa patienter överallt i vården. Det är viktigt med kunskap om hur sjukdomen yttrar sig för att kunna identifiera personer med depression. Insikt i hur individen upplever sjukdomen är också av stor vikt eftersom många personer inte själva känner igen och förstår de symptom de har, och vad dessa kan vara uttryck för. Det är ont om forskning som avser unga individers upplevelser. Genom att skapa en empatisk relation och fokusera på individens tankar och behov kan sjuksköterskan ge det stöd personen behöver. Därför behövs kännedom om hur den deprimerade unga människan upplever sig själv och sin situation.

1.9 Syfte

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva hur unga individer upplever att vara deprimerade och att återfår hälsan. Syftet var också att granska artiklarna med avseende på datainsamlingsmetod.

1.10 Frågeställningar

Hur upplever unga individer att vara deprimerade och att återfår hälsan?

Vilken kvalitet har de inkluderade artiklarna med avseende på datainsamlingsmetod?

2.0 Metod

2.1 Design

Denna studie är en litteraturstudie med beskrivande design. Litteraturstudier är sammanställningar av tidigare data relaterat till ett valt ämne. Vid användning av deskriptiv design kan ett fenomen eller händelser beskrivas på ett varierat sätt (Polit & Beck, 2012).

2.2 Databaser, sökord/sökstrategier/urvalskriterier

Sökningar gjordes initialt i PubMed eftersom det var den databas som var mest bekant sedan tidigare, men Cinahl och PsycInfo kom efterhand att användas då dessa databaser gav flest för

studien intressanta sökträffar. En forskargrupp bör söka i så många relevanta databaser som möjligt. Cinahl användes för att databasen innehåller referenser till så gott som alla engelskspråkiga tidskrifter inom hälso-och sjukvårdsområdet, inkluderat sjuksköterskans område (Polit & Beck, 2012). PsycInfo valdes eftersom databasen har ett stort utbud av artiklar som fokuserar på psykologiska aspekter inom olika discipliner, däribland inom omvårdnad (Willman, Stolz & Bahtsevani, 2006). Databaserna fanns tillgängliga via högskolans bibliotek. En systematisk sökstrategi användes vilket innebär att forskaren har en plan för sökandet och går logiskt tillväga, steg för steg. Sökningen går från att vara bred till att smalna av och begränsas med hjälp av kriterier för inklusion och exklusion (Polit & Beck, 2012). I PubMed användes initialt sökorden *depression* och *lived experience* i olika kombinationer tillsammans med sökord som speglade valda ålderskategorier, vilket dock inte gav tillräckligt med artiklar. Sökande fortsatte i Cinahl och PsycInfo och nu användes termerna *depression*, *experience* samt *qualitative*. Termen *qualitative* valdes eftersom det var kvalitativa intervjustudier som söktes. I Cinahl var de två förstnämnda termerna tillräckligt för att ett hanterbart antal artiklar skulle genereras. I PsychInfo användes även *qualitative*. Sökstrategin anpassades till respektive databas för att kunna utnyttja dessa (Willman et al. 2006). Den booleska söktermen AND användes i databaserna för att begränsa sökningarna (Polit & Beck, 2012). Avgränsningar som valdes var att studierna skulle vara max 10 år gamla, de skulle vara skrivna på engelska och fritt tillgängliga via högskolans bibliotek. Avgränsningar gjordes också i respektive databas med avseende på ålderskategorier. Ålder 13-24 år valdes, detta för att få ett brett urval av unga individer och för att åldersspannet skulle inkludera unga individer från tonåren, 13- 19 år, men också den ålderskategori som enligt Socialstyrelsen benämns unga vuxna (Socialstyrelsen, 2011). Ytterligare en databas, Scopus, genomsöktes efter tips från bibliotekspersonal men detta försök till komplettering gav inga ytterligare artiklar. I sökande efter fler relevanta artiklar bestämdes att artiklarna fick vara max 15 år gamla, vilket genererade en ny lämplig artikel när Cinahl och PsykInfo åter genomsöktes. Sökningarna i de olika databaserna gav 1005 stycken artiklar vilkas titlar och abstract granskades. Utfall av databassökningarna, se tabell 1. Intervjustudier var lätta att urskilja i titlar och abstract. Den systematiska sökningen gav 11 lämpliga artiklar. En artikel fanns inte tillgänglig via Cinahl eller PsycInfo men gick att få tag på via en annan databas. En manuell sökning gjordes också för att öka antalet för studien relevanta artiklar. En artikel återfanns då i en av de valda artiklarnas referenslista och en hittades vid en fritextsökning. Sökningarna gav sammanlagt 13 för uppsatsens syfte relevanta artiklar.

Två av artiklarna visade sig inberäkna individer som var upp till 25 år gamla men inkluderades ändå. Studier som rörde andra psykiska tillstånd än just depression uteslöts. En studie valdes i vilken endast en del av studiedeltagarna var deprimerade, övriga hade symptom på ångest. Kriteriet för att inkludera denna artikel var att vissa deprimerade individers upplevelser kunde urskiljas. Studier som rörde depression i samband med somatisk sjukdom eller graviditet exkluderades.

Tabell 1: Utfall av databassökningar

Databas	Söktermer/sökväg	Antal träffar	Valda källor, exklusive dubletter
Cinahl	Depression AND experiences	357	6
Cinahl	Depression AND experiences AND qualitative	47	0
PsycInfo	Depression AND experiences	339	3
PsycInfo	Depression AND experience AND qualitative	262	2
Manuell sökning	Via vetenskaplig artikels referenslista samt fritextsökning		2
		Totalt: 1005	Totalt: 13

2.4 Dataanalys

Valda artiklars abstract granskades noggrant för att se om artiklarna svarade på denna studies syfte och frågeställningar. De vetenskapliga artiklarna togs därefter fram i full text och resultatdelarna sammanställdes till ett dokument. Dokumentet lästes och granskades noggrant ett flertal gånger samtidigt som möjliga kategorier, relaterade till deltagarnas upplevelser av att vara deprimerade, markerades med olika färger i texten för att senare i processen lätt kunna återfinnas. Anteckningar gjordes även på separat papper i takt med att möjliga kategorier framkom. Kodning är ett bra sätt att organisera arbetet samtidigt som det underlättar och effektiviserar analysarbetet. Att dokumentera arbetsprocessen är också ett sätt för forskaren att säkerställa studiens reproducerbarhet (Polit och Beck, 2012). Till de vetenskapliga krav som enligt Olsson och Sörenson (2007) finns på forskare hör att de för trovärdighetens skull måste redogöra för resultat på ett sådant vis att den som vill använda sig

av deras data kan avgöra vilka resultatets förbehåll är och vilka slutsatser som kan dras av den aktuella forskningen. Även de delar av artiklarnas metodavsnitt som handlade om datainsamlingsmetoden lokaliserades, markerades med färger och sammanställdes till ett dokument för att granskas med avseende på kvalitet.

Texten från resultatdelarna lästes upprepade gånger vilket resulterade i att nya kategorier framkom och vissa tidigare kategorier kunde strykas. När ett tillfredställande antal och för studien relevanta kategorier hade framkommit skapades ett nytt dokument i vilket textdelarna från de olika artiklarna ordnades under respektive kategori. Vid det här laget fanns 7 kategorier vilka svarade på syftet och speglade resultatet av analysen. Dessa kategorier föreföll även lämpliga som rubriker i resultatdelen. Eftersom det framkom en viss kronologi i studiedeltagarnas upplevelser av att vara deprimerade valdes, för att spegla resultatet av analysen och för läsbarhetens skull, två huvudkategorier: Att bli deprimerad och Att återfå hälsan. En tydlig struktur i resultatredovisningen underlättar för läsaren (Forsberg & Wengström, 2013).

2.5 Forskningsetiska överväganden

Författarna till förestående studie har försökt att på ett etiskt försvarbart sätt hantera de av andra författare framtagna texterna. Detta har skett genom noggrann läsning och översättning av text från engelska till svenska. Ambitionen har varit högsta möjliga uppriktighet och objektivitet. Studenters kunskap kan dock vara alltför begränsad för att förstå och göra bedömningar av de inkluderade artiklarna, förklarar Henricson (2012). Det är viktigt för forskaren att betänka sin egen roll i studien. Egna erfarenheter, upplevelser och värderingar kan påverka hur texten väljs ut, tolkas och därmed hur resultatet blir (Polit & Beck, 2012) För att öka det vetenskapliga värdet kan dock forskare välja att endast inkludera artiklar som blivit godkända av en etisk kommitté eller vars författare visar att de gjort etiska överväganden/reflektioner. Överväganden bör göras med avseende på urval och presentation (Forsberg & Wengström). I de inkluderade artiklarna har barn och unga vuxna intervjuats. Både barn och individer med psykisk ohälsa betraktas som sårbara grupper vilket forskaren bör betänka och agera utifrån. Det är viktigt att nyttan med studien vägs mot kravet att värna studiens deltagare (Polit & Beck, 2012). De artiklar som valts ut till denna studie är intervjustudier med till största del individer tillhörande båda grupperna. I sex av tretton stycken studier angavs inte godkännande av etisk kommitté. I dessa deklarerades dock att någon form av etiskt övervägande hade gjorts.

3.0 Resultat

Resultatet från de tretton inkluderade artiklarna beskriver hur unga individer upplever att vara deprimerade och att återfå hälsan. Det presenteras i två huvudkategorier och fyra respektive tre underkategorier, enligt tabell nedan. Huvudkategorin Att vara deprimerad speglar upplevelser kopplade till den tidsperiod då det deprimerade tillståndet blev uppenbart för individerna och behärskade deras vardag. Huvudkategorin Att återfå hälsan återger upplevelser knutna till det senare skede när vägen mot hälsa hade påbörjats. Resultatet som avser kvalitetsgranskningen av artiklarnas datainsamlingsmetod följer efter presentationen av kategorierna. I tabell 3 och 4 redogörs översiktligt för artiklarnas metod, syfte och resultat. Dessa återfinns som bilaga 2 respektive 3.

Tabell 2: Huvudkategorier och underkategorier

Att vara deprimerad	Att återfå hälsan
Social isolering	Gradvis förbättrad hälsa och behov av vardagsstrategier
Förändrad identitet	Hinder för hjälpsökande
Obehagliga känslor och kontrollförlust	Behov av delaktighet och autonomi
Stressande levnadsomständigheter	

3.1 Att vara deprimerad

3.1.1 Social isolering

En del unga individer drog sig undan familj och vänner i samband med att de blev deprimerade. De uttryckte olika motiv till detta. Ett antal individer berättade att de hade dragit sig tillbaka eftersom de upplevde sig olika andra och därför var oroliga för att uppfattas som onormala. De var rädda för att stigmatiseras som psykiskt sjuka eller förlora status (Farmer 2002; Kuwabara et al. 2007; McCann, Lubman & Clark 2012; Meadus 2007).

Alla individer i Farmers (2002) studie talade om en form av känslomässig hemlöshet eller tomhet, som karaktäriserades av brist på känslor och oförmåga att bli berörd av andra människor. Upplevelsen av bristande närhet gjorde att dessa individer valde att dra sig undan, trots att de kände sig ensamma. Det paradoxala i att många individer kände sig ensamma och samtidigt sökte avskildhet, påtalades även i en annan studie. Individerna visste inte varför de

ville vara själva, de hävdade att det var en fas i deras liv (Meadus, 2007). Att dra sig tillbaka var ett sätt att på sikt skydda vänskapsband (MacCann, Lubman & Clark 2012). Upplevelsen av att andra människor saknade förståelse gjorde att ett flertal individer valde att isolera sig (Farmer 2002; Kuwabara et al. 2007; Ofonedu et al. 2007). Ett antal individer uttryckte vikten och behovet av socialt stöd och gemenskap i vardagen, men när detta inte tillgodosågs valde de tillbakadragande (Kuwabara et al. 2007). Relationer upplevdes av vissa individer i det här skedet inte som stödjande, de var krävande och hotande (Ofonedu et al. 2013).

Tillbakadragande valdes också av ett antal individer som ett försök att hantera de nya upplevelserna kopplade till kropp och själ. Undandragandet beskrevs som ett sätt att skydda sig från den fysiska och psykiska smärtan de upplevde (Ofonedu et al. 2013). Under ensamheten reflekterade individerna över situationen eller kände en stunds lättnad över att inte behöva agera som om inget var fel (Kuwabara et al. 2007; McCann et al. 2012; Meadus 2007).

3.1.2 Förändrad identitet

För att förstå upplevelsen av att vara deprimerad frågade sig individer varför de inte var som andra (McCann et al. 2012). För många individer blev de depressiva symptomen en del av identiteten, samtidigt som identitetsutvecklingen avbröts då de inte längre ”kände sig som sig själva”. Andra upplevde sig som varken tonåring eller vuxen (Kuwabara et al. 2007). Vissa individer upplevde att de hade förlorat sin tidigare identitet och var rädda för att förändringen skulle bli varaktig (Woodgate, 2006). Individerna i Farmers studie (2002) uttryckte att de hade förlorat kontakten med sig själva.

Så gott som alla individer funderade över sin identitet och upplevde sig som annorlunda, vilket sågs som något negativt (Farmer 2002; Kuwabara et al. 2007; McCann et al. 2012; Meadus 2007; Ofonedu et al. 2013; Wisdom & Green, 2004; Woodgate 2006). En del individer försökte genom att normalisera sina symptom känna sig mindre annorlunda. Vissa individer tyckte sig se att människor i deras omgivning hade liknande upplevelser och tolkade därmed symptomen som normala (Bluhm et al. 2014; Wisdom & Green, 2004).

Normalisering som hanteringsstrategi misslyckades i längden för vissa individer då perioderna med nedstämdhet blev alltför långa, eller när självmordstankar dök upp som påtagliga tecken på att de var deprimerade (Wisdom & Green, 2004). För vissa individer hörde upplevelsen av att vara annorlunda ihop med motviljan att i andras ögon förefalla ovanlig, vilket gjorde att individerna kände sig avvisade och undvek gemenskap. Detta fick

till följd att de kände sig ensamma och mindre delaktiga i olika sociala sammanhang (Farmer 2002; Ofonedu et al. 2013; Woodgate 2006). Upplevelserna av att vara annorlunda ledde för vissa individer till studieavbrott, splittring i familjen och att andra sociala relationer tog skada (Meadus, 2007).

3.1.3 Obehagliga känslor och kontrollförlust

Många individer som var deprimerade berättade att deras tillstånd lockade fram en mängd omskakande obehagliga känslor och en snabbt förändrande sinnesstämning. Upplevelserna var av både fysiskt och psykiskt slag och ledde till kraftigt försämrad livskvalitet, eftersom känslorna snabbt började dominera livet. Gemensamt för alla var individer var upplevelsen av lidande (Farmer 2002; Ofonedu et al. 2013; Woodgate 2006). Upplevelsen av smärta var så stark att ett visst antal individer hade skadat sig eller övervägde att göra slut på smärtan för gott genom självmord (Farmer 2002; McCann et al. 2012). Andra individer betraktade inte självmord som rätt hanteringsstrategi och som en lösning på problemet. De såg upplevelserna som en aspekt av att vara människa och därmed som en del av livet (Ofonedu et al. 2013). Vissa av känslorna hade individerna tidigare inte upplevt och kopplades till upplevelsen av förändrad identitet (Ofonedu et al. 2013).

Att vara deprimerad och att uppleva nya smärtsamma känslor var för ett stort antal individer också associerat med kontrollförlust (McCann et al. 2012; Ofonedu et al. 2013; Wisdom & Green 2004; Woodgate 2006). När de negativa känslorna inte var närvarande, eller inte upplevdes som lika starka som vanligt, tyckte en del individer att tillståndet var kontrollerbart och hanterligt (Ofonedu et al. 2013; Wisdom & Green 2004; Woodgate 2006). I en studie upplevde individerna vad det benämnde som bra känslor under perioderna med kontroll. Samtidigt levde de med en ständig rädsla för att de negativa känslorna skulle komma tillbaka. De tilltagande svårigheterna gjorde att de funderade på om de någonsin skulle kunna leva det liv det tidigare levde (McCann et al. 2012). Trots att många känslor var gemensamma för individerna fann de att upplevelsen av att vara deprimerad var unik för varje individ (Woodgate, 2006). De individer som även hade ångest beskrev perioder då de var speciellt känsliga och känslolösa (Wisdom & Green, 2004).

Ilska var en mycket påtaglig känsla för många deprimerade individer. I flera studier var ilska en av de centrala känslorna som, tillsammans med extrem trötthet, nedstämdhet, smärta och ensamhet, karaktäriserade upplevelsen av att vara deprimerad (Farmer 2002; Ofonedu et al.

2013; Woodgate 2006). Ilskan var kraftig och ihållande för många och kunde vara lätttriggad och explosiv (Farmer 2002; Ofonedu et al. 2013). När den riktades mot andra människor eller saker kunde den bli farlig och få konsekvenser för de inblandade (Farmer, 2002).

Upplevelsen av extrem trötthet och därtill hörande energiförlust beskrevs som överväldigande och varaktig vilket gjorde de vardagliga aktiviteterna, som andra tar för givna, svåra att klara av (Farmer 2002; McCann et al. 2012; Ofonedu et al. 2013; Wisdom & Green 2004; Woodgate 2006). Tröttheten upplevdes som både fysisk och psykisk och förknippades med koncentrationssvårigheter och förlust av självförtroende, vilket gjorde det svårt för många individer att fullfölja studierna (Farmer 2002; Ofonedu et al. 2012).

En oupphörlig upplevelse av nedstämdhet, uppgivenhet, och hjälplöshet förknippades av många med att vara deprimerad. Att gråta utan anledning, att gråta sig till sömns och känna sig önskad oälskad och osynlig (Ofonedu et al. 2013). Vissa individer menade att känslor som uppgivenhet och förtvivlan uppstod av den extrema tröttheten och den därtill kopplade oförmågan att klara av vardagen (Farmer, 2002). Upplevelser av nedstämdhet var förknippad med den hopplöshet många kände inför sin livssituation. Nedstämdhet associerades också för ett antal individer med pessimism och ensamhet (Wisdom & Green, 2004).

3.1.4 Stressande levnadsomständigheter

Många individer upplevde att stressande levnadsomständigheter hade samband med uppkomsten av deras deprimerade tillstånd. De berättade att de hade upplevt relationsproblem, konflikter och skilsmässa mellan föräldrar (Farmer 2002; Kuwabara et al. 2007; Ofonedu et al. 2013; Wisdom & Green, 2004; Wisdom, Clarke & Green, 2006). Andra negativa livshändelser som beskrevs hade ägt rum i samband med skola och omgivande miljö. Ytterligare omständigheter som angavs var dödsfall och att ofta tvingas flytta (Ofonedu et al. 2013). Ett antal individer uppgav också att händelser av negativt slag var den utlösande faktorn för upplevelsen av att vara deprimerad (Ofonedu et al. 2013; Wisdom & Green 2004). Vissa individer menade att deras kamp mot vissa sjukdomstillstånd fanns med som påverkande faktor och förvärrade de mer normala svårigheterna en tonåring har. Men varför exempelvis en skilsmässa skapade ett sådant lidande hos individerna förblev ett mysterium för många (Farmer, 2002).

Chock, förvåning, förvirring, nedstämdhet och ilska var upplevelser i samband med familjekonflikter och manifesterades i fysiska symptom och sömnsvårigheter. Individerna kände hopplöshet över att inte kunna göra något, de ville men kunde inte förhindra gräl (Farmer, 2002). Det skapade känslor av värdelöshet och i slutändan känslomässig blockering (Ofonedu et al. 2013). Unga individer som upplevde stressande levnadsomständigheter påverkades i skolan, vilket fördjupade upplevelsen av att vara deprimerad. Där tog sig det deprimerade tillståndet uttryck i förlust av självrespekt och självtillit, koncentrationssvårigheter och oförmåga att fullfölja studier. När dessa individers upplevelser, som ibland inkluderade ett utlevande beteende, inte togs på allvar blev de besvikna och sårade (Ofonedu et al. 2013).

Att föräldrarna skilde sig betydde en grundläggande förändring i det dagliga livet. Individerna berättade att de förlorade det samlade föräldrastödet från två närvarande föräldrar. Det var inte längre självklart att individen kunde räkna med stöd och hjälp från familjen. De upplevde oro över att inte kunna förvänta sig trygghet där trygghet normalt förväntas (Farmer 2002; Kuwabara et al. 2007; Ofonedu et al. 2013). Att vara deprimerad i samband med stressande levnadsomständigheter var att sakna tillit och att inte känna samhörighet med familjen (Ofonedu et al. 2013).

3.2 Att återfå hälsan

3.2.1 Gradvis förbättrad hälsa och behov av vardagsstrategier

De positiva känslor som då och då kunde dyka upp gjorde individerna mer medvetna om vad det innebar att vara deprimerad, och den negativa effekt detta tillstånd hade i deras liv. Vissa individer inspirerades på detta vis att söka vägar till hälsa (Ofonedu et al. 2013). Meadus (2007), Wisdom & Green (2004) samt Farmer (2002) beskrev den fas i vilken de deprimerade individerna blev mer medvetna om sin problematik, tillstod inför sig själva att de behövde hjälp och valde att söka stöd hos familj eller vänner, vilket blev startpunkten för hjälpprocessen.

Individernas upplevelser i samband med att de återfick hälsan varierade. Att återerövra hälsa var en gradvis process. Många individer noterade att symptomen varierade i styrka och frekvens, och åtskilliga försökte förstå och beskriva upplevelserna som var knutna till deras tillstånd (Farmer 2002; Meadus 2007; Ofonedu et al. 2013). Humöret förändrades, symptom

som huvudvärk försvann och individerna blev piggare. De upplevde att de presterade bättre i skolan, stämningen hemma blev bättre och vänskapsband starkare. Ilska kunde nu uttryckas mer konstruktivt, och det blev dessutom lättare för många att prata om sina upplevelser. Gruppterapi minskade känslan av ensamhet för en del individer. Individuell terapi tillät andra att fritt uttrycka tankar och känslor utan risk för konsekvenser (Farmer, 2002). Många individer upplevde att de under den här perioden hade ett allt större behov av känslomässigt stöd från familj, vänner och lärare (Ofonedu et al. 2013).

Ett antal individer som fick kognitiv beteendeterapi upplevde att de hade blivit mer självmedvetna och lärt sig fler strategier att använda i sin vardag. De tyckte att det var mycket användbart för dem att lära sig om sambandet mellan tankar, känslor och handlingar, och att bli medveten om symptom. De tyckte att det i viss mån var nyttigt för dem att lära sig känna igen sina tankar. Strategin som handlade om att försöka förändra det vardagliga tänkande var speciellt bra. På kursen framhölls också att varje individ själv är ansvarig för sina känslor, vilket de dock inte var helt beredda att acceptera eftersom de till viss del såg andra som ansvariga för att de hade varit deprimerade. Ett flertal individer upplevde att de hade blivit mer medvetna om att vad som var roligt i livet, och att de därför oftare deltog i aktiviteter som skänkte dem glädje (Bru , Solholm & Idsoe, 2013). Individerna i Farmers studie (2002) beskrev också behovet att i detta skede ha egna strategier i vardagen. De nämnde att det var viktigt att aktivera sig, att se till att det fanns tid för dem själva. Det var också betydelsefullt att kunna stanna hemma från skolan när symptomen blev alltför påtagliga. I en annan studie rapporterade individerna att det var viktigt att ta en dag i taget och att insistera på att vara positiv och hoppfull inför framtiden (Ofonedu et al. 2013).

3.2.2 Hinder för hjälpsökande

Både skam över det egna tillståndet och rädsla för vad andra skulle tycka, var ett vanligt av individerna upplevt hinder för att söka hjälp. Ovilligheten att söka hjälp var för många individer starkt knutet till problem kring identiteten (Kuwabara et al. 2007; Martinez-Hernanés et al. 2014; Wisdom & Green 2004; Wisdom et al. 2006). Andra individer var rädda för att bli bedömda av vården och att bli betraktade som misslyckade av familj och vänner (Kuwabara et al. 2007). Vissa individer anförde som skäl att de inte ville tillhöra gruppen deprimerade människor. De var noga med att påpeka att depression var något de tillfälligt hade, de ”var” inte sina symptom. Att söka hjälp ansågs som ett tecken på svaghet (Wisdom

et al. 2006). Vissa individer upplevde initialt att de egna resurserna var tillräckliga för att klara den stressade situation som de befann sig i (Martinez-Hernaés, 2014).

Att de deprimerade försökte normalisera sina känslor, eller betraktade känslorna som oviktiga problem, var också en vanlig orsak till att individer undvek att söka hjälp. Ett flertal individer hade svårt att bedöma var gränsen mellan vanlig nedstämdhet och depressiva symptom går, om deras upplevelser var att betrakta som normala, eller om de var av mer allvarligt slag (Bluhm et al. 2014; Kuwabara et al. 2007; Martinez- Hernanés et al. 2014; Wisdom et al. 2006). Vissa deprimerade individer sökte vägledning hos vänner och fann att många hade likartade upplevelser. Av detta drogs slutsatsen att upplevelserna var att betrakta som normala och att de därför inte behövde söka hjälp. (Wisdom & Green, 2004).

Brist på förtroende för vården var något som vissa individer upplevde. De som vände sig dit ställdes inför långa väntetider (Kuwabara et al. 2007), hade svårt att få en tid för behandling (McCann & Lubman 2012; Martinez- Hernanés et al. 2014), eller trodde inte att behandlingen skulle vara effektiv (Kuwabara et al. 2007; Martinez- Hernanés et al. 2014). Många individer var också oroliga för att sekretessen inte skulle efterlevas, att det som berättades i förtroende för vårdpersonalen skulle föras vidare (Kuwabara et al. 2007; Martinez- Hernanés et al. 2014; Wisdom et al. 2006). Vissa individer med tidigare erfarenhet upplevde vården som opersonlig, standardiserad och alltför okänslig för att kunna möta den enskildes behov. Bruket av facktermer gjorde också att de in i det längsta undvek kontakt (Martinez- Hernanés et al. 2014).

Andra orsaker att inte söka hjälp var relaterade till vårdens tillgänglighet. Vissa individer upplevde att det fanns geografiska hinder, de hade svårt att ta sig till vårdinrättningen (Kuwabara et al. 2007; McCann & Lubman, 2012). Andra individer rapporterade att de saknade kunskap om möjligheten att få hjälp (McCann & Lubman, 2012), eller att de inte kunde skilja mellan en psykolog och en psykiatriker, vilket gjorde att de inte visste vem de skulle kontakta (Martinez- Hernanés et al. 2014).

3.2.3 Behov av delaktighet och autonomi

Under återhämningsfasen upplevde många individer att de själva behövde kunna bestämma och ta ansvar för sitt tillstånd och eventuella behandlingar. Samtidigt uttryckte de vilja att vara delaktiga (Ofonedu et al. 2013; Simmons, Hetrick & Jorm, 2011; Wisdom et al. 2006).

Önskan om delaktighet under vårdtiden varierade mellan individerna och över tiden. De flesta ville vara delaktiga tillsammans med vårdpersonal åtminstone i en del av vårdprocessen. Det gjordes skillnad mellan att vara delaktig mer generellt och att ta det avgörande beslutet. Vissa individer hade alltför dålig hälsa för att vilja medverka. De individer som ville vara delaktiga upplevde vissa hinder för att de skulle känna sig delaktiga. Det fanns vid besök i vården alltför lite tid för att ställa frågor, kommunikationen var bristande och de saknade förtroendefulla relationer till vårdpersonalen (Simmons et al. 2011). Informationen som gavs uppfattades generellt som bristfällig eller saknades helt. För att individen skulle känna sig bekväm med de beslut som togs, uppfattades upplysning om alternativa behandlingsformer som en viktig del i beslutsprocessen (Simmons et al. 2011; Wisdom et al. 2006).

Attityden hos vårdpersonalen sågs som viktig för upplevelsen av delaktighet. Individerna tyckte att det var av betydelse att de inte sågs som svaga och annorlunda individer, de ville uppfattas som människor med känslor. De önskade att vårdpersonal förmedlade hoppfullhet (Ofonedu et al. 2013; Woodgate 2006). Individerna ville ha djupare kontakt, de önskade att vårdpersonalen intresserade sig för den enskilde individens subjektiva upplevelse av att vara deprimerad. Det sågs som angeläget att personalen visade respekt och var uppriktig (Wisdom et al. 2006; Woodgate 2006).

3.3 Articklarnas kvalitet med avseende på datainsamlingsmetod

Samtliga tretton inkluderade artiklar var kvalitativa intervjustudier med syfte att förstå fenomenet depression. Därför skedde datainsamlingen genom ostrukturerade och semistrukturerade individuella intervjuer samt fokusgrupper, vilket betraktas som relevanta metoder när forskaren önskar djupare förståelse för ett fenomen (Polit & Beck, 2012). I fyra av studierna användes fokusgruppsintervjuer som komplement (Wisdom & Green 2004; Wisdom et al. 2006; Martinez- Hernaés et al. 2014; Woodgate 2006). Ett sätt att värdera datainsamlingsmetoden är att bedöma den information forskaren delgett läsaren, med avseende på hur datainsamlingen gick till. Det är forskarens ansvar att tydligt informera om tillvägagångssättet eftersom läsaren ska kunna bedöma evidensen (Polit & Beck, 2012). I sex av artiklarna används, enligt författarna själva, semistrukturerad intervjuemetod (Bluhm et al. 2014; Bru et al. 2013; Kuwabara et al. 2007; McCann & Lubman 2012; McCann et al. 2012; Simmons et al. 2011). Ytterligare fyra studier förefaller också, med tanke på den beskrivning av förfarandet som anges, ha använt denna intervjuform (Wisdom & Green, 2004; Wisdom et al. 2006; Woodgate 2006; Martinez- Hernaés 2014). Vid semistrukturerade

intervjuer ställs breda öppna frågor vars ordning anpassas efter det som kommer upp i intervjun. Forskaren har klart för sig vilken data som söks och använder en ämnesguide som stöd och för att täcka in alla områden relaterade till ämnet. Forskaren förhåller sig strukturerat men informanten ombeds tala fritt (Polit & Beck, 2012).

När forskare inte tydligt vet vilken data de söker kan ostrukturerade intervjuer användas, vilket Meadus (2007) gjorde. Intervjuaren börjar med en bred öppen fråga relaterad till ämnesområdet. Informanten får sedan berätta sin historia och avbryts bara när nödvändigt. Följande frågor är mer fokuserade och relateras till det svar som ges på öppningsfrågan (Polit & Beck, 2012). I två studier angavs inte vilken typ av intervju som brukats, men förfarandet tyder på att ostrukturerade intervjuer utförts (Farmer 2002; Ofonedu 2013).

När fokusgrupper används som metod för datainsamling, innebär det att en grupp med fem eller fler informanter, under ledningen av en intervjuare, samlas för att diskutera ett i förväg givet ämne. Fokusgrupper är noggrant planerade intervjuer som, genom den gruppdynamik som uppstår, anses ge rik data med avseende på det aktuella ämnet. Vanligtvis föredras att gruppen är homogen när det gäller bakgrund. Detta för att deltagarna ska vara mer benägna att dela med sig av sina upplevelser och erfarenheter. Genom att använda fokusgrupper erhåller forskaren på kort tid mycket data av många deltagare (Polit & Beck, 2012).

4.0 Diskussion

4.1 Huvudresultat

I denna studie framkom att unga individer upplever social isolering och förändrad identitet när de är deprimerade. De beskrev många obehagliga känslor och att de höll på att förlora kontrollen. Stressande levnadsomständigheter upplevdes ha påverkat tillståndet. Hälsan återkom succesivt och i detta skede hade många individer behov av vardagstrategier. De upplevde flera hinder för att söka hjälp. I samband med vård och behandling ville de ha ett visst mått av självbestämmande samtidigt som de ville vara delaktiga.

4.2 Resultatdiskussion

Upplevelsen av social isolering var tydlig hos individer i många av studierna. Så gott som alla upplevde att de var annorlunda, vilket hos många skapade rädsla och ledde till att de valde att isolera sig (Farmer 2002; Kuwabara et al. 2007; McCann et al. 2012; Meadus 2007). Det var

paradoxalt att individerna i två studier kände sig ensamma men samtidigt sökte ensamhet (Farmer 2002; Meadus 2007). I flera studier beskrevs också individernas främlingskap inför sig själva (Kuwabara 2007; Woodgate 2006; Farmer 2002), vilket överensstämmer med forskning som säger att unga individer beskriver hur de som deprimerade förlorade kontakten med sitt verkliga jag, hur deras personlighet förändrades, vilket var en bidragande orsak till ångest (Dundon, 2006). Detta resultat korresponderar även med forskning om vuxnas upplevelser vid depression. Deltagarna i en studie beskrev hur de vid första depressionsepisoden upplevde att det som tidigare hade varit välbekant plötsligt blev främmande och att de inte kände igen sig själva (Stigsdotter Nyström & Nyström, 2007). Individerna upplevde att deras identitet hade förändrats vilket, för de allra flesta individerna i föreliggande studie, sammankopplades med upplevelsen att inte vara som andra, att inte längre vara "normal" (Farmer 2002; Kuwabara et al. 2007; McCann et al. 2012; Meadus 2007; Ofonedu et al. 2013; Wisdom & Green 2004; Woodgate 2006). Dundon (2006) menar att det tar på krafterna för en ung individ att försöka agera som om inget var fel, vilket möjligen bidrar till att individerna isolerar sig. Detta förefaller stämma överens med upplevelsen av lättnad i samband med undandragande som individer i flera studier uttryckte (Kuwabara et al. 2007; McCann et al. 2012; Meadus 2007). Upplevelsen av mening har för den enskilde individen nära koppling till behov av gemenskap, vilket den mellanmännsliga relationen kan tillgodose, menar omvårdnadsteoretikern Travelbee. Den interaktion baserad på kommunikation som sker mellan sjuksköterskan och den som är föremål för omvårdnad får konsekvenser för den vårdade, vilket betecknas som *omvårdnadens mellanmännsliga dimension* (Kirkevold, 2000).

Individerna i de olika studierna upplevde många obehagliga känslor, av många sammanfattade som lidande. I flera studier var ilska en central känsla; den kunde vara kraftig, lät utlöst och höll ofta i sig (Farmer 2002; Ofonedu 2013; Woodgate 2006). Även annan forskning ser ilska som en signifikant upplevelse hos unga deprimerade individer. Ilskan, som beskrivs som oförsonlig, riktas mot föräldrar, syskon, lärare och saker, vilket för individen resulterar i sämre relationer, straff, dåliga betyg och skuld-känslor (Dundon, 2005). Enligt två studieförfattare är ilska, trots att den är vanligt förekommande bland unga individer, inte ett symptom som återfinns i DSM-IV (Farmer 2002; MacCann 2012) vilket även påpekas av Dundon (2005). Den senare framhåller att irritabilitet däremot är ett symptom bland kriterierna för depression men att ilskan, som den beskrivs av de unga, förefaller vara ett mer signifikant symptom. Wasserman (2003) påpekar att ilska är en av de känslor som är vanliga

att uppleva i samband med att en individ har blivit övergiven eller lämnad, men att denna känsla inte är allmänt accepterad i vår kultur. Vuxna med återkommande depressioner upplever frånvaro av känslor snarare än att de känner sig deprimerade (Stigsdotter & Stigsdotter Nyström, 2007) vilket kan ses som paradoxalt vid jämförelse med de unga. Enligt Travelbee kan individer som lider i samband med ohälsa ofta reagera genom att fråga sig ”varför just jag?”. Lidandet upplevs som orättfärdigt och svårt att förstå och kan ta sig uttryck i många känslor, bland annat i vrede (Kirkevold, 2000).

Även extrem trötthet, psykisk och fysisk, var en vanlig upplevelse som gjorde vardagen svårhanterlig för många individer (Farmer 2002; McCann et al. 2012; Ofonedu et al. 2013; Wisdom & Green 2004; Woodgate 2006). Hos Dundon (2006) ges denna känsla inte samma dignitet som ilska. Trötthet kopplas samman med minskad energi och brist på motivation. Nedstämdhet är huvudsymptom vid depression och förknippades av individerna med bland annat uppgivenhet och hjälplöshet (Ofonedu, 2013; MacCann et al. 2012) samt pessimism och ensamhet (Wisdom & Green, 2011). Det är vanligt att tonåringar beskriver nedstämdhet men att de vuxna framför allt märker irritabilitet (Olsson, 2013). Det är viktigt för sjuksköterskan att förhålla sig till den enskilde individens upplevelse, menar Travelbee, inte till sin egen uppfattning eller till en diagnos (Kirkevold, 2002).

Upplevelsen av kontrollförlust var också märkbar hos många individer. MacCann et al. (2012) beskrev upplevelsen som en nedåtgående spiral och framhöll att många individer frågade sig om de någonsin skulle kunna liv de levde innan de blev deprimerade, vilket även var tydligt hos Dundon (2006) som poängterar att individerna arbetade hårt för att behålla relationen till vänner, men att isoleringen i stället eskalerade. Det framkommer i föreliggande resultat att depressionen var möjlig att hantera och kontrollera för individerna så länge de negativa känslorna inte var närvarande eller alltför starka (Ofonedu 2013; Wisdom & Green 2004; Woodgate 2006).

Det var påfallande hur många individer som upplevde att stressande levnadsomständigheter, företrädesvis relationsproblem mellan föräldrar, var orsak till de svårigheter som de upplevde (Farmer, 2002; Kuwabara et al, 2007; Ofonedu et al. 2013; Wisdom & Green, 2004, Wisdom et al. 2006). Resultatet överensstämmer med vad som framkom i metaanalysen. Konflikter som upplevs som stressande relateras här också till andra relationer och förlust av syskon (Dundon, 2006). Individernas upplevelser överensstämmer även med forskning som

säger att deprimerade unga individer ofta kommer från familjer som har en lång historia av konflikter och äktenskapsproblem (Brent et al. 2013). Konflikter i hemmet ledde till att individerna kände sig oroliga och otrygga eftersom familjen inte längre kunde erbjuda det stöd som individerna upplevde att de behövde (Farmer, 2002; Kuwabara et al. 2007; Ofonedu, 2013). I studien av Dundon (2006) anger de unga även pressen att passa in bland övriga tonåringar, att ha en relation och att vara lycklig som en orsak till deras tillstånd, vilket förefaller korrespondera med det som i föreliggande studie beskrivs som individernas vilja att vara normala. Travelbee ser lidande som en grundläggande erfarenhet i alla människors liv. Lidande kan till exempel förorsakas av förluster eller separation från närstående och är en personlig upplevelse som är förknippat med något för individen betydelsefullt. Människor behöver ofta hjälp med att hitta meningen med sina erfarenheter, vilket också är det viktigaste syftet med omvårdnad (Kirkevold, 2000).

Många individer upplevde att de ville förstå sina upplevelser och att de hade nytta av olika strategier i samband med att de steg för steg återfick hälsan (Farmer, 2002; Meadus, 2007; Ofonedu 2013; Bru et al. 2013; Wisdom & Green, 2004). Att först bli medveten och erkänna symptomen inför sig själv och därefter söka stöd hos närstående, var de första stegen mot att återerövra hälsan (Farmer 2002; Meadus 2007; Wisdom & Green 2004), vilket helt överensstämmer med forskningen (Dundon, 2006). Kognitiv beteendeterapi var för individerna i studien av Bru et al.(2013) ett sätt att bli medveten om och förstå sina upplevelser. De beskrev det som viktigt att lära sig vilka symptomen på depression är och fann det betydelsefullt att bli medvetna om sambandet mellan tankar, känslor och handlingar, kunskap som också kom att fungera som strategier i vardagen.

Individerna i studierna anförde ofta skäl som kunde relateras till identitet som hinder för att söka hjälp. Skam och rädsla för vad andra skulle tycka var vanligt. De försökte normalisera sina symptom och hade lågt förtroende för vården, vilket bidrog till att de undvek att söka hjälp (Kuwabara et al. 2007; Martinez-Hernaés et al. 2014; Wisdom et al. 2006). Resultatet ligger i linje med forskning som gjorts på området. En systematisk forskningsöversikt visar att de mest vanliga orsakerna att inte söka hjälp är upplevelsen av stigma, en term som inkluderar både den skam individen upplever inför sig själv och det förmodade föraktet från andra. Svårigheter att känna igen symptom på depression som sjukdom och diagnos, anges också som en vanlig orsak och kopplas till individers försök att normalisera sina upplevelser. Det framkommer även att individer in i det längsta litar på sina egna förmågor att klara av

situationer och därför inte söker hjälp, vilket var en mindre vanlig orsak anförd av individerna i föreliggande studie (Gulliver, Griffiths & Christensen, 2010). Det har framkommit i forskning med avseende på vuxna individer att det depressiva tillståndet i sig förhindrar förståelse för de förändringar som sker vid en depression, vilket i sin tur avhåller de drabbade från att söka hjälp. Det är först när symptomen försvagas som nödvändig reflektion kan komma till stånd (Nunstedt, Nilsson, Skärsäter och Kylén, 2012).

I flera av studierna framkom att individerna var rädda för att det de berättade för vårdpersonalen skulle föras vidare (Kuwabara et al 2007; Martinez- Hernaés 2014; Wisdom et al. 2006) Gulliver et al.(2010) visar också att brist på förtroende för vården och rädsla för att sekretessen inte ska respekteras är vanliga hinder som individer upplever. Forskarna kopplar rädslan för att identiteten ska röjas till rädslan för stigma, att andra ska få reda på att de har sökt hjälp för sina problem.

På vägen mot hälsa ville många individer vara självbestämmande samtidigt som de ville vara delaktiga vid omvårdnad och behandling. De upplevde brister inom vården med avseende på kommunikation och bemötande (Ofonedu 2013; Simmons et al 2011; Wisdom et al.2006; Woodgate 2006). Om unga individers behov inte beaktas kan de känna sig förminskade och betrakta vårdgivaren som någon som tar parti för föräldrarna (Brent et al. 2013). Forskning visar att även anhöriga till deprimerade är missnöjda med vården, de upplever att vården ignorerar de andra familjemedlemmarnas känslomässiga och psykiska hälsa (Radfar et al. 2014). Många anhöriga upplever dessutom att de inte blir tagna på allvar och inte lyssnade på, de får mycket lite eller ingen information från vårdpersonalen. En minoritet av föräldrar till deprimerade kände sig välkomna att delta i vården. De tycker inte vården är flexibel nog och att kontinuitet saknas (Stjärnsvärd & Östman, 2008). Enligt Travelbee är omvårdnad en mellanmänsklig process i vilken sjuksköterskan även hjälper närstående att bemästra upplevelser av lidande (Kirkevold 2000). Vid depression kan även familjen betraktas som drabbad av det som den unge individen upplever; den unges lidande blir på så vis även familjens.

De teman som framkom i denna studie är till största del samstämmiga med tidigare forskning som gjorts på området. Det är svårt att överföra studiens resultat till andra sammanhang. Som Travelbee betonar är alla mänskliga upplevelser subjektiva och dessutom är kontexten unik

för varje enskild individ. Beskrivningen av de unga individernas upplevelser ger dock kunskap om möjliga mänskliga upplevelser i samband med depression.

4.2.1 Diskussion om artiklarnas kvalitet avseende datainsamlingsmetod

För att få djupare förståelse för fenomenet depression, som det upplevs av unga individer, användes i de inkluderade artiklarna tre olika former av intervjuer som kvalitativ datainsamlingsmetod. Syftet var att visa sammanhang och mönster i insamlad data (Forsberg & Wengström, 2013). Det förefaller som den mest relevanta metoden att använda ostrukturerad eller löst strukturerade intervjuer i detta sammanhang. Forskaren kan inte förstå ett fenomen på djupet, och erhålla detaljerade beskrivningar av det informanten upplever, genom att använda strukturerade metoder. Forskningsfrågan bestämmer valet av metod (Polit & Beck, 2012).

Datainsamlingen är i de flesta studier mycket tydligt beskriven, vilket ökar studiernas trovärdighet och därmed kvalitet (Polit & Beck, 2012). Särskilt i de studier som hade använt fenomenologisk metod eller grounded theory redovisades tillvägagångssättet noggrant (Farmer 2002; McCann & Lubman 2012; McCann et al. 2012; Ofonedu et al. 2013; Woodgate 2006 respektive Martinez- Hernaés 2014; Meadus 2007; Wisdom & Green 2004; Wisdom et al. 2006). Som tidigare nämnts redogjordes i sex av studierna explicit för vilken form av intervju som använts. I andra studier gavs istället exempel på använd frågeställning (Farmer 2002; Martinez-Hernaés 2014; Ofonedu 2013; Wisdom & Green 2004; Wisdom et al. 2006; Woodgate 2006). Bara i en studie fanns inte exempel på frågor som ställts (Martinez-Hernaés, 2014). Vid ostrukturerade intervjuer bör den intervjuade uppmuntras att fritt delge sina upplevelser i den ordning vederbörande önskar. Samtalet bör inte styras mer än nödvändigt, följdfrågor ställs vid behov (Polit & Beck). I Meadus (2007) studie används grounded theory som metod för att förstå fenomenet depression på djupet, vilket innebär att forskaren till att börja med ställer en öppen fråga eller uppmanar intervjupersonen att tala fritt. I takt med att en teori utvecklas blir intervjun mer strukturerad. Fokus ligger på det intervjupersonen lyfter fram som viktigt (Henricson, 2012). Wisdom och Green (2004) och Wisdom et al. (2006) använder också grounded theory som metod för de individuella intervjuerna. Här används dock data genererad från tidigare fokusgrupper för att ställa följdfrågor; på så vis leds intervjuerna och teoriutvecklingen framåt. I grounded theory fyller den ostrukturerade intervjun som datainsamlingsmetod en tydlig funktion eftersom en teori, i inledningsskedet okänd för forskaren, är tänkt att generas under intervjuens förlopp.

Ämnesområdet är sålunda inte helt känt för forskaren vilket gör det svårt att i förväg iordningsställa en intervjuguide (Henricson, 2012). I samtliga studier spelades intervjuerna in på band. Det förespråkas inom klassisk grounded theory att intervjuerna inte spelas in, eftersom forskaren lätt fastnar i detaljer vid transkribering, detaljer som har mindre betydelse eftersom en teori med begrepp ska generas (Henricson, 2012). I de tre studier som använde denna metod spelades dock intervjuerna in. I två studier (Wisdom & Green 2004; Wisdom et al. 2006) medgavs emellertid att en modifierad form av grounded theory hade använts. Möjligen valde forskarna att spela in intervjuerna för att försäkra sig och läsarna om att datainsamlingen genomfördes korrekt och noggrant, vilket forskaren bör göra (Polit & Beck, 2012).

De tre studierna som använde fokusgrupper gjorde det av olika anledningar. För Wisdom och Green (2004) var ett syfte att samla in grundläggande data om deltagarnas upplevelser, och att urskilja områden för vidare utforskning. De använde insamlad data för att skapa preliminära frågor inför de individuella djupintervjuerna. Avsaknad av tidigare forskning ledde alltså till att författarna, för att förse sig med relevant bakgrundskunskap för djupintervjuerna, rekryterade deltagare till en fokusgrupp. Wisdom et al. (2006) hävdade att de använde både intervjuer och fokusgrupper eftersom två olika metoder genererar rikare data med avseende på deltagarnas upplevelser. De vände sig till olika individer vid de olika metoderna. Martínez-Hernaés et al. (2014) använde tre fokusgrupper med fyra till åtta deltagare per grupp för datainsamling. Grupperna bestod av tidigare individuellt intervjuade personer. Fokusgrupperna användes enligt författarna i denna studie för att underlätta en jämförande diskussion med avseende på studiens resultat. Woodgate (2006) använde fokusgrupper för att, mot slutet av studien, validera de teman som hade genererats i de individuella intervjuerna. Forskarna har här valt en kompletterande metod för att försäkra sig om rik data inför kommande analys (Polit & Beck, 2012). Det finns både fördelar och nackdelar med fokusgrupper. Som tidigare nämnt är det en bra metod för forskaren att snabbt erhålla mycket data. Vanligen stimuleras nämligen deltagarna i en fokusgrupp att uttrycka sig (Polit & Beck). En fördel är också att deltagarna interagerar, och därmed balanserar varandras synpunkter, vilket kan vara ett sätt att kontrollera kvaliteten på datainsamlingen. En nackdel är att data kan bli likartad då avvikande åsikter inte tillåts uttryckas (Forsberg & Wengström). Dessutom deltar individer som inte är bekväma med att uttrycka sig i grupp inte i samtalet (Polit & Beck, 2012).

4.3 Metoddiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva hur unga individer upplever att vara deprimerade samt hur de upplever att återfå hälsan. Forskningsfrågan styrde valet av metod och analys. Den litteraturbaserade studien befanns lämplig för att kunna beskriva fenomenet eftersom studenter på grundnivå inte tillåts genomföra egna intervjuer med deprimerade individer. Det första valet som gjordes för att finna svar på forskningsfrågan avsåg typen av litteratur som skulle sammanställas. Valet föll på intervjustudier med kvalitativ ansats eftersom kvalitativ forskning intresserar sig för människans subjektiva upplevelse av ett fenomen i sitt sammanhang (Forsberg & Wengström, 2013).

Flera olika databaser genomsöktes för att finna relevanta artiklar, vilket var en styrka. De databaser som valdes var de som enligt flera uppgifter innehöll mest för uppsatsen intressant litteratur. Det var dock en svaghet att endast tretton intervjustudier hittades. Det kan bero på att rätt sökord inte hittades eller på att antalet intervjustudier med deprimerade unga individer är få. Intervjuer gjordes med en i omvårdnads- och forskningssammanhang sårbar grupp. Både intervjupersonernas ringa ålder och deras tillstånd innebär stora etiska överväganden inför en studies genomförande. Dessutom krävs ett etiskt godkännande. Möjligen har dessa omständigheter haft inverkan på antalet studier som gjorts. Överväganden kan också göras med avseende på vilka artiklar som ska inkluderas i en studentuppsats. Artiklar som inte hade fått godkännande av en etisk kommitté hade kunnat uteslutas. De artikelförfattare som inte uppgav godkännande från kommitté hade dock gjort någon typ av etiskt övervägande. Det synes mycket betydelsefullt att fundera över den eventuella skada intervjustudier av det slag som använts kan förorsaka i relation till den nytta sjukvården och därmed indirekt andra drabbade individer kan ha av den kunskap som genereras. En svaghet var eventuellt att inkludera en studie som visserligen hade fått godkännande av en etisk kommitté men i vilken vissa intervjuer gjordes per telefon med individer som hade hittats via internet (Bluhm et al. 2014). Via telefon har intervjuaren inte samma kontroll som vid en intervju öga mot öga med avseende på känslor som kan väckas hos en sårbar individ.

Det var en svaghet att inte fler lämpliga sökord hittades, detta skulle eventuellt ha kunnat innebära att färre abstract hade behövt granskas. Samtidigt var det en styrka att insistera på att genomsöka ett stort antal artiklar, det demonstrerar beslutsamhet och forskarnit. En svaghet var att artiklar som inte fanns i fulltext och på engelska exkluderades, det kan ha funnits ytterligare intressanta artiklar bland dessa. Att det ursprungliga tidsintervallet på tio år

utökades till 15 år kan ses som en styrka. På detta vis hittades en ofta citerad artikel. Det är svårt att tro att många ytterligare artiklar hade hittats om tidsintervallet hade utvidgats ytterligare. Författaren till metasyntesen påpekade år 2006 bristen på intervjustudier och inkluderade i den egna studien av den anledningen även studier som inte hade publicerats och studier med icke-deprimerade individer (Dundon, 2006). Det kan av denna anledning eventuellt betraktas som en svaghet att den aktuella artikeln användes i denna studies resultatdiskussion.

Att inte förlora innebörd och nyanser i översättning från engelska till svenska är en konst som inte alla behärskar. Att använda flera översättningstjänster på internet, att konsultera en psykolog med avseende på vissa inom psykologin använda termer och att gemensamt resonera kring översättningen, kan ses som goda strategier för att de inkluderade artiklarnas texter skulle komma till sin rätt. Att textdelar kan ha förlorat i innebörd och förvrängts kan dock inte frångås. Det kan heller inte uteslutas, och är i själva verket tämligen sannolikt, att personliga erfarenheter, upplevelser, värderingar och förförståelsen för fenomenet i fråga till viss del påverkade denna studies resultat. Det var dock en styrka att uppsatsförfattarna reflekterade över sin egen förförståelse i samband med uppsatsens genomförande.

Den stora utmaningen var framför allt dataanalysprocessen. Det var stora mängder data i form av resultatdelar som lästes varefter volymen minskades i takt med att mönster i form av kategorier framkom. Att arbeta med kodning var en styrka rent organisatoriskt och effektiviserade analysen samt minskade risken för sammanblandning av textdelar. En annan styrka var de kategorier som hittades som speglar resultatet och samtidigt kunde användas som rubriker, vilket gav resultatet struktur och understödde presentationen och läsbarhet.

En artikel inkluderades i vilken alla studiedeltagare inte var deprimerade, vissa hade ångestproblematik. Från denna studie användes endast data som kunde knutas till deprimerade individer. Kanske var det en svaghet att denna artikel inte inkluderades i sin helhet då ångestsymptom är vanligt förekommande hos deprimerade individer (Skärsäter, 2010).

En svaghet med uppsatsen är möjligen det breda åldersspannet bland individerna i de studier som inkluderades. Den unga individen genomgår psykiska och fysiska förändringar under tonåren (Olsson, 2013). Dessa förändringar ligger långt bakom den 25-åriga individen.

Kvalitativ forskning intresserar sig dock för variationerna när det gäller ett visst fenomen. Dessutom speglar tre av artiklarna ett åldersspann på 7-9 år, denna studies var 11 år. Äldre individer har sannolikt en större förmåga att kunna reflektera över sina upplevelser än de individer som befinner sig i lägre tonåren vilket troligen ger ett bredare upplevelsespektrum.

Studierna representerar tre världsdelar, dock med en kraftig överrepresentation av nordamerikanska studier, nio av tretton var från Kanada och USA. Artiklar från ytterligare delar av världen hade varit en styrka för att ge resultatet ytterligare bredd.

Det var en styrka att i resultatdelen utesluta termen depression eftersom den lätt associeras med diagnosen depression. Alla de intervjuade individerna var inte diagnosticerade och det var upplevelsen av att vara deprimerad, snarare än upplevelsen att vara sjuk, som skulle beskrivas för att kunna svara på studiens frågeställning.

4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad och förslag till fortsatt forskning

Det ska bli lättare för människor att få hjälp vid depression (Regeringsförklaringen, 3 oktober 2014). Evidensbaserad omvårdnad utgår från att individen har rätt att erhålla vård baserat på vetenskapliga bevis. Förutom forskningsresultat är individens subjektiva vittnesbörd också att betrakta som evidens (Forsberg & Wengström, 2013).

För att unga människor ska förmå sig att söka hjälp måste de först inse att något är fel. De måste sedan ha förmåga att uttrycka och kunna ge en förklaring till sina upplevelser (Epstein et al. 2010). Om fler ska kunna få hjälp är det viktigt att inom sjukvården ha kunskap om hur unga individer kan uppleva att vara deprimerade. Detta för att kunna bemöta den enskilde och för att kunna skapa en relation. Individen kan på så vis ges möjlighet att berätta om sin egen upplevelse av att vara deprimerad. Det är angeläget att betänka att varje individs upplevelse är komplex, personlig och kanske inte tydlig för individen själv. Individen kan behöva hjälp att förstå sina egna upplevelser. Det är först med kunskap om individens inre värld som omvårdnaden kan utgå från individens behov och vara personfokuserad.

Det vore i framtida forskning värdefullt med ny kunskap om huruvida det finns skillnader med avseende på hur unga män och kvinnor upplever depression. Det vore även betydelsefullt att få en inblick i hur vuxna individer ser på de upplevelser de hade i ung ålder. Den vuxnes förmåga att tolka och sätta ord på tidigare erfarenheter kan säkert skapa ytterligare insikt i den deprimerades unge individens upplevelsevärld.

4.5 Slutsats

Det framgår i denna studie att unga individer har en rad upplevelser i samband med att de är deprimerade och återfår hälsan. Bland annat upplever de stressande levnadsomständigheter,

förändrad identitet och att de håller på att förlora kontrollen. Det är viktigt med ökad insikt i dessa personers problematik eftersom gruppen deprimerade individer blir allt större. Sjukvården måste ha förståelse för dessa individers upplevelser för att kunna identifiera och bemöta dem; det är en förutsättning för att kunna hjälpa dem.

5.0 Referenslista

Bluhm, R. L., Chow, C. M., Wrath, A. & Osuch, E. A. (2014). "I just have to stick with it and it'll work". Experiences of adolescents and young adults with mental health concerns. *Community Mental Health Journal*, 50(7):778-86.

Brent, D. A., Poling, K. D. & Goldstein, T. R. (2013). *Deprimerade och självmordsnära tonåringar – en vägledning i bemötande och behandling*. Lund: Studentlitteratur.

Bru, L., Solholm, R. & Idsoe, T. (2013). Participants' experience of an early cognitive behavioral intervention for adolescents with symptoms of depression. *Emotional and Behavioral Difficulties*, 18, 24-43.

Dundon, E. (2006). Adolescent depression: A metasynthesis. *Journal of Pediatric Health Care*, 20:6, 384-392.

Epstein, R. M., Duberstein, P.R., Feldman, M. D., Rochlen, A. B., Bell R. A., Kravitz, R. L., Cipri C., Becker J.D., Bamonti, P.M. & Paterniti, D. A. (2010). "I didn't know what was wrong:" how people with undiagnosed depression recognize, name and explain their distress. *Journal of General Internal Medicine*. 25(9):954-61.

Farmer, J.T. (2002). The experience of major depression: adolescents' perspectives. *Journal of Mental Health Nursing*, 23, 567-585.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

Gillberg, C., Hellgren, L. (red). (2002). *Barn- och ungdomspsykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur.

Gulliver, A., Griffiths, K. M. & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10:113.

Hedman Ahlström, B., Skärsäter, I. & Danielson, E. (2007). Major depression in family: What happens and how to manage – a case study. *Issues in Mental Health Nursing*, 28:691–706.

- Henricson, M. (2012). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- Knorrig, A-L von (2012). *Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Kuwabara, A.S., Van Voorhees, W.B., Gollan, K.J., & Alexander, G.C. (2007). A qualitative exploration of depression in emergin adulthood: disorder, development, and social context. *General Hospital Psychiatry* 29, 317-324.
- Martinez – Hernáez, A., DiGiacomo, S. M., Carceller-Maicas, N., Correa-Urquiza, M. & Martorell-Poveda, M. A. (2014). Non- help-seeking among young people with depression: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 14:124.
- McCann, T.V. & Lubman, D.I. (2012). Young people with depression and their experience accessing an enhanced primary care service for youth with emerging mental health problems: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 12: 96.
- McCann, T.V., Lubman, D.I. & Clarke, E. (2012). The experience of young people with depression: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 19, 334-340.
- Meadus, R.J. (2007). Adolescents coping with mood disorder: a grounded theory study. *Journal of Mental Health Nursing*, 14, 209-217.
- Melvin, G.A., Dudley, A. L., Gordon, M.S., Ford, S., Taffe, J. & Tonge, B.J. (2013). What happens to depressed adolescents? A follow-up study into early adulthood. *Journal of Affective Disorders*. 151: 298-305.
- Merry, S., McDowell, H., Hetrick., S, Bir, J. & Muller, N. (2004). Psychological and/or educational interventions for the prevention of depression in children and adolescents. *Cochrane Database Systematic Review*. 2004; (1):CD003380.
- Nationalencyklopedin (2014)
<http://www.ne.se.webproxy.student.hig.se:2048/uppslagsverk/ordbok/svensk/uppleva>

Nunstedt, H., Nilsson, K., Skärsäter, I. & Kylén, S. (2012). Experiences of Major Depression: Individuals' Perspectives on the Ability to Understand and Handle the Illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 33:272–279.

Ofonedu, M. E., Percy, W. H., Harris-Britt, A. & Belcher, H.M.E. (2013). Depression in inner city african american youth: a phenomenological study. *Journal of Child and Family Studies*, 22, 96-106.

Olsson, G (2013). *Depressioner i tonåren. Ung trött och ledsen*. Stockholm: Gothia utbildning AB.

Polit, D. F. & Beck C.T. (2012). *Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Radfar, M., Ahmadi F. & Fallahi Khoshknab, M. (2014). Turbulent life: the experiences of the family members of patients suffering from depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 249–256.

Regeringsförklaringen 3 oktober 2014. Stockholm: regeringskansliet. Hämtad 2014-10-03:
<http://www.regeringen.se/sb/d/18348/a/247120>

SBU (2004) *Behandlingar av depressionssjukdomar*. Hämtad 2014-09-11:
<http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Behandling-av-depressionssjukdomar/>

Simmons, M. B., Hetrick, S. E. & Jorm, A. F. (2011). Experiences of treatment decision making for young people diagnosed with depressive disorders: a qualitative study in primary care and specialist mental health settings. *BMC Psychiatry*, 11: 194.

Skärsäter, I. (2009). *Psykisk ohälsa*. I Edberg, A-K & Wijk, H. *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Skärsäter, I. (2010) *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur.

Sobocki, P., Lekander, I., Borgström, F., Ström, O. & Runeson, B. (2007). The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. *European Psychiatry*, 22(3): p. 146-52.

Socialstyrelsen (2014). Psykiatrikoder. Hämtad 2014-09-11.

<http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskoder/psykiatrikoder>

Socialstyrelsen (2010) Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom.

Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut (2013). *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2013*.

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

Stjernswärd, S. & Östman, M. (2008). Whose Life Am I Living? Relatives Living in the Shadow of Depression. *International Journal of Social Psychiatry*. 54: 358.

WHO (2014) The ICD-10: Classification of Mental and Behavioural Disorders. Hämtad 2014-09-09: <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>

Willman, A., Stolz, P. & Bahtsevani (2006) *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Wisdom, J P. & Green, C. A. (2004). "Being in a Funk": Teens' Efforts to Understand Their Depressive Experiences. *Qualitative Health Research*, 14 (9) 1227-1238.

Wisdom, J P., Clarke, G.N. & Green, C. A. (2006). What Teens Want: Barriers to Seeking Care for Depression. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33(2) 133-145.

Woodgate, R. L. (2006). Living in the shadow of fear: adolescents' lived experience of depression. *Journal of Advanced Nursing*, 56(3), 261-269.

.

Bilaga 1

Diagnoskriterier enligt SBU:

Faktaruta – diagnostik

I WHO:s diagnostiska system, ICD-10, ges definitioner för lindrig, måttlig och svår egentlig depression, medan motsvarande uppdelning inte ges en tydlig förklaring i den amerikanska klassifikationen DSM-IV.

För diagnosen *lindrig egentlig depression enligt ICD-10* krävs:

- A. att minst två av symtomen nedstämdhet, energifattigdom och minskad aktivitet dominerat under minst de senaste 2 veckorna
- B. att detta inte kan förklaras av annan kroppslig eller psykisk störning
- C. att minst ett av följande symtom också förekommer, eller totalt minst fyra symtom från A och C:
 1. förlust av självförtroende och självuppskattning
 2. överdriven eller obefogad självkritik och nedvärdering av sig själv
 3. återkommande tankar på död eller självmord, och all slags självskadande beteende
 4. upplevd nedsättning av förmågan till tankeverksamhet och koncentration, med vankelmod och beslutsångest
 5. förändrad psykomotorisk aktivitet med antingen minskad rörlighet eller agitation
 6. alla slags sömnproblem
 7. ökad eller minskad matlust med medföljande effekt på vikten.

Vid lindrig depression är patienten i obalans, men kan i allmänhet genomföra normala aktiviteter.

För att *måttlig egentlig depression* ska föreligga krävs kriterier för lindrig depression samt minst sex symtom från A och C.

Vid måttlig egentlig depression är patienten oftast så påverkad att även vardagliga sysslor är svåra att genomföra.

För diagnosen *svår egentlig depression* krävs att alla tre symtomen från A och minst fem symtom från C föreligger.

Vid svår egentlig depression är patienten handikappad, har ofta starka självförebåelser och självmordstankar samt ofta framträdande kroppsliga symtom bland de som redovisats under punkt C.

(SBU, 2004)

Bilaga 2

Tabell 3: Översiktstabell gällande inkluderade artiklars ansats, design och metod:

Författare, årtal och land	Titel	Ansats och design	Undersökningsgrupp	Datainsamlingsmetod	Metod för dataanalys
Bluhm, R. L., Covin, R., Chow M., Wrath, A. & Osuch, E. A. 2014, Kanada	“I Just Have to Stick with It and It’ll Work’’: Experiences of Adolescents and Young Adults with Mental Health Concerns.	Kvalitativ ansats, deskriptiv design.	27 kvinnor och 10 män, 16-25 år.	Semistrukturerade intervjuer.	Innehållsanalys.
Bru, L., Solholm, R. & Idsoe, T. 2013, Norge	Participants’ experiences of an early behavioral intervention for adolescents with symptoms of depression.	Kvalitativ ansats, deskriptiv design.	7 kvinnor och 2 män, 17-20 år.	Semistrukturerade intervjuer.	Tematisk analys.
Farmer, T. J. 2002, USA	The experience of major depression: adolescents’ perspectives.	Kvalitativ ansats, deskriptiv design.	3 kvinnor och 2 män, 13-17 år.	Ostrukturerade intervjuer.	Fenomenologisk analys.
Kuwabara, S. A., Van Voorhees, B. W., Gollan, J. K. & Alexander, G.C. 2007, USA	A qualitative exploration of depression in emerging adulthood: disorder, development, and social context.	Kvalitativ ansats, deskriptiv design.	10 kvinnor och 5 män, 18-25 år.	Semistrukturerade intervjuer.	Tematisk analys.
Martinez – Hernáez, A., DiGiacomo, S. M., Carceller-Maicas, N., Correa-Urquiza, M. & Martorell-Poveda, M. A. 2014, Spanien	Non-professional help-seeking among young people with depression: a qualitative study.	Kvalitativ ansats, deskriptiv design.	105 individer, 17-21 år.	Semistrukturerade intervjuer och tre fokusgrupper.	Analys enligt grounded theory och den etnografiska metoden.

McCann, T.V. & Lubman, D.I. 2012, Australien	Young people with depression and their experience accessing an enhanced primary care service for youth with emerging mental health problems: a qualitative study.	Kvalitativ ansats, deskriptiv design.	16 kvinnor och 10 män i ålder 16-22 år.	Semistrukturerade intervjuer.	Fenomenologisk analys.
McCann, T.V., Lubman, D.I. & Clarke, E. 2012, Australien	The experience of young people with depression: a qualitative study.	Kvalitativ ansats, deskriptiv design.	16 kvinnor, 10 män, 16-22 år.	Semistrukturerade intervjuer.	Fenomenologisk analys.
Meadus, R. J. 2007, Kanada	Adolescents coping with mood disorder: a grounded theory study.	Kvalitativ ansats, explorativ design.	8 kvinnor och 2 män, 15-18 år.	Ostrukturerade intervjuer.	Analys enligt grounded theory.
Ofonedu, M. E., Percy, W. H., • Harris-Britt, A. & Belcher, H.M.E. 2012 USA.	Depression in Inner City African American Youth: A Phenomenological Study.	Kvalitativ ansats, deskriptiv design.	6 kvinnor, 4 män, 13-17 år.	Ostrukturerade intervjuer.	Fenomenologisk analys.
Simmons, M. B., Hetrick, S. E. & Jorm, A. F. 2011 Australien.	Experiences of treatment decision making for young people diagnosed with depressive disorders: a qualitative study in primary care and specialist mental health settings.	Kvalitativ ansats, deskriptiv design.	5 kvinnor och 5 män, 15-24 år.	Semistrukturerade intervjuer.	Tematisk analys.
Wisdom, J P. & Green, C. A. 2004, USA.	"Being in a Funk": Teens' Efforts to Understand Their	Kvalitativ ansats, deskriptiv design.	Intervjuerna: 8 kvinnor och 7 män, 14-19 år. Fokusgruppen: 5 kvinnor och 2 män, 15	Semistrukturerade intervjuer och en fokusgrupp.	Analys enligt grounded theory.

	Depressive Experiences.		år.		
Wisdom, J P., Clarke, G.N. & Green, C. A. 2006, USA.	What Teens Want: Barriers to Seeking Care for Depression.	Kvalitativ ansats, explorativ design.	Intervju: 8 kvinnor och 7 män, 14-19 år. Fokusgrupp: 5 kvinnor och 2 män, 15 år.	Semistrukturerade intervjuer och en fokusgrupp.	Analys enligt grounded theory.
Woodgate, R. L. 2006 Kanada	Living in the shadow of fear: adolescents' lived experience of depression.	Kvalitativ ansats, deskriptiv design.	Intervjuer: 11 kvinnor och 3 män, 13,5-18 år, och två fokusgrupper.	Semistrukturerade intervjuer och två fokusgrupper.	Fenomenologisk analys.

Bilaga 3

Tabell 4: Översikt gällande inkluderade artiklars syfte och huvudresultat:

Författare	Syfte	Huvudresultat
Bluhm, R. L, C.M. Chow, Wrath, A. & Osuch, E. A. 2014, Kanada.	Att förstå upplevelser knutna till psykisk ohälsa inom området förstämningssyndrom och ångestsjukdomar hos äldre tonåringar och unga vuxna.	De hade olika uppfattningar om orsakerna. De var osäkra på om deras erfarenhet av depression eller ångest var en psykisk åkomma eller en mer normal erfarenhet. De var oroliga när det gällde farmakologisk behandling och försiktiga med att omtala sin depression. De fann det viktigt att delta aktivt i den egna behandlingen.
Bru, L., Solholm, R.& Idsoe, T. 2013, Norge.	Att utforska hur tonåringar med depression upplever vissa delar av KBT vid tidigt insatt behandling.	Alla tyckte utbildningen som gällde symptom och sambandet mellan tankar, känslor och beteenden var bra. Delar som handlade om vikten av sociala relationer och att göra saker man blir glad av upplevdes som användbara. Upplevelserna kopplade till avslappning och hemläxor var blandade. De upplevde skuld relaterat till att vara deprimerad.
Farmer, T. J. 2002, USA.	Att ur tonåringens perspektiv utforska och beskriva upplevelsen av depression för att tillhandahålla en mer innehållsrik beskrivning av tillståndet.	De unga upplevde att ilska, extrem trötthet och svårigheter i relationer karakteriserade depression. De upplevde känslomässig hemlöshet och otrygghet i familjen. De sökte flykt från den inre smärtan. De hade behov att själva aktivt delta i återhämtningsprocessen.
Kuwabara, S. A., Van Voorhees, B. W., Gollan, J. K.& Alexander, G.C. 2007, USA.	Att undersöka hur depression upplevs och tolkas av ett urval unga vuxna.	Många upplevde att identitetsutvecklingen till vuxen hade avbrutits samtidigt som tillståndet blev en del av identiteten. Den biologiska förklaringsmodellen som orsak passade de flesta. Många var osäkra på om vården skulle kunna hjälpa dem. Förväntningar från familjen och inför vuxenlivet samt brist på stöd ledde till isolering.
Martinez – Hernáez, A., DiGiacomo, S. M., Carceller-Maicas, N., Correa-Urquiza, M. &	Att utforska orsaker till att unga deprimerade individer inte söker hjälper hos vården.	Orsaker till att inte söka hjälp varierade beroende på kön och tidigare erfarenhet av vård. Depressiva symptom sågs som

Martorell-Poveda, M. A. 2014, Spanien.		normalt. Individerna var rädda att prata om problemen och för sociala konsekvenser. De hade lågt förtroende för behandling.
McCann, T.V. & Lubman, D.I. 2012, Australien.	Att undersöka unga deprimerade individers upplevelser i samband med inrättandet av ny förbättrad primärvård avsedd för unga. Med tonvikt på hur de upplever tillgänglighet och eventuella hinder när de söker hjälp.	Rådgivare i skolor ökade tillgängligheten. Tillgängligheten var hög med avseende på kommunala färdmedel men inte för de som inte bodde nära dessa. Att vara obekant med denna typ av vård och svårigheten att få en första tid upplevdes som hinder.
McCann, T.V., Lubman, D.I. & Clarke, E. 2012, Australien.	Att utforska hur unga människor med depression som diagnos upplever sitt tillstånd.	Individerna försökte förstå och komma tillrätta med depressionen som allt mer försämrade deras livskvalitet. Rädsla för sjukdomsstigma gjorde att de drog sig undan vänner. Vissa försökte hantera situationen genom att fly till droger, andra övervägde att skada sig själv.
Meadus, R. J. 2007, Kanada.	Att utforska hur tonåringar med någon form av stämningssyndrom upplever och hanterar sitt tillstånd.	Depressionen börjar med att individen upplever sig som annorlunda och därefter drar sig undan. I den tredje fasen förbättras relationerna och individen antar utmaningen att förändra situationen. I den sista fasen ingår en upplevelse av att ha lärt sig något av den ”oplanerade resa” som depressionen kan sägas ha varit.
Ofonedu, M. E., Percy, W. H., Harris-Britt, A. & Belcher, H.M.E. 2012, USA.	Att förstå hur afro-amerikanska ungdomar i innerstadsmiljö beskriver upplevelsen av att leva med depression.	För att återfå hälsan försökte individerna förstå innebörd och uppkomst. De sökte strategier för att hantera tillståndet. De upplevde att negativa livshändelser hade triggat igång depressionen. De upplevde nya känslor. Själv mord uppfattades inte som en lösning- depression sågs som en del av livet.
Simmons, M. B., Hetrick, S. E. & Jorm, A. F. 2011, Australien.	Att utforska unga människor och deras anhörigas upplevelser och önsknings vid beslutsprocessen i samband med depression.	Upplevelsen av delaktighet varierade och påverkades av individerna själva, vårdpersonalen och typen av vård. De flesta önskade vara delaktiga under en del av vården. Hinder för delaktighet var tidsbrist och dålig kommunikation.
Wisdom, J P. & Green, C. A. 2004, USA.	Att förstå tonåringars upplevelse i samband med	Individerna upplevde långsamt ökade svårigheter och ofta att

	depression.	negativa livshändelser föregick symptomen på depression. Nedstämdhet varierade i styrka. De försökte normalisera sina symptom och förstå meningen med dem. De fann olika sätt att förhålla sig till diagnosen.
Wisdom, J P., Clarke, G.N. & Green, C. A. 2006, USA.	Att utforska tonåringars upplevelser i samband med att de sökte och fick hjälp av primärvården.	Individerna ville uppleva sig som normala, de ville vara delaktiga i vårdprocessen och samtidigt självbestämmande. Individerna var mer nöjda och tyckte sig ha större användning av vården när dessa önskemål beaktades.
Woodgate, R. L. 2006, Kanada.	Att förstå innebörden av att vara tonåring och leva med depression.	De var rädda för att känna ovälkomna negativa känslor och att inte bli fri från dessa, att inte få den hjälp de behövde. De använde olika strategier för att behärska rädslan. De ville känna tillhörighet och delaktighet och att uppleva sig ha människovärde. De uppfattade att de behövde hålla sitt gamla jag vid liv för att inte gå under.