

Positiv förväntan och livskraft för läkande insikter vid depression

Gun Moss Bjerling RPN^a, Katrin Lidberg RPN^b, Angela Bång RN, Ph D

^a Faculty of Caring Science, Working Life and Social Welfare, Research Centre PreHospiten, University of Borås, The Prehospital Research Centre of Western Sweden, Sweden

^b Dept of Psychiatry, Södra Älvsborgs Hospital, Borås, Sweden

Abstract

Positive expectation and vitality for healing insights in depression

Background: Depression is the most common disability in the world and is alarmingly increasing. An option for treatment is caring conversations with a nurse, which is not sufficiently evaluated yet.

Purpose: Describe the characteristics of conversations that can alleviate the suffering of patients with mild or moderate depression.

Method: Nine patients with experience from caring conversations in a depressive period were interviewed.

Results: The depressed patients had experienced nurses transferring positive expectations and vitality in the caring conversations. The caring process is described in three phases with three main categories and six sub-categories:

Phase 1. Nurse invites the patient:

Category 1. The genuine commitment makes the patient feel valuable.

Phase 2. Patient feels confident:

Category 2. The positivity and reliability of the nurse make the patient feel confident.

Phase 3. Patient invites the nurse:

Category 3. The patients dare to open up, allowing the nurse to guide them to healing insights.

Conclusion: Caring conversations are powerful tools in health care for patients suffering from mild or moderate depression.

Key words: depression, caring conversation, psychiatry, vitality, positive expectation

Inledning

Depression är den vanligaste orsaken till funktionshinder i hela världen. Omkring 350 miljoner människor lider av depression och antalet förväntas öka. Orsaken till depression kan vara komplex och böttna i såväl biologiska, psykologiska som sociala faktorer (WHO 2010). Den deprimerade själv anger ofta sociala eller kulturella orsaker, som konflikter och påfrestningar i relationer och familjeförhållanden (Fu & Parahoo 2009). Depressionssymptom är nedstämdhet, förlust av intresse och njutning, samt minskad energi. Många lider också av sömnproblem, aptitlöshet, koncentrationssvårigheter, skuld känslor, lågt självförtroende (WHO 2010), ångestsyndrom (Devane et al. 2005), samt av smärtproblem och fysiska sjukdomar som då har en sämre prognos (Socialstyrelsen 2011). Svårighetsgraden på symtomen avgör om depressionen klassas som lindrig, medelsvår eller svår (WHO 2010). Vid alla svårighetsgrader finns risk att tillståndet försämras och det kan gå så långt som till självmord, vilket är orsaken till cirka en miljon dödsfall per år. Det är därför viktigt att sätta in adekvat behandling tidigt (Socialstyrelsen 2011). De behandlingsmetoder som WHO rekommenderar är antidepressiva läkemedel, psykosocialt stöd och psykoterapi. Många får bristfällig behandling eller ingen alls. Detta kan bero på resurs- eller kompetensbrist hos vårdgivare, eller på social stigmatisering (WHO 2010). Återfallsstatistiken på 50% vid depression (Åsberg & Martinsson 2010) visar också att dagens behandlingsmetoder är

otillräckliga. Den resurs som sjuksköterskan utgör utnyttjas inte fullständigt (Blomberg & Hedelin 2007) och enligt västerländska experter inom depressionsområdet behövs riktlinjer och fortbildning för sjuksköterskearbetet med denna patientgrupp (McIlrath et al. 2010; WHO 2010). Samtalet är ett viktigt redskap inom psykiatrisk vård och samtal som lindrar patientens lidande kan kallas vårdande samtal enligt Fredriksson (Fredriksson 2003). Samtal med sjuksköterska kan vara en metod att lindra lidandet för patienter med depression (Nygård et al. 2011) men är bristfälligt utforskat (Blomberg & Hedelin 2007).

Syfte

Att beskriva vad som kännetecknar samtal som kan lindra lidandet för patienter med lindrig eller medelsvår depression.

Metod

Patienters samtalsupplevelser utforskades genom ostrukturerade kvalitativa intervjuer. Informanten ombads att berätta om erfarenheter och upplevelser av bra samtal med vårdpersonal under depressionsperioden, som gjorde att de mådde bättre. Med följdfrågor leddes sedan informanten att beskriva mer och reflektera djupare och djupare, för att upptäckta kvaliteter som han/hon ibland inte själv var medveten om: "Hur märker du detta?", "Kan du beskriva detta lite mer?", "Hur menar du då?", "Hur kändes det?", "Vad innebär det?", "Kan du ge ett exempel?" Ibland lockade intervjuaren fram minnesbilder: "Föreställ dig att du kommer in i rummet, vad händer?" (Dahlberg et al. 2008).

Deltagare

Informanterna rekryterades från primärvården i västra Sverige. En skriftlig förfrågan om att få söka informanter inom verksamheten skickades till primärvårdschefen. Efter dennes godkännande kontaktades tre verksamheter genom ett informationsbrev samt personlig förfrågan om hjälp att finna informanter. Sjuksköterskor i verksamheten valde ut tänkbara informanter och tillfrågade dem. De som accepterade medverkan kontaktades sedan av intervjuaren för mer information och för att avtala tid och plats. I samarbete med intervjuarna gjordes strategiskt urval för att få en så blandad informantgrupp som möjligt, vilket resulterade i sex kvinnor och tre män i åldrarna 30-80 år med varierande familjesituation och skilda yrkesområden. Åtta informanter hade en lång bakgrund med psykisk ohälsa och erfarenhet av många samtal med psykolog, psykoterapeut, läkare och annan vårdpersonal. Inklusionskriterier: Myndig person som haft regelbundna samtal med sjuksköterska vid vårdcentral då de haft en lindrig eller medelsvår depression år 2011. Exklusionskriterier: Personer som hade eller hade haft en personlig eller vårdande relation med intervjuaren.

Datainsamling

Intervjuerna genomfördes under februari till mars 2012 av två av medförfattarna (G.M.B och K.L.) under psykiatrisjuksköterskeutbildning. Enligt överenskommelse med varje informant skedde alla intervjuer på primärvårdsverksamheter i enskilt rum. Intervjuerna som spelades in tog mellan 25-40 minuter.

Dataanalys

Intervjuerna transkriberade materialet ordagrant och genomförde sedan en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Det innebär att inte utgå från någon teori eller modell, utan texten analyseras förutsättningslöst för att belysa innehållet (Lundman & Hällgren Granheim 2010):

- Intervjuerna lästes grundligt för att se helheten.
- Meningar och fraser som genom sitt innehåll och sammanhang hörde ihop, så kallade meningsbärande enheter, lyftes ur texten.
- De meningsbärande enheterna kondenserades; förkortades textmässigt.

- De kondenserade meningsbärande enheterna fick koder efter vad de handlade om.
- Likartade koder sammanfördes till kategorier.
- Kategorier delades till underkategorier och/eller förenades i huvudkategorier.
- När kategorierna var strukturerade fördjupade vi oss ytterligare i materialet, och fann då även ett övergripande tema som genomsyrade alla kategorier.
- Slutligen framträdde tre tidsfaser i materialet.
- För att justera eller bekräfta kategorier och teman var det en process med ständig återgång till intervjutexterna.

Etiska överväganden

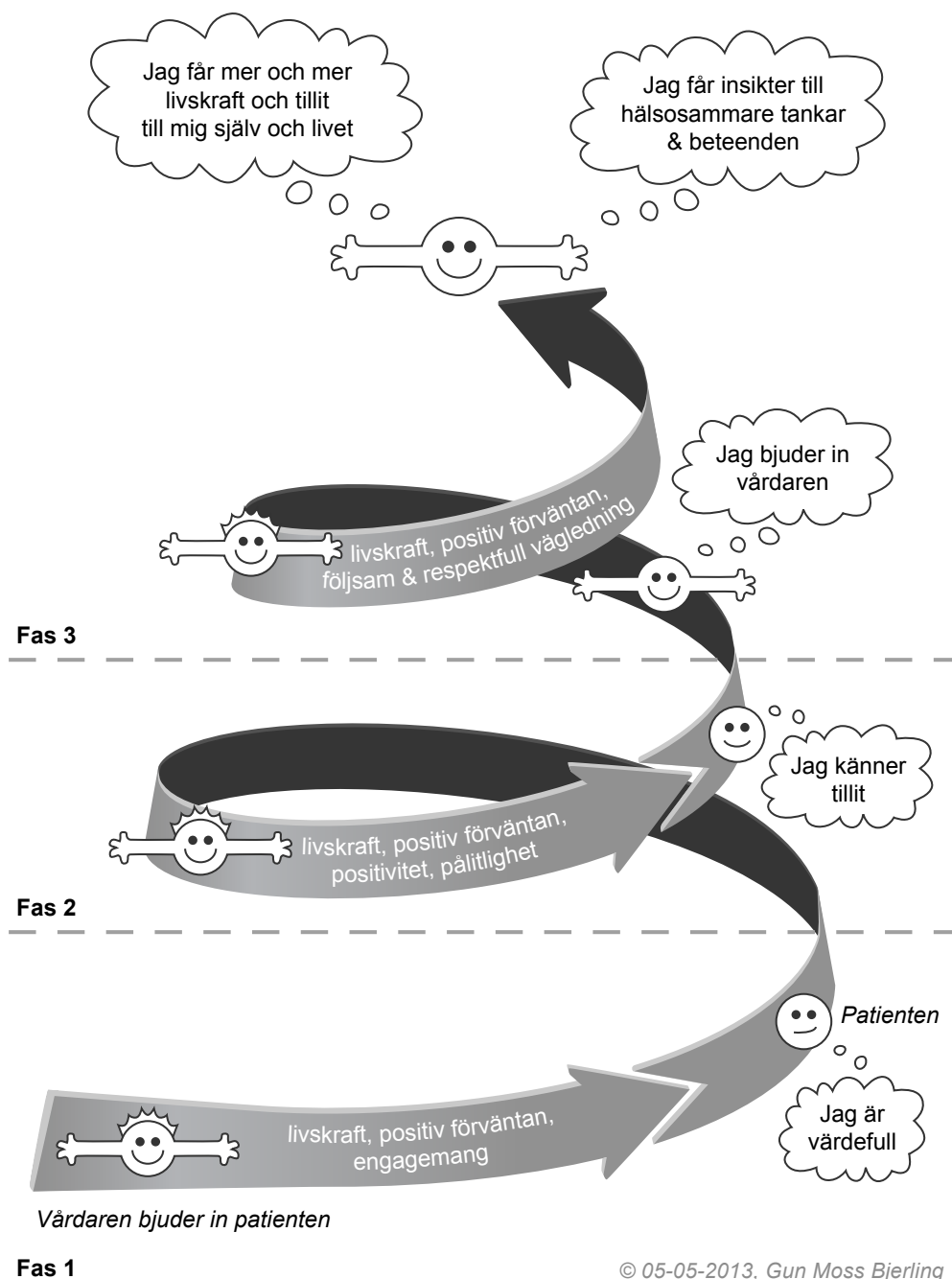
Då studien utfördes under utbildning krävdes inte prövning hos etiska nämnden (Socialstyrelsen 2010), men likafullt har Helsingforsdeklarationen (World Medical Association 2003) följts och etiska överväganden gjorts. Informanterna informerades muntligt och skriftligt om den konfidentiella hanteringen, och om att de när som helst kunde avbryta intervjun och att deras personliga vård inte skulle påverkas om de deltog i studien eller inte, eller om de avbröt den. Kontaktpuppgifter till intervjuare och Institutionen för vårdvetenskap lämnades och det gavs tillfälle att ställa frågor före informanterna skrev under en informerad samtyckesblankett. Då djupgående samtal kan göra att förträngda känslor kommer upp till ytan, var intervjuarna beredda att ställa upp med extra tid om informanterna hade behövt stöd då, men ingen av dem hade detta behov.

RESULTAT

Övergripande tema: Patienter stärks genom positiv förväntan och livskraft

Alla citat i resultatredovisningen avslutas med en kod som hänvisar till respektive informant. Resultatets övergripande tema är att patienter med lindrig eller medelsvår depression upplever att samtal blir vårdande när de *stärks genom positiv förväntan och livskraft* hos vårdaren, vilket gradvis överförs till patienten. Det urskildes sex underkategorier, vilka grupperades till tre huvudkategorier som delades in i tre tidsfaser. Detta illustreras i en processmodell för vårdande samtal.

PROCESSMODELL FÖR VÅRDANDE SAMTAL med patient som har lätt eller medelsvår depression



Figur 1

Fas 1. Vårdaren bjuder in patienten:

Huvudkategori 1. Patienten känner sig värdefull genom vårdarens engagemang.

Fas 2. Patienten får tillit:

Huvudkategori 2. Patienten känner tillit genom positivitet och pålitlighet hos vårdaren.

Fas 3. Patienten bjuder in vårdaren:

Huvudkategori 3. Patienten vågar öppna sig och guidas till insikter av vårdaren

Huvudkategori 1: Patienten känner sig värdefull genom vårdarens engagemang

Första fasen i ett vårdande samtal startar med att patienten upplever vårdarens inbjudande och genuina engagemang. Det innebär att vårdaren vill och tror sig kunna hjälpa, samt har även en positiv förväntan om att patienten har förmågan att förändra sitt tanke- och beteendemönster. Detta kan skapa en spirande förväntan och livskraft hos patienten att börja tro på sig själv och sin förmåga att förändra sitt liv.

”... plötsligt så förstår jag att jag kanske är lite starkare än vad jag tror och jag kanske är lite bättre än vad jag tror ... jag kom ju därifrån mycket starkare och kunde just då ta itu med det [problemet].” (i8)

Patienterna upplever vårdarens engagemang genom äkta intresse och personligt stöd, vilket beskrivs i underkategorierna nedan.

Patienten upplever vårdarens äkta intresse

Patienten känner sig värdefull som människa och bekräftad i sina upplevelser när vårdaren visar intresse genom att vara lyhörd, lyssna, visa förståelse, fråga och följa upp hur det går. Intresset märks också genom kroppsspråket och att vårdaren hela tiden är närvarande och ger respons. Även vid tystnad finns en kontinuerlig kontakt:

”Fast hon inte säger någonting va, så finns det ändå en kontakt där. ... ögonkontakt och liksom kroppsspråket, lyssna... ...Ja hon är öppen liksom. Inte så här” (armar korsade över bröstet). ...det kändes som att hon ville verkligen veta vad jag hade att säga liksom. (i3)

Patienten får personligt stöd

De engagerade vårdarna som beskrivs ger personligt stöd efter behov och situation, vilket gör att patienten känner sig värdefull, omhändertagen och trygg. Det kan vara genom enkla omvårdnadshandlingar, som att bjuda på vatten, ge näsduk, eller att ge en kram. Även tillgängligheten anpassas med täta besök vid behov, samtaltiden till att de blir ”färdiga” och patienten kan ringa ”när som helst” och till och med få anpassad mötesplats.

”...så ringde jag och sa till henne att idag kan jag nog inte komma ner för jag ramlar ihop .. så sa [vårdaren] att jag möter upp dig på vägen, så vi kan bara gå ut och prata lite ute så du får lite luft...” (i9)

Informanterna beskriver också personlig vägledning, som råd och hjälp att fokusera på det väsentliga, och vid behov handfastare styrning genom att vårdaren sätter gränser, bromsar och tar över beslut för patienten. Depression innebär ofta handlingsförlamning och svårigheter att tänka rationellt och patienten slappnar då av och förlitar sig på vårdaren. Ibland får patienterna uppgifter, som att sätta upp mål, träna vissa saker eller att göra något roligt.

Huvudkategori 2: Patienten känner tillit genom positivitet och pålitlighet hos vårdaren

Fas två i ett vårdande samtal är när patienten får tillit till vårdaren. Det kan byggas upp gradvis efter flera besök eller ske vid första samtalet.

”... och vi pratade fem-tio minuter och efter en vecka eller två så skämde jag inte längre. ... och då fick jag också lite sådär jädra kick och varför vet jag inte, men jag upplevde henne som mycket positiv, så jag längtade ju efter att åka och prata några minuter” (i7)

Tilliten grundas på att patienten uppfattar vårdaren som positiv och pålitlig, vilket beskrivs i underkategorierna nedan.

Patienten upplever positivitet hos vårdaren

Genom uppmuntrande ord, humor, kroppsspråk, ansiktsuttryck, röstläge och kramar förmedlar vårdaren en positiv stämning och livsglädje som stärker patienterna till ökad självkänsla, ny kraft, hopp, inspiration, samt tro på sig själv och på framtiden.

Flera informanter berättar också om en speciell utstrålning hos vårdaren som får dem att slappna av, känna sig trygga, och som ger ny livskraft att ”orka lite till” eller att ”ta itu med saker”. Utstrålningen beskrivs som fylld av positivitet, trygghet, medkänsla, naturlighet,

värme, kärlek, glädje och energi. När de jämför med samtal som inte känts vårdande noterar de avsaknaden av denna positiva utstrålning:

”...alltså den här enorma värmen helt enkelt som hon sprider... ...hon ger ifrån sig bra, väldigt bra energi... en varm energi. Man tycker om att vara med henne. Bara vara i hennes närhet gör mig glad och det måste ju vara att hon utstrålar någonting alldeles speciellt. ...den andra jag har haft det har varit, hon har förstått mig, det har varit ändå kallt på något vis. ... då har jag bara gått därifrån: Jaha nu har jag varit här idag, ungefär så.” (i9)

Patienten uppfattar vårdaren som pålitlig

Patienten behöver känna att han/hon kan lita på vårdaren. Professionalitet anges som ett viktigt kriterium och informanterna definierar det som att vara opartisk, saklig, pålitlig och med erfarenhet av att hjälpa människor med depression. Då ökar tilltron. Likaså när vårdaren erkänner kunskapsbrister och då konsulterar kollegor eller söker forskningsrapporter. Enbart professionalitet räcker dock inte. För en tillitsfull relation behövs ofta något mer:

”Ja den första jag var hos eller så, det var ju mer, hon var på något sätt svår att komma in på livet, eller så. Att vi fann aldrig varandra eller så då. Jag tyckte att det var lite svårt. Hon kanske kunde, jag kom in i rummet och hon satt där tyst och liksom det var jag som skulle börja inleda samtalet eller så.” (i1)

En annan grund för pålitlighet kan vara att uppleva en samhörighet med vårdaren. Det beskrivs som att personkemin stämmer, att de är på samma våglängd, talar ”samma språk”, har samma värderingar, intressen och/eller erfarenheter. Patienterna får då känslan av att vårdaren är en förstående och pålitlig vän. Ofta uppstår denna samhörighetskänsla direkt vid första mötet:

“Det kändes som jag hade känt henne länge på ett vis och ändå inte. ... Jag såg fram emot att bara [göra provtagningen] och prata några minuter och så. Det var helt otroligt.” (i7)

Huvudkategori 3: Patienten vågar öppna sig och guidas till insikter av vårdaren

I vårdande samtalets tredje fas är patienten stärkt av positiv förväntan och livskraft, samt känner tillit och är därför tillräckligt trygg för att våga se djupare in i sig själv och även bjuda in vårdaren dit. Med respektfullt samarbete och fokus på patientens upplevelser genom följsam vägledning, kan insikter för ökat välbefinnande uppnås. Detta beskrivs i underkategorierna nedan.

Respektfullt samarbete

Patienterna uppfattar inte vårdaren som en auktoritet, men respekterar och har förtroende för henne/honom. De känner också att vårdaren respekterar och uppskattar dem som medmänniskor, och att de får gehör för sina åsikter, vilket stärker självkänsla och självförtroende. Patienten får berätta om vad som är angeläget just nu och vårdaren följer med i berättelsen och ställer följdfrågor, så att processen kommer vidare genom samarbete.

Om samtalet inte når tredje fasen där vårdare och patient samarbetar spelar det ingen roll om vårdaren är skicklig på att finna problemets kärna, eftersom det är patienten som ska lära sig nya tankemönster och nå nya insikter. Detta illustreras av ett ”icke-vårdande samtal”:

”... i stort sett varje gång jag kom därifrån så var jag arg och besviken och upplevde aldrig att jag fick berätta om mina problem, utan hon körde det här med lejonet och grottan – att jag bara flydde. Så i princip visste jag vad hon skulle säga innan hon började öppna munnen.” (i7)

Fokus på patientens upplevelser genom följsam vägledning

Informanterna upplever samtalet som vårdande när de spontant kan berätta om sina upplevelser och vad som känns viktigt för dem just nu. Bara att få prata av sig gör att de lättar på trycket och kan befrias från det tunga inombords och lindra sitt lidande.

”...det är okej att vara som man är. Jaa, hon utstrålar trygghet och medkänsla och värme... ... Men hon utstrålar värme då liksom, så att man öppnar sig. ... Intervjuare: Men vad innebär det när du öppnar dig? Informant: Att man kan berätta sådant där som man tycker är jättejobbigt. ... Jag kände mig värdelös ... jag gick inte in där och höll någon slags mask och berättade lite, utan jag bara så här (utåtriktad gest). Intervjuare: Du öste ut allt? Informant: Jaa, och det var bara en befrielse, att kunna göra det.” (i4)

Vårdaren lägger fokus på det positiva och lyfter fram värdefulla sidor hos patienten, vilket hjälper denne till positivare självbild och till att släppa negativa tankar och skuldkänslor som skapar ett lidande. Följdfrågor får patienten att komma djupare ner i sina upplevelser och ibland upptäcka bortglömda saker. Minnesbilderna kan hjälpa dem att förstå sammanhang och orsaker till lidandet och att upptäcka nya synvinklar.

”Och när hon satte fingret på de här sakerna så, då var det verkligen en aha-upplevelse. ... Så att hon fick bitarna att falla på plats kan jag säga.” (i3)

När det kommer upp till ytan blir det möjligt att bearbeta problem och gå vidare i sin personliga utvecklingsprocess. Detta kan leda till insikter som skapar nya tanke- och beteendemönster, som kan handla om att acceptera en situation eller att agera och påverka situationer. Detta vårdande samtal kan bli vändpunkten mot ökat välbefinnande.

Intervjuare: ”När vände det? När blev du bättre? Informant: När jag slutade äta medicinen och pratade med [vårdaren].” (i3)

KODER: innehåll	KODER: innehåll	UNDERKATEGORIER	HUVUDKATEGORIER	FASER	TEMA
Intresse Pos. förväntan Interaktion Bekräftelse	Värdefull Stärks Trygg	Patienten upplever vårdarens äkta intresse	Huvudkategori 1 Patienten känner sig värdefull genom vårdarens engagemang	Fas 1 Vårdaren bjuder in patienten	Patienten stärks genom positiv förväntan och livskraft
Omvårdnad Tillgänglig Stöd	Omhändertagen	Patienten får personligt stöd			
Pos. kroppsspråk Pos verbalt Pos utstrålning	Stärks Självkänsla Självförtroende Tilltro	Patienten upplever positivitet hos vårdaren	Huvudkategori 2 Patienten känner tillit genom positivitet och pålitlighet hos vårdaren	Fas 2 Patienten får tillit	
Samhörighet Medmänniska Professionell		Patienten uppfattar vårdaren som pålitlig			
Respekt Samarbete	Stärks Självkänsla Självförtroende	Respektfullt samarbete	Huvudkategori 3 Patienten vågar öppna sig och guidas till insikter av vårdaren	Fas 3 Patienten bjuder in vårdaren	
Berätta Positivt fokus Vägledning Följsamhet	Insikt Befrielse Nya tankebanor	Följsam vägledning för fokus på patientens upplevelser			

Tabell I

DISKUSSION

Informanterna beskriver hur de på olika sätt i samtal stärkts av livskraft och positiv förväntan. Kanske är det föga förvånande resultat, eftersom det är just vad deprimerade personer råder brist på, eftersom nedstämdhet, negativa tankar och brist på energi tillhör symptombilden.

Positiv förväntan

Patienterna upplever att vårdaren förmedlar en positiv förväntan i ett vårdande samtal. Det innebär att vårdaren tror både på sin egen förmåga och på patientens förmåga – att de tillsammans kan hjälpa patienten till ökat välbefinnande. Vårdarnas tilltro till patientens förmåga att hantera sin situation är betydelsefull för hälsoprocessen (Rydenlund 2012). Vårdaren måste också åsidosätta egna bekymmer, samt ha nått en viss nivå av personlig utveckling och självkänedom, för att inte styras av egna projektioner, sår och fördömande attityder (Halldórsdóttir 1996). Vårdarens tilltro kan öka patientens tro på sig själv och inge hopp. Både det konkreta och generella hoppet är en källa till kraft, mening och framtidstro (Benzein 2012). Hopp och tro på ett bättre liv är en andlig resurs och värdefullt vid kriser, men förbises ofta (McLaughlin 2004). Vårdarens tilltro till sig själv och patienten verkar vara avgörande för att starta vårdprocessen.

Vårdarens positiva förväntan visar sig i engagemang för den enskilde patienten som då känner sig betydelsefull. Att vårdaren ser och uppskattar patienten som människa kan ofta vara det första steget mot tillfrisknande, vilket innebär att erkänna sig själv som en person värd respekt (Lloyd & Carson 2012). När vårdaren är tillgänglig och till förfogande med hela sitt väsen, först då blir det ett möte utan roller och inlärd repliker (Fredriksson 2003). Det innebär fullständigt fokus och interaktion, vilket märks i kroppsspråket. Forskning visar att ju högre grad av icke-verbalt samspel mellan samtalsparterna desto mindre risk för återfall vid depression (Bos et al. 2006). Det är viktigt att få kontakt med hela människan – kropp, själ och ande – för att kunna hjälpa den lidande medmänniskan (Rydenlund 2012) och skapa en transpersonell omsorgsrelation. Då förenas vårdaren och patienten på en högre nivå, så att vårdaren kan uppfatta patientens känslor och sedan bekräfta dem. Det hjälper patienten att förlösa undertryckt energi och att finna sin inre kraft, vilket stödjer självläkning och personlig utveckling (Watson 2008). Ovanstående klarlägger att ett vårdande samtal inbegriper vårdarens fokuserade engagemang.

Livskraft

Resultatet visar patienter som upplever att vårdaren förmedlar livskraft/positiv energi och hur det stärker dem, även vid korta möten. Om psykiatrisk vård verkligen ska vara effektiv vård, måste vårdaren inta en stärkande roll i stället för en auktoritär roll gentemot patienten (Barker & Buchanan-Barker 2011). Flera vårdvetare betonar vikten av att stödja och stärka patientens livskraft för att gynna hälsoprocessen (Rodwell 1996; Dahlberg & Segesten 2010). Vårdvetenskapliga begreppet empowerment handlar just om detta; energigivande, skapar hopp, möjliggör kreativa förändringar, hjälper patienter att växa och utnyttja sin fulla potential (Rodwell 1996). Det finns även vårdvetare (Rogers 1991; Leddy 2003; Watson 2008; Newman 2008) och naturvetenskapliga forskare (Gerber 2000; Oschman 2003; Tostar 2004) som går ett steg längre och menar att livskraften/livsenergin är grunden till hälsa, därför att människor är energivarelser som påverkas av varandras energifrekvenser. Hälsoprocessen är en process från lågfrekventa till högfrekventa vibrationer, vilket innebär såväl personlig utveckling som ökad hälsa (Gerber 2000). Läromedel för omvårdnad beskriver hur vårdaren kan stärka patientens livskraft/energi bland annat med hjälp av energimedicinska behandlingsmetoder (Dossey et al. 1995; Leddy 2003; Egeland 2008) och begynnande forskning visar att sådana metoder kan minska depressiva symtom signifikant (Shore 2004). Det finns således vårdvetare och naturvetare som bekräftar informanternas upplevelse av att vårdaren kan förmedla livskraft/energi till dem.

Tillit/relation

För att det vårdande samtalet ska utvecklas måste patienten få tillit till vårdaren. Professionalitet är betydelsefullt, men personliga egenskaper hos vårdaren verkar vara minst lika viktiga. I ett vårdande samtal är vårdaren professionell medmänniska (Rydenlund 2012) och det beror på vårdarens förmåga att vara äkta, om patienten ska få ett sådant förtroende att de kan öppna sig och visa sitt lidande (Carlsson 2010). En vårdande relation kan röra vid och lindra patientens lidande (Kasén 2002) och det är den sorts relation som utgör den relationella aspekten i det vårdande samtalet vilket innebär en förbindelse präglad av närvaro, lyssnande och beröring (Fredriksson 2003). Relationen mellan samtalsparterna tycks vara viktigare än vilken sorts terapi eller samtal det är (Cuijpers et al. 2008) och inom psykiatrisk omvårdnad fokuseras allt mer på ett meningsfullt terapeutiskt engagemang som skapar goda relationer (Merritt & Procter 2010; Lloyd & Carson 2012). En tillitsfull relation skapas sannolikt genom vårdarens förmåga att vara äkta.

Patienten öppnar sig

Enligt studien är det vårdande samtalets vägledning följsam och respektfull, och Fredriksson (Fredriksson 2003) ser ömsesidig respekt som grunden i det vårdande samtalets etiska aspekt. Dialogen bör vara ett respektfullt samspel där båda är värdefulla med viktig expertkunskap (Dahlberg & Segesten 2010; Lloyd & Carson 2012). Vårdaren kan ses som medresenär, guide och ibland ett uppslagsverk som hjälper patienten att finna ord och förklaringar till sin inre disharmoni (Merritt & Procter 2010). Genom äkta samverkan, då vårdaren guidar utan att styra fångas meningen (Newman 2008).

Samtalet belyser beteenden och tankar som inte gagnar hälsan. Det startar hälsoprocessen ”expanderat medvetande” så patienten kan förändra sina mönster mot ökat välbefinnande (Newman 2008). Även Fredriksson (Fredriksson 2003) menar att den narrativa delen är det vårdande i samtalet. Litteratur och vårdteori tycks bekräfta att ett följsamt och respektfullt samtal kan leda patienten till läkande insikter. Dock handlar det inte om den form av insikt som ibland finns rapporterad inom vård; anpassning till vårdarnas uppfattning och till behandlingen som erbjuds (Hamilton & Roper 2006), utan om patientens förståelsehorisont för sina livsupplevelser (Rydenlund 2012).

Metoddiskussion

Intervjuarna är sjuksköterskor med erfarenhet av att genomföra vårdande samtal. Trots medvetenheten om vikten av att lägga denna förförståelse åt sidan, ställdes ändå några ledande frågor under de första intervjuerna. Med fokus på följsamhet och öppenheten inför informantens unika upplevelse bör det ändå inte ha påverkat slutresultatet. Men förförståelsen var också en tillgång för att fånga djup och variation av fenomenet, då förmågan fanns att låta informanten belysa olika aspekter av ett vårdande samtal. I analysfasen fanns en god medbedömarreliabilitet, vilket sannolikt är en styrka i arbetet. Ytterligare en styrka var att åtta av de nio informanterna hade lång erfarenhet av samtal med vårdpersonal under depressionsperioder och kunde jämföra samtal som känts vårdande och de som varit motsatsen. Intervjuerna nådde relativt djupt och gav många variationer till resultatet, men de visade också på en stark samstämmighet. Ingen avvek från mönstret som framträdde, vilket ökar trovärdigheten. De nio informanterna utgjorde en relativt varierande men ändå liten patientgrupp, så resultatet kan inte med säkerhet vara representativt för alla.

SLUTSATSER

Ett vårdande samtal kan höja patientens stämningläge och utgöra ett kraftfullt verktyg genom en engagerad vårdare som förmedlar livskraft och positiva förväntningar. Vid depression verkar detta vara särskilt viktigt för att vårdprocessen ska starta.

Det är sannolikt att samtalets kvalitet är beroende av vårdarens kompetens, både vad gäller personlig mognadsgrad och förankring i vårdvetenskap. Det är därför viktigt med handledning, samt grundutbildning, fortbildning och fortsatt forskning om hur vårdarens förhållningssätt och attityd kan vara avgörande för hälsoprocessen. Fortsatt forskning på området kan utgöras av interventionsstudier som syftar till att utvärdera resultatets processmodell för vårdande samtal.

Tackord

Författarna tackar docent Claes Ekenstam för värdefulla synpunkter på artikeln.

Referenser

- Barker, P.J. & Buchanan-Barker, P., 2011. Mental health nursing and the politics of recovery: a global reflection. *Archives of psychiatric nursing*, 25(5), pp.350–8. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21978803> [Accessed September 23, 2013].
- Benzein, E., 2012. Hopp. In I. Wiklund Gustin & I. Bergbom, eds. *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur, pp. 244–8.
- Blomberg, B. & Hedelin, B., 2007. Att få personlig vägledning–patienters erfarenheter av mötet med en psykiatrisjuksköterska inom primärvården. *Vård i Norden*, 27(84), pp.25–29. Available at: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Att+få+personlig+vägledning+-+patienters+erfarenheter+av+mötet+med+en+psykiatrisjuk-+sköterska+inom+primärvården#0> [Accessed September 23, 2013].
- Bos, E.H. et al., 2006. Lack of association between conversation partners' nonverbal behavior predicts recurrence of depression, independently of personality. *Psychiatry research*, 142(1), pp.79–88. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16630662> [Accessed September 23, 2013].
- Carlsson, G., 2010. Ilska, osäkerhet och känslan av existentiell kränkning. In L. (Red. . Wiklund Gustin, ed. *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå*. Lund: Studentlitteratur, pp. 237– 252.
- Cuijpers, P. et al., 2008. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(6), pp.909–22. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19045960> [Accessed September 23, 2013].
- Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M., 2008. *Reflective Lifeworld Research*, Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K. & Segesten, K., 2010. *Hälsa och vårdande – i teori och praxis*, Stockholm: Natur och Kultur.
- Devane, C.L. et al., 2005. Anxiety disorders in the 21st century: status, challenges, opportunities, and comorbidity with depression. *The American journal of managed care*, 11(12), pp.344–53. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16236016>.
- Dossey, B. et al., 1995. *Holistic Nursing - A handbook for Practice*, Gaithersburg: Aspen Publication.
- Egeland, E., 2008. Healing. In B. Johannessen, ed. *Komplementær og alternativ behandling. En grunnbok for sykepleiere*. Oslo: Gyldendal Akademisk, pp. 200–19.

- Fredriksson, L., 2003. *Det vårdande samtalet*. Åbo: Åbo Akademis Förlag. Available at: <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/43659/FredrikssonLennart.pdf?sequence=1>.
- Fu, C.-M. & Parahoo, K., 2009. Causes of depression: perceptions among people recovering from depression. *Journal of advanced nursing*, 65(1), pp.101–9. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19032511> [Accessed September 23, 2013].
- Gerber, R., 2000. *Vibrational Medicine for the 21st Century. The complete Guide to Energy Healing and Spiritual Transformation*, New York: HarperCollins Publishers.
- Halldórsdóttir, S., 1996. *Caring and uncaring encounters in nursing and health care: Developing a theory*. Linköpings Universitet.
- Hamilton, B. & Roper, C., 2006. Troubling “insight”: power and possibilities in mental health care. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 13(4), pp.416–22. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16867125>.
- Kasén, A., 2002. *Den vårdande relationen*. Åbo Akademi.
- Leddy, K., 2003. *Integrative health promotion – Conceptual bases for nursing practice*, Thorofare: Slack inc.
- Lloyd, M. & Carson, A.M., 2012. Critical conversations: developing a methodology for service user involvement in mental health nursing. *Nurse education today*, 32(2), pp.151–5. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22093883> [Accessed September 23, 2013].
- Lundman, B. & Hällgren Granheim, U., 2010. Kvalitativ innehållsanalys. In *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, pp. 159–73.
- McIlrath, C. et al., 2010. Benchmarks for effective primary care-based nursing services for adults with depression: a Delphi study. *Journal of advanced nursing*, 66(2), pp.269–81. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20423410> [Accessed September 23, 2013].
- Mclaughlin, D., 2004. Incorporating Individual Spiritual Beliefs in Treatment of Inpatient Mental Health Consumers Darlene. *Perspectives in Psychiatric Care*, 40(3), pp.114–119.
- Merritt, M.K. & Procter, N., 2010. Conceptualising the functional role of mental health consultation – liaison nurse in multi-morbidity, using Peplau’s nursing theory. *Contemporary nurse*, 34(2), pp.158–166.
- Newman, M., 2008. *Transforming Presence: The Difference That Nursing Makes*, Philadelphia: FA Davis Co.
- Nygård, I.J. et al., 2011. Hvordan kan samtale bidra till å lindre lidelse og fremme helse hos kvinner med fødselsdepresjon? *Vård i Norden*, 31(99), pp.34–38.
- Oschman, J., 2003. *Energy Medicine in therapeutics and human performance*, Elsevier.
- Rodwell, C.M., 1996. An analysis of the concept of empowerment. *Journal of advanced nursing*, 23(2), pp.305–13. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8708244>.
- Rogers, M., 1991. *Theoretical basis of nursing* 18th ed., Philadelphia: Davis Company.
- Rydenlund, K., 2012. *Vårdandets imperativ i de yttersta livsrummen: hermeneutiska vårdande samtal inom den rättspsykiatriska vården*. Åbo Universitet. Available at: http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/74481/rydenlund_kenneth.pdf?sequence=2.
- Shore, A.G., 2004. Long-terms effect of energetic healing on symptoms of psychological depression. *Alternative Therapies in Health & Medicine*, 10(3), pp.42–8.

Socialstyrelsen, 2010. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*, Sverige: Svensk Författningssamling. Hämtad 2012-03-16. Available at: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/.

Socialstyrelsen, 2011. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Available at: <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerfordepressionochangest>.

Tostar, S., 2004. *Energimedicin och det biofysiska paradigmet*. Karolinska Institutet.

Watson, J., 2008. *Nursing the philosophy and science of caring*, Boulder: University Press of Colorado.

WHO, 2010. Depression Fact sheet N°369. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.

World Medical Association, 2003. *Helsingforsdeklarationen*, Available at: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>.

Åsberg, M. & Martinsson, P., 2010. Förstämningssyndrom. In J. Herlofson et al., eds. *Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur, p. ??