

Examensarbete:

Hur kan man upptäcka en deprimerad ung människa? - En teoretisk studie om depression hos ungdomar

Utvecklingsarbete:

Vad man som hälsovårdare kan göra för att hjälpa och stöda en ung människa med depression

Johanna Pakkanen

Sofia Nybäck

Examensarbete för sjukskötare (YH)- examen

Utvecklingsarbete för hälsovårdare (YH)- examen

Utbildningsprogrammet för vård

Vasa 2012



EXAMENSARBETE

Författare: Johanna Pakkanen och Sofia Nybäck
Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa
Inriktningsalternativ/Fördjupning: Hälsovård
Handledare: Ulla-May Sjöblom och Maj-Helen
Nyback

Titel: Hur kan man upptäcka en deprimerad ung människa?

- En teoretisk studie om depression hos ungdomar

Datum Våren 2012

Sidantal 41

Bilagor 2

Sammanfattning

Syftet med detta lärdomsprov är att göra vårdpersonal uppmärksam på depression hos ungdomar, samt utöka kunskapen om vad som kännetecknar depressionstillstånd hos en ung människa. Följande forskningsfrågor har ställts: 1. Vad kännetecknar depression hos unga? 2. Vilka faktorer kan öka risken för depression hos unga? 3. Vilka behandlingsmetoder rekommenderas för ungdomar med depression? Som teoretisk referensram används Erikssons (1991, 1993, 1994) och Lindströms (1994) teorier. Dokumentstudier användes som datainsamlingsmetod och innehållsanalys som dataanalysmetod. Artiklarna har sammanställts i en resumé.

Resultatredovisningen har strukturerats enligt forskningsfrågorna. Inom fråga 1 fick vi följande kategorier: kroppen, känslor och beteende. I fråga 2 framkom kategorierna fysiska riskfaktorer, psykiska riskfaktorer och sociala riskfaktorer. I fråga 3 framkom behandlingsmetoder som den enda kategorin.

Språk: Svenska

Nyckelord: Depression, ungdomar, kännetecken, riskfaktorer, vårdmetoder

Förvaras: Examensarbetet finns tillgängligt i webbiblioteket Theseus.fi.

BACHELOR'S THESIS

Author: Johanna Pakkanen and Sofia Nybäck
Degree Programme: Nursing, Vasa
Specialization: Public health care
Supervisors: Ulla-May Sjöblom and Maj-Helen Nyback

Title: How can you detect a young person with depression?
- A theoretical study on depression in adolescents

Date Spring 2012 Number of pages 41 Appendices 2

Summary

The purpose of this study is to make health professionals aware of young people that suffer from depression, and to expand the knowledge on the characteristics of depressive disorders in young people. The following research questions were asked: 1. What characterizes depression in a young person? 2. What factors may increase the risk of depression in young people? 3. What treatments are recommended for adolescents with depression? The theoretical framework used is Eriksson (1991, 1993, 1994) and Lindström (1994).

Data was collected through document studies and content analysis was used as data analysis method. The articles have been summarized in a review article.

The result has been divided according to the research questions. Out of question 1, we received the following categories: body, feelings and behavior. From question 2, categories such as physical, psychological and social risk factors emerged. From question 3, treatments emerged as the only category.

Language: Swedish Key words: Depression, adolescents,
characteristics, risk factors, care

Filed at: The thesis is available at the electronic library Theseus.fi.

UTVECKLINGSARBETE I HÄLSOVÅRDSKUNSKAP

Författare: Johanna Pakkanen och Sofia Nybäck
Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa
Inriktningsalternativ/Fördjupning: Hälsovård
Handledare: Maj-Helen Nyback

Titel: Vad man som hälsovårdare kan göra för att hjälpa och stöda en ung människa med depression

Datum Våren 2012 Sidantal 22 Bilagor 1

Sammanfattning

Utvecklingsarbetet är en fortsättning på examensarbetet *Hur kan man upptäcka en deprimerad ung människa? - En teoretisk studie om depression hos ungdomar* (Pakkanen & Nybäck, 2012). Syftet med detta arbete är att göra både examensarbetet och utvecklingsarbetet användbart i praktiken. Forskningsfrågor som ställts till artiklarna är: Hur kan man som hälsovårdare hjälpa och stöda en ung deprimerad människa? Hur bör ett bra hälsosamtal vara? De artiklar som använts i examensarbetet har även gett svar på dessa frågor. Resultatet presenteras utgående ifrån forskningsfrågorna.

För att få ut informationen ordnades två föreläsningar, en till vårdpersonal och en till socionomstuderande, där resultatet presenterades och diskuterades.

Språk: Svenska Nyckelord: Depression, ungdomar,
föreläsning, det goda samtalet

Examensarbetet och utvecklingsarbetet finns tillgängligt i webbiblioteket Theseus.fi.

DEVELOPMENT PROJECT

Author: Johanna Pakkanen och Sofia Nybäck

Degree Programme: Nursing, Vasa

Specialization: Public health care

Supervisors: Maj-Helen Nyback

Title: How to help and support a young person with depression as a healthcare professional

Date	Spring 2012	Number of pages	22	Appendices	1
------	-------------	-----------------	----	------------	---

Summary

The development project is a continuation of the bachelor's thesis *How can you detect a young person with depression? - A theoretical study on depression in adolescents* (Pakkanen & Nybäck, 2012). The purpose of this study is to make both the bachelor's thesis and the development project useful in practice. The following research questions were asked: How can healthcare professionals help and support a young person with depression? How should a good caring conversation be? The articles used in the thesis have also provided answers to these questions. The results is based on the research questions.

To get the information out we kept two lectures, one for healthcare professionals and one for students studying on the social welfare program, where the results were presented and discussed.

Language:	Swedish	Key words:	Depression, adolescents, lecture, caring conversation
-----------	---------	------------	---

Filed at: The thesis is available at the electronic library Theseus.fi.

Innehållsförteckning

Del 1 Examensarbete

1	Inledning	1
2	Syfte och problemprecisering	3
3	Teoretisk utgångspunkt	4
	3.1 Hälsa som vårdvetenskapens kunskapsobjekt.....	4
	3.2 Människan som vårdvetenskapens kunskapsobjekt.....	5
	3.3 Lidandet som vårdvetenskapens kunskapsobjekt.....	5
	3.4 Vårdandet enligt Lindström.....	6
4	Teoretisk bakgrund	8
	4.1 Depression.....	8
	4.1.1 Symptom hos ungdomar med depression.....	9
	4.1.2 Orsaker till depression hos ungdomar.....	10
	4.2 Vårdmetoder för depression.....	11
	4.2.1 Samtal.....	12
	4.2.2 Kognitiv psykoterapi.....	14
	4.2.3 Interpersonell psykoterapi.....	15
	4.2.4 Familjeterapi.....	16
	4.2.5 Läkemedel.....	17
5	Undersökningens genomförande	19
	5.1 Undersökningens material.....	19
	5.2 Dokument.....	20
	5.3 Översiktsartikel Resumé.....	21
	5.4 Innehållsanalys.....	22
	5.5 Etiska överväganden.....	23
6	Resultatredovisning	24
	6.1 Kännetecken på depression hos unga.....	24
	6.1.1 Kroppen.....	24
	6.1.2 Känslor.....	25
	6.1.3 Beteende.....	27

6.2	Riskfaktorer för depression.....	28
6.2.1	Fysiska riskfaktorer.....	28
6.2.2	Psykiska riskfaktorer.....	30
6.2.3	Sociala riskfaktorer.....	31
6.3	Behandlingsmetoder som rekommenderas till ungdomar med depression.....	32
6.3.1	Behandlingsmetoder.....	32
7	Tolkning.....	33
7.1	Kännetecknen på depression hos unga.....	33
7.1.1	Kroppen.....	33
7.1.2	Känslor.....	33
7.1.3	Beteende.....	34
7.2	Riskfaktorer för depression.....	34
7.2.1	Fysiska riskfaktorer.....	34
7.2.2	Psykiska riskfaktorer.....	35
7.2.3	Sociala riskfaktorer.....	35
7.3	Behandlingsmetoder som rekommenderas till ungdomar med depression.....	36
7.3.1	Behandlingsmetoder.....	36
8	Kritisk granskning.....	37
8.1	Intern logik.....	37
8.2	Innebördsrikedom.....	37
8.3	Heuristiskt värde.....	38
8.4	Det pragmatiska kriteriet.....	38
9	Diskussion.....	40

Del 2 Utvecklingsarbete

1	Inledning.....	43
2	Det goda samtalet.....	44
3	Resultat.....	47
3.1	Hur kan man som hälsovårdare hjälpa och stöda en ung deprimerad människa?.....	47
3.1.1	Vara uppmärksam.....	47

3.1.2 Att ha kunskap.....	48
3.1.3 Ge information och kunskap.....	48
3.1.4 Stödja och stärka.....	49
3.1.5 Skapa förtroende och en känsla av hopp.....	49
3.1.6 Hälsoundersökning och screening.....	49
3.2 Hur bör ett bra hälsosamtal vara?.....	50
3.2.1 Hälsovårdarens egenskaper.....	50
3.2.2 Hälsosamtal.....	51
3.2.3 Ett gott hälsosamtal enligt ungdomar.....	52
4 Tolkning.....	53
4.1 Hur kan man som hälsovårdare hjälpa och stöda en ung deprimerad människa?.....	53
4.1.1 Vara uppmärksam.....	53
4.1.2 Att ha och att ge information och kunskap.....	54
4.1.3 Stödja och stärka.....	54
4.1.4 Skapa förtroende och en känsla av hopp.....	55
4.1.5 Hälsoundersökning och screening.....	55
4.2 Hur bör ett bra hälsosamtal vara?.....	56
4.2.1 Hälsovårdarens egenskaper.....	56
4.2.2 Hälsosamtal.....	57
4.2.3 Ett gott hälsosamtal enligt ungdomar.....	58
5 Att hålla föreläsning.....	60
5.1 Målgrupp.....	60
5.2 Disposition.....	61
5.3 Presentations metoder.....	62
5.4 Praktiska frågor.....	63
6 Diskussion.....	64

Litteratur

Bilagor

1 Inledning

Psykiska sjukdomar blir allt vanligare i hela världen, och var femte finländare lider av någon slags mental störning. Ungefär 5-6 procent av den finländska befolkningen lider av svår depression. (Institutet för hälsa och välfärd, 2004). Depression är en form av psykisk sjukdom och den förekommer i alla åldrar och kan drabba vem som helst.

Barn och unga uttrycker symptomen på depression på ett annat sätt än vuxna. Av olika orsaker får barn och ungdomar sällan den vård de skulle behöva. Yngre barn blir sällan deprimerade men när pubertetsåldern uppnås fördubblas antalet depressioner. (Wasserman, 1998, 56).

När barn eller unga drabbas av depression ligger det ofta flera orsaker bakom. Svåra händelser i livet kan utlösa en depression, t.ex. mobbning, fysisk och psykisk misshandel, fysisk sjukdom eller sexuellt utnyttjande. Andra faktorer som kan bidra till att en depression utlöses är besvikelser och förluster av olika slag, t.ex. att misslyckas i skolan, flytta från en invand miljö eller förlora kontakten med viktiga personer i ens liv. Föräldrarnas problem kan också vara mycket psykiskt påfrestande för barnen. (Andersson-Höglund & Hedman-Ahlström, 2006, 69).

Vanliga symptom hos ungdomar som lider av depression är irritabilitet, nedstämdhet, aptitförändringar, sömnstörningar, trötthet, förändrad motorik, låg självkänsla och skuld känslor. Många får även koncentrationssvårigheter, ångest, smärtor samt tankar på självmord. (Wasserman, 1998, 57-61).

Studien är ett beställningsarbete från en hälsovårdscentral i Österbotten, och detta arbete kan användas av hälsovårdare och annan vårdpersonal. Ungdomars som känner sig nedstämda och ledsna bör alltid tas på allvar och hjälp bör finnas omgående för de unga som mår dåligt. Det lönar sig att ta tag i problemen och påbörja vården i ett tidigt skede när den unges psykiska hälsa försämras (Karlsson m.fl., 2005). Återkommande depressioner som inte behandlas leder till kronisk depression hos uppskattningsvis var tionde ungdom (Wasserman, 1998, 70). I vår teoretiska studie har vi valt att fokusera på ungdomar som lider av depression, eftersom detta är relevant för beställningsarbetet och även ett växande samhällsproblem.

Respondenterna vill även lyfta fram några av de mest använda vårdmetoderna som används för att behandla unga med depression och därigenom få en bredare kunskap om ämnet. Det finns många olika vårdalternativ när det gäller depression och respondenterna har valt att ta upp följande

vårdmetoder som används vid vården av depressioner hos ungdomar: kognitiv psykoterapi, interpersonell psykoterapi och familjeterapi, eftersom litteraturen som använts visar att dessa är de mest använda vid vården av unga med depression. Respondenterna lyfter även fram samtalets betydelse och eventuell läkemedelsbehandling.

Som hälsovårdare kommer man i kontakt med depressioner oavsett var man arbetar. Det är viktigt att vara uppmärksam och lära sig känna igen de första tecknen på depression bland unga för att kunna förebygga dessa. Denna studie kommer därför att vara till nytta för vårt kommande yrke. Enligt Gillberg och Hellgren (2000, 141) skiljer sig symptomen vid depression hos unga en aning från den vuxna människan. Vi vill lyfta fram dessa skillnader för att vården skall kunna förbättras specifikt för ungdomar.

2 Syfte och problemprecisering

Syftet med denna teoretiska studie är att göra vårdpersonal uppmärksam på depression hos ungdomar, samt förmedla kunskap om vad som kännetecknar depressionstillstånd hos en ung människa. Respondenterna vill ge beredskap för hälsovårdare att hjälpa och stöda ungdomar med depression.

Fokus ligger på att ge vårdpersonal beredskap att identifiera depressionssymptom hos unga och på detta sätt påbörja vården så tidigt som möjligt. Frågorna vi vill ha svar på i denna studie är:

1. Vad kännetecknar depression hos unga?
2. Vilka faktorer kan öka risken för depression hos unga?
3. Vilka behandlingsmetoder rekommenderas för ungdomar med depression?

I utvecklingsarbetet kommer vi att besvara följande frågor:

4. Hur kan man som hälsovårdare hjälpa och stöda en ung deprimerad människa?
5. Hur bör ett bra hälsosamtal vara?

3 Teoretisk utgångspunkt

Som teoretisk utgångspunkt kommer vi att använda Erikssons beskrivning av begreppen hälsa, människan och lidandet. Vi kommer även att ta hjälp av Lindströms beskrivning av vårdandet. Teorierna kommer att användas som referensram för tolkningen av resultatet.

3.1 Hälsa som vårdvetenskapens kunskapsobjekt

Hälsa ses ofta som en motsats till sjukdom. Eriksson (1993, 8-11) anser att människan bör sätta värde på sin hälsa och kämpa för den. Ibland krävs det en tankeväckande händelse, exempelvis en svår sjukdom, för att människan skall inse hur viktig hälsan är. Hälsa är något naturligt och det har sina rötter i människans ursprung. Ohälsa är däremot något som uppstår till följd av att människan stött på olika slag av hinder, som hon försökt klara av med större eller mindre framgång.

Enligt Eriksson (1993, 29) är hälsa ett integrerat tillstånd av friskhet, sundhet och välbefinnande. Frånvaro av sjukdom är dock inte nödvändigt för att en människa ska uppleva hälsa. Friskhet, sundhet och välbefinnande kan delas upp i en objektiv och en subjektiv dimension, där friskheten och sundheten omfattar den objektiva delen och välbefinnandet den subjektiva. Friskhet betonar den fysiska hälsan, medan sundhet utgör det psykiska. Välbefinnandet är en upplevelse av välbehag. (Eriksson, 1993, 29-44).

Enligt Eriksson är hälsa även tro, hopp och kärlek. Att ha en tro förhindrar inte ohälsa, men det kan hjälpa människan att skapa tillit till omgivningen. Hoppet är viktigt med tanke på nuet och på framtiden, hoppet ger människan tröst och stöder hälsan. Kärlek är något som människan behöver för att hon skall utvecklas och ha hälsa. Eriksson menar att en människa måste ha självförtroende för att uppleva tro, hopp och kärlek. (Eriksson, 1993, 49-51).

Eriksson beskriver hälsa som en rörelse, att människan själv är med och skapar sitt liv och sin hälsa. Olika hälsohinder kan hindra rörelsen och detta kan ske genom olika kroppsliga, andliga och själsliga delprocesser. (Eriksson, 1993, 54).

Hälsan är relativ, det vill säga den går inte att mäta. Den varierar i tid och rum, mellan olika kulturer och individer. Alla människor har en unik och individuell syn på hälsa. Hälsans relativitet omfattar människans hälsa som en helhet av människans liv. Det som sätter gränser för människans nuvarande hälsa omfattar människans förmåga att se en mening i livet och ha hopp inför morgondagen. (Eriksson, 1993, 76-79).

3.2 Människan som vårdvetenskapens kunskapsobjekt

Människan skall förstås utifrån relationerna mellan sig själv och andra. Det primära begäret hos människan är livsviljan och livsviljan utgör grunden för existensen. Kropp, själ och ande hör till den levande människan. Inom vårdforskningen måste helheten tas som utgångspunkt och den måste även förstås. Att få bekräftelse på sig själv, på det man upplever, på det man skapar och på att man är älskad är något som varje människa behöver. (Eriksson, 1991, 58-59)

Helheten, människan, är komplex, och det är denna komplexa helhet som vårdaren skall förstå, möta, tolka och vårda. Vårdforskningen strävar alltså efter att söka kunskap om hela människan, och om vårdforskningen riktas mot någon specifik del måste referensramen i alla fall vara människan som helhet. (Eriksson, 1991, 85-86)

Den levande människan är en hel människa, som ständigt lever i en tillvaro mellan varande och icke varande. Detta innebär att med mod övervinna hot som ständigt ligger över oss människor. Människan har en frihet som hon ständigt längtar till, men är samtidigt bunden till det yttre livet, det sammanhang och den värld hon lever i. Människan är ständigt i rörelse och är medveten om relationen mellan tid och rum. Människan vill vara en unik individ, men längtar även efter att tillhöra en större gemenskap och finnas som en individ i ett sammanhang. Människan är en helhet bestående av kropp, själ och ande, där olika begär för en ständig kamp. Människan saknar och längtar efter gemenskap med andra och med Gud. Människan har ett livslångt sökande efter en tillvaro där man kan ge och ta emot kärlek, uppleva tro och hopp och veta att det finns en mening med att vara här och nu. (Eriksson, 1991, 69).

3.3 Lidandet som vårdvetenskapens kunskapsobjekt

Lidandet kan ses som en kamp mellan det onda och det goda, samt en kamp mellan lidandet och lusten. Lidandet är motsatsen till lusten och lidandet utgör alltid en kamp. När människan upplever lidande bär hon på rädsla, ångest och oro. Lidandet är inte samma sak som ångest, men en människa som lider kan uppleva ångest. Ångest kan vara orsaken till lidandet. För att kunna övervinna sin oro och ångest bör människan omvandla sina känslor till lidande. När människan godkänt sin ångest kan hon gå in i lidandet och börja kampen. Beroende på människans livssituation väljer hon att antingen gå in i kampen eller ge upp. När kampen upphör känner människan inte längre något

lidande. Då kampen är som störst klarar människan vanligen inte av att förmedla sitt lidande till en annan människa. (Eriksson, 1994, 30-31; Wiklund, 2000, 161).

Enligt Eriksson (1994, 82-83) finns det tre olika former av lidande i vården och dessa är sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Det är vanligt att dessa former går in i varandra i en verklig situation. Sjukdomslidande innebär det lidande som är relaterade till sjukdom och behandling. Den vanligaste formen av sjukdomslidande utgörs av kroppslig smärta. Sjukdomslidandet kan även vara själsligt och andligt lidande som främst orsakas av känslor av skam, skuld och förnedring som människan upplever på grund av sin sjukdom eller behandling.

Vårdlidande omfattar det lidande som upplevs i själva vårdsituationen. Vårdlidandet kan sammanfattas i kränkning av patientens värdighet, fördömelse och straff, maktutövning och utebliven vård. Det är dock mycket individuellt hur en människa upplever lidandet i samband med vård eller utebliven vård och detta var bara en grov indelning. (Eriksson, 1994, 82, 87).

Utebliven vård kan förorsakas av otillräcklig förmåga att se och bedöma patientens behov. Utebliven vård kan omfatta allt från slarv till medveten vanvård och det innebär alltid en kränkning av människans värdighet samt utövandet av makt över en maktlös. (Eriksson, 1994, 92-93).

Livslidande innebär det lidande som uppfattas i samband med det egna unika livet. Detta lidande kan betyda allt från att förlora förmågan att utföra olika uppgifter till hot mot människans existens. Livslidandet omfattar allt som kan hända i ett mänskligt liv. (Eriksson, 1994, 83, 93)

Enligt Eriksson (1994, 95-96) går lidandet ofta att lindra, men en förutsättning för detta är att patienten känner sig välkommen, accepterad och vårdad i vårdsammanhang. För att kunna lindra en människas lidande bör människans värdighet inte kränkas eller att makt utövas på fel sätt. Patienten borde även få den vård hon eller han behöver. Att finnas till för patienten, vara ärlig, stöda, samtala, uppmuntra och trösta har ofta stor betydelse när det handlar om att lindra lidande.

3.4 Vårdandet enligt Lindström

Vårdaren kan enligt Lindström bidra till en gynnsam hälsoprocess genom att erbjuda patienten nya positiva erfarenheter i en äkta relation. Vårdrelationen kännetecknas av att vårdaren skall uppfylla de professionella kraven, dvs. att de baseras på vetenskapliga fakta, följer etiska krav och uttrycks med estetisk medvetenhet. (Lindström 1994, 86-87).

Lindström belyser vårdhandling och vårdaktivitet. Vårdhandlingen är det som är handlingens yttersta avsikt. Vårdaren bör fråga sig vad det är som kan åstadkomma en hälsoförändring i hälsoprocesserna och därefter utforma vårdhandlingen. Vårdhandlingen går ofta via upplevelser av olika slag, dvs. att patienten upplever något och därefter sker en förändring. Vårdhandlingen sker inom patienten och är inte direkt synlig. Vårdaktivitet är sådant som vårdaren gör för att åstadkomma vårdhandlingen. Med hjälp av många vårdaktiviteter förverkligas en vårdhandling. (Lindström, 1994, 98)

Bekräftelse är en vårdhandling som avser att vidröra och hela patienten. Hos de patienter som upplever att de inte blir bekräftade uppstår ofta ett lidande. Man bör kunna stanna upp och ta emot en annan människa i sitt eget livsutrymme för att kunna bekräfta denne. Väsentliga delar av bekräftelsen är inbjudan och mottagande. Omsorg är en annan typ vårdhandling. Detta innebär att vårdaren visar patienten att man bryr sig om henne eller honom samt att man ger utrymme till denne. I vårdhandlingen omsorg ingår också att visa respekt, ställa krav, stödja autonomin samt ge jagstöd. (Lindström, 1994, 98-104)

För vårdhandlingen trygghet krävs att vårdaren är tillgänglig och närvarande. Vårdhandlingen tillfredsställelse innebär att erbjuda patienten upplevelser av lust, belåtenhet och välbehag. För neutraliserande vårdhandling krävs verbal uttrycksförmåga. Vårdaren kan tillsammans med patienten utveckla ett språk för känslor. Detta kan vara till nytta speciellt för ungdomar som ofta har svårare att uttrycka sig verbalt. (Lindström, 1994, 104-106). Exempel på andra vårdhandlingar är identifikation, jagstöd, autonomitetsstöd, stöd av självaktning och självkänsla, medvetandegörande, varande och mötet. (Lindström, 1994, 102-103).

4 Teoretisk bakgrund

Som teoretisk bakgrund beskrivs begreppet depression samt dess symptom och orsaker specifikt för ungdomar. De vanligaste vårdmetoderna som används vid depression hos ungdomar har tagits upp. Respondenterna vill belysa ämnet både från ett medicinskt- och ett psykologiskt perspektiv. En sammanfattning av symptom på depression hos ungdomar finns i bilaga 1.

4.1 Depression

Alla kommer någon gång under sitt liv att känna sig nedstämda och ledsna, ingen kan gå igenom livet utan att möta svårigheter. Speciellt vanligt är det att känna sig nedstämd i livets övergångsperioder. Med övergångsperioder menas olika vägskalet i livet, t.ex. att flytta hemifrån, bli vuxen, skaffa nytt arbete, ha en ålderskris, bli pensionerad eller att någon anhörig går bort. Detta är helt naturliga processer och människan bör vara medveten om att detta inte är samma sak som depression. (Wasserman, 1998, 15-16).

Många gånger söker sig patienter till en allmänläkare för att de känner sig kroppsligt sjuka, fast de i själva verket mår psykiskt dåligt. Läkare använder sig av flera olika metoder för att kunna ställa diagnosen depression. Det viktigaste instrumentet som används är samtal, både med patienten själv och med anhöriga. Det finns också olika vetenskapligt utprovade och pålitliga skattningsskalor som psykiatern kan använda sig av. Med hjälp av dessa skalor kan man bestämma svårighetsgraden för en depression och även följa upp resultatet av behandlingen som ges. När diagnosen ställs tar läkaren även hänsyn till depressionens varaktighet, symptomens intensitet, sjukdomsförloppet och tidigare depression hos patienten eller i patientens familj. (Wasserman, 1998, 26-27).

Allmänna symptom som kan förekomma vid depression är bl.a. nedstämdhet, förlust av glädje och intresse för vanliga aktiviteter, aptitförändringar, sömnstörningar, förändrad motorik, trötthet, nedvärderande självbild, koncentrationssvårigheter, självmordstankar, sexuella störningar, ångest och misstänksamhet. (Wasserman, 1998, 28-31).

4.1.1 Symptom hos ungdomar med depression

Barn och ungas depression har ofta annan uttrycksform än vuxnas. Många gånger är irritabiliteten huvudsymptomet, eftersom unga kanske inte visar sin nedstämdhet. (Gustavsson, 2004, 47). Irritabiliteten är i tonåren ett jämställt symptom med nedstämdhet. En ung människa som lider av depression kan enbart vara irriterad utan att känna sig nedstämd, men oftast finns dock båda symptomen med i sjukdomsbilden. (Olsson, 2004, 30). Unga med depressionssymptom är också i allmänhet känsligare för kommentarer och tillrättavisningar och kan även i vissa fall visa aggressivitet. (Gustavsson, 2004, 42).

Det är inte ovanligt att unga med depression plötsligt förlorar intresset för sina vanliga aktiviteter. Istället kan den unga människan börja stänga in sig på sitt rum och t.ex. lyssna på musik i många timmar utan att egentligen känna något större engagemang. (Wasserman, 1998, 58). En tonåring med depression uttrycker ofta att ingenting är roligt. Samvaron med vänner är dock något av det sista som ges upp. (Olsson, 2004, 30).

Även störningar i aptiten är vanligt, över hälften av de ungdomar som söker vård har ändrade kostvanor. Många söker tröst via mat, de tröstäter, och går därmed upp i vikt utan att egentligen njuta av maten. Andra tappar matlusten och äter för lite. (Wasserman, 1998, 58). Långvariga förändringar i aptiten kan leda till ätstörningar. Ätstörningar hos unga kan bero på att tonårstiden är den period i livet då man skall frigöra sig från föräldrarna och bli mer självständig. Umgänge med jämnåriga prioriteras framför umgänge med familjen. Det blir viktigt att vara uppskattad och framgångsrik hos sina vänner. I samband med att flickor kommer in i puberteten och får kvinnligare former tvingas de att omvärdera sin kroppsuppfattning och självbild vilket ökar risken för anorexia nervosa, dvs. självsvält. (Wentz, 2011, 236-239).

Sömnstörningar är också allmänt förekommande hos deprimerade ungdomar. Många sover länge på morgonen och har svårigheter att stiga upp, och trots att de sovit många timmar är de orkeslösa och trötta. Andra har svårt att somna på kvällarna och vaknar många gånger under natten. Detta leder till att de drar sig för att gå och lägga sig och stannar därför uppe till långt in på natten. (Gustavsson, 2004, 47) Ganska snart har tonåringen vänt på dygnet. Många vaknar även upp under natten, vilket leder till att sömnen inte blir lika djup som normalt och den unga blir trött under dagen och känner sig utmattad. Andra sover extremt mycket under en depression. En del kan sova 10-12 timmar per natt, och även sova ett par timmar efter skolan på eftermiddagen utan att sedan känna sig pigga eller utvilade. (Olsson, 2004, 30).

Låg självkänsla är ett mycket vanligt symptom hos ungdomar med depression, speciellt bland flickor. Flickorna har ofta dåligt självförtroende och tycker inte om sitt utseende eller sin personlighet. Många lider också av skuldkänslor, t.ex. anklagar de sig själva för föräldrarnas skilsmässa eller osämja i familjen. (Wasserman, 1998, 60).

Ofta förekommer också koncentrationssvårigheter och uppmärksamhetsstörningar hos deprimerade ungdomar. Många har svårt att sitta stilla och lyssna, vilket i sin tur leder till att de presterar sämre i skolan än sina klasskamrater. (Wasserman, 1998, 60). Många ungdomar börjar skolka mycket, får problem med kamraterna och blir socialt isolerade. (Gustavsson, 2004, 43). Av alla skolvägrande ungdomar brukar över hälften vara deprimerade (Wasserman, 1998, 60).

Psykisk ohälsa tar sig ofta uttryck i somatiska problem hos ungdomar. Huvudvärk och magont är vanligt, men också mer diffusa symptom så som stickningar i benen eller bröstet eller värk och smärtor i olika delar av kroppen kan förekomma. (Wasserman, 1998, 60). Olika kroppsliga symptom är det första som får en deprimerad tonåring att söka hjälp. Hälsovårdare har därför goda möjligheter att först upptäcka depressionen i ett tidigt skede. (Olsson, 2004, 39).

Många unga som lider av depression har också en stark ångest.(Wasserman, 1998, 60). En del blir t.ex. uppskärade inför prov och föredrag i skolan och är ängsliga för hur de skall klara av skoldagen. Många känner en ständig oro av att de inte skall duga, vilket leder till att de blir tillbakadragna och undviker att ta kontakt med andra. (Olsson, 2004, 31). I vissa fall försöker tonåringen bedöva sin ångest med alkohol eller narkotika. (Wasserman, 1998, 60-61). De unga som börjar missbruka alkohol eller droger har mycket större risk att senare begå självmord. (Gustavsson, 2004, 47).

Det är mycket vanligt att unga som är svårt deprimerade någon gång har haft självmordstankar. Självmordsförsöken är till all lycka betydligt färre än självmordstankarna. (Wasserman, 1998, 61).

4.1.2 Orsaker till depression hos ungdomar

Depression är en multifaktoriell sjukdom, dvs. den har nästan aldrig en orsak, utan flera. Det biologiska arvet inverkar på förekomsten av depression hos ungdomar. Risken att insjukna i depression ökar nästan fyrfaldigt om någon av föräldrarna är eller har varit deprimerade. Detta har att göra med en biologiskt betingad sårbarhet i det centrala nervsystemet. Det psykologiska och sociala arvet spelar också en viktig roll i uppkomsten av depression hos unga. Förälderns depression

blir som en slags levnadsmodell för barnet, som visar ett sätt att reagera på livets påfrestningar. (Wasserman, 1998, 62).

Depressioner hos ungdomar kan ofta utlösas av yttre orsaker, t.ex. motgångar, ensamhetskänsla, att känna sig mobbad eller att inte få respekt av andra. Bristande självkänsla leder till att den unga människan känner sig sårbar och därmed är mera mottaglig för att insjukna i en depression. (Gustavsson, 2004, 46-47). Andra vanliga faktorer som kan bidra till att utlösa en depression är förlust av en förälder eller någon annan särskilt älskad person, besvikelser eller traumatiska livshändelser. Hos ungdomar kan en depression t.ex. utlösas av förlust av pojk- eller flickvän, att föräldrarna skiljer sig eller förlust av mor- och farföräldrar. (Wasserman, 1998, 62).

Förluster av olika slag leder ofta till känsla av ledsenhet eller nedstämdhet, men en sådan nedstämdhet är en naturlig reaktion på en situation som i allmänhet inte kräver någon behandling. Däremot om nedstämdheten är djup och symptomen inte avtar bör läkare uppsökas som kan ställa diagnosen depression. (Wasserman, 1998, 26).

Besvikelser kan också utlösa en depression. Det kan t.ex. handla om att den unga inte kommer in på den utbildningen hon eller han sökt till, att hon eller han misslyckas på ett prov eller i en tävling, eller att hon eller han känner sig sviken av någon kompis eller någon annan som hon eller han litar på. (Wasserman, 1998, 62)

Traumatiska livshändelser kan ha en stor inverkan på utvecklande av depression hos unga. Det kan bland annat handla om fysisk eller psykisk misshandel, sexuellt utnyttjande eller mobbning. Föräldrarnas missbruk, relationsproblem i familjen, ekonomiska problem eller långvarig sjukdom är också negativa livshändelser som kan påverka en depression. Många unga upplever också sin framtid som mycket dyster och hopplös, och dessa känslor kan bidra till att en depression utvecklas. (Wasserman, 1998, 62-63).

4.2 Vårdmetoder för depression

Målet med alla behandlingar är givetvis att patienten skall bli frisk från sin depression och återfå sin livskvalitet. Alla människor är individuella, vilket betyder att val av vårdmetod och vägen för att uppnå målen varierar. Antidepressiva läkemedel ger kanske en snabbare lindring vid en depression än psykologiska behandlingsformer ger, men de psykologiska metoderna är viktiga för att människan skall återfå sin livskraft och minska risken för återfall. (Wasserman, 1998, 188).

Viktiga faktorer som påverkar valet av behandling och dess effektivitet är patientens personlighet, inställning och sjukdoms symptom. Valet av vårdmetod skall avgöras av läkaren och patienten. De vanligaste vårdmetoderna inom psykoterapi för barn och ungdomar är kognitiv psykoterapi samt interpersonell psykoterapi, dessa har även ibland kombinerats med familjeterapi. (Wasserman, 1998, 193-194, 70).

Ungdomar som är deprimerade skall i första hand behandlas med psykologiska behandlingsmetoder, oberoende depressionens svårighetsgrad. Den unga människan behöver ofta förstärka sitt självförtroende samt lära sig hantera situationer som kan orsaka depression. Det finns dock fall där kombinationsbehandling av antidepressiva läkemedel och någon psykologisk behandlingsform rekommenderas, sådana är bland annat svåra depressioner som riskerar att bli kroniska. (Wasserman, 1998, 197-198).

I en del psykoterapier är det terapeuten som är aktiv, frågar och stöttar patienten och i andra metoder är terapeuten helt neutral och låter patienten själv fundera kring sina problem och komma med eventuella lösningar. Detta gör att terapierna blir olika, en annan bidragande orsak är att själva metoden som används varierar. (Wasserman, 1998, 238).

Om föräldrarna misstänker att deras barn lider av depression skall de inte tveka att söka hjälp, eftersom vården borde påbörjas så fort som möjligt. Barn och ungdomar med depression bör alltid vårdas av barn- och ungdomspsykiater. Ungdomar med depression som inte får behandling drabbas ofta av återfall och ungefär var tionde blir kroniskt deprimerad. (Wasserman, 1998, 69-70).

4.2.1 Samtal

Nedan beskrivs samtalet i korthet och i utvecklingsarbetet kommer respondenterna att redogöra noggrannare för samtalets betydelse samt hur ett bra hälsosamtal bör vara.

Äldre barn och ungdomar behärskar språket, och samtal med unga liknar samtal med vuxna patienter. En del barn och unga kan vara svåra att nå i samtal eftersom de kanske har dåliga erfarenheter sedan tidigare, t.ex. att ingen lyssnat på dem eller att de inte blivit respekterade. Ibland kan det vara lättare att nå fram till barnet eller ungdomen genom att han eller hon får skriva ner sina tankar och känslor. Samtalet kan även äga rum på något mera bekvämt ställe, t.ex. under en promenad, på ett café eller hemma hos familjen. (Svirsky, 2010, 55-56).

Kommunikationen mellan patient och vårdare uttrycks ofta i form av ett samtal. Samtalet förutsätter och skapar någon form av relation med patienten. Beröring, närvaro och lyssnande är några viktiga relationella teman av ett vårdande samtal. Närvaro innebär både där-varo, och med-varo. Därvaro handlar om att vara där fysiskt för någon annan människan, men också att finnas närvarande för någon. Vårdarens uppmärksamhet blir central i där-varo, och syftet med där-varon är att ge stöd, tröst och uppmuntran. (Wiklund-Gustin, 2010, 352).

Med-varo innebär att vara tillgänglig och till förfogande med hela sin person. Vårdaren och patienten är tillsammans som hela personer, inte endast som roller. I med-varon stannar vårdaren kvar hos patienten och uthärdar sina egna känslor av obehag och olust. I denna process blottas mänskligheten och man konfronteras av känslor av att inte kunna hjälpa till, inte veta och inte kunna bota. (Wiklund-Gustin, 2010, 352-353).

Beröringen är också en viktig del av samtalet med patienten. Beröringen kan delas in på två olika sätt: fysisk beröring med hudkontakt och beröring utan hudkontakt. Beröringen kan vara endera uppgiftsorienterad, vårdande eller beskyddande. (Wiklund-Gustin, 2010, 353).

Att lyssna på patienten innebär inte bara att ta in vad som sägs, utan att även tolka och förstå, samt att bekräfta förståelsen för den som talat. För att kunna lyssna krävs att vårdaren tystar sina egna tankar och koncentrerar sig, och att tid och utrymme ges för patienten att tänka och berätta. I bekräftandet av vad patienten berättat är element som reflektion, tolkning och förståelse viktiga. Bekräftelsen bygger även på att vårdaren stiger in i den lidande patientens värld utan att absorberas av sina egna känslor. (Wiklund-Gustin, 2010, 354).

På frågan hur en professionell vårdare är framkom att självrespekt, respekt för andra och autonomi av ansvar är viktigt. Även omsorg om andra är en viktig egenskap hos vårdare. Den etiska aspekten är mycket viktig när frågan hur vårdaren skall fungera i ett vårdande samtal skall besvaras. Den etiska aspekten innebär hur ett samtal formas av den grundläggande asymmetrin mellan lidande och medlidande. (Wiklund-Gustin, 2010, 356). Relationen mellan patient och vårdare balanseras med ömsesidighet, vilket är startpunkten för patientens hälsa. Patientens självaktning och autonomi, respekt och ansvar stärks. Asymmetrin i det vårdande samtalet blir synligt genom att delad glädje är dubbel glädje, medan lidande blir lindrat lidande. (Wiklund-Gustin, 2010, 359).

4.2.2 Kognitiv psykoterapi

Ordet kognition betyder förståelsens innehåll, och omfattar sättet att ta emot och förvara information, samt hur den används och bearbetas. (Keinänen & Engblom, 2007, 172).

Kognitiv psykoterapi, kognitiv beteendeterapi och kognitiv terapi är olika benämningar på vårdmetoder som innefattar både kognitiva och beteendeterapeutiska metoder. Det som skiljer dem åt är att de har lite olika teoretisk bakgrund som ger sig uttryck i terapiernas bedömning och behandling. (Gillberg & Hellgren, 2000, 427).

Kognitiv terapi betonar sammanhanget mellan tankar, känslor och beteende. Det anses att med hjälp av att ändra sitt tankemönster kan känslor och beteende påverkas. (Ottosson & Ottosson, 2007, 215).

Med kognitiv beteendeterapi är målet att åstadkomma en förändring i beteendet och tankemönstret (Ottosson & Ottosson, 2007, 115-116). Kognitiv beteendeterapi är en kombination av kognitiv terapi och beteendeterapi. Eftersom kognitiv terapi och beteendeterapi är ganska lika kan de tillämpas på detta sätt, trots att deras teoretiska bakgrund skiljer sig från varandra. (Ottosson & Ottosson, 2007, 215).

Kognitiv psykoterapi har tillämpats sedan 1970-talet (Wasserman, 1998, 189). Denna terapi används främst vid lätta och medelsvåra depressioner (Wasserman, 1998, 239). Kognitiv psykoterapi fokuserar på patientens problem och målsättningar. Den bygger på en grundlig bedömning av patientens tillstånd och bakgrund som berör patientens nuvarande besvär. Tillvägagångssättet samt hur behandlingen kommer att vara till hjälp för patienten går igenom med patienten direkt när behandlingen påbörjas. (Gillberg & Hellgren, 2000, 428). Denna typ av terapi kan användas i både individuell terapi och grupperapi (Gillberg & Hellgren, 2000, 422).

Målet med den kognitiva psykoterapin är att hitta nya sätt att se på sig själv och på omvärlden. Med terapeutens hjälp lär sig patienten att tänka om och tolka sina upplevelser ur nya perspektiv, vilket gör att hon lär sig att känna och handla annorlunda. Detta gör att hon kan undvika känslor som exempelvis hopplöshet och ångest i stressfyllda situationer. Genom att bygga om sina referensramar kan patienten förändra sina negativa tankemönster och hantera stressfyllda situationer på bättre sätt. Om patienten lär sig att hantera en stressfylld situation undviker hon att må dåligt, vilket gör att de depressiva symptomen minskar. (Wasserman, 1998, 238-239).

En deprimerad människa har ofta ett negativt tankemönster. Därför är en viktig del av den kognitiva psykoterapin att förändra detta tankemönster, eftersom negativa tankar om sig själv och sin omgivning gör att depressionen kvarstår. I terapin gås de negativa tankarna och uppfattningarna igenom och bearbetas omsorgsfullt, detta gör att patienten får en mera realistisk bild av sig själv och verkligheten samt får ett bättre självförtroende. Målet är även att patienten skall få nya infallsvinklar och förstå vilka problem de negativa tankarna orsakar. (Wasserman, 1998, 239- 240).

Relationen mellan terapeuten och patienten är mycket viktig i kognitiv psykoterapi. Patienten måste känna sig trygg och samarbetet måste fungera för att patienten skall våga ge sig in i nya tankemönster. I denna typ av terapi är terapeuten aktiv och bidrar med kunskap och erfarenheter till patienten. Patienten i sin tur koncentrerar sig på sina tankar och känslor. (Gillberg & Hellgren, 2000, 428). Patientens problem bryts ner till mindre bitar och patienten bearbetar dem steg för steg med terapeutens hjälp (Gillberg & Hellgren, 2000, 157).

Sessionerna i kognitiv psykoterapi är strukturerade och kan vara mellan 20 och 60 gånger, beroende på patientens behov. Patienten får efter varje session hemuppgifter för att det som gått igenom under sessionerna skall kunna fortsätta hemma. Sessionerna är uppbyggda på ett speciellt sätt och de tar upp direkta situationer och händelser som patienten anser vara besvärliga. På basen av dessa tankar och upplevelser gås patientens problem igenom. (Wasserman, 1998, 239-240).

4.2.3 Interpersonell psykoterapi

Den interpersonella psykoterapin koncentrerar sig på störda människorelationer samt på att reda ut själva depressionen (Keinänen & Engblom, 2007, 71). De störda relationerna kan utlösa och upprätthålla en depression. Exempel på sådana relationer är bland annat familjekonflikter, förluster, problem med att acceptera nya levnadsförhållanden samt svårigheter att behålla harmoniska förhållanden runt omkring sig. (Ottosson & Ottosson, 2007, 96).

Interpersonell psykoterapi kan tillämpas på lindiga och medelsvåra depressioner (Ottosson & Ottosson, 2007, 95). Metoden har använts sedan 1970-talet och anses effektiv om man vill förebygga återfall, men den är även mycket användbar i akuta skeden. Den interpersonella psykoterapin är målinriktad och fokuserar på nutiden. Terapin utspelar sig under en begränsad tid enligt patientens behov. (Wasserman, 1998, 189, 246).

Terapin omfattar ungefär 20 sessioner. Vid långtidsbehandlig träffar patienten terapeuten 1-2 gånger i veckan under 1-2 års tid. För att förebygga återfall och kronisk depression rekommenderas en behandling på flera år. (Wasserman, 1998, 246).

Målet med denna terapi är att lyfta fram omedvetna och medvetna föreställningar som berör de problem som kvarhåller eller orsakar depression. Detta resulterar i att patientens självförtroende och självkänedom växer och att den sociala förmågan utvecklas. Patienten får kunskap om vilka kommunikationsmönster som främjar den psykiska hälsan och förbättrar människorelationer, patienten får även stöd och hjälp för att förändra sina redan uppbyggda kommunikationsmönster. Med hjälp av terapin kan patienten hantera svåra situationer, som till exempel familjekonflikter, detta gör att han då kan undvika att bli psykiskt ostabil och få depression. (Wasserman, 1998, 246-247).

En av terapeutens viktigaste uppgifter är att granska de relationer som patienten har till sina närmaste anhöriga. Han funderar igenom eventuella problem tillsammans med patienten och de försöker tillsammans finna lösningar så att relationerna skulle bli bättre. Den interpersonella psykoterapi betonar starkt att goda människorelationer minskar depressionssymptomen. (Kontunen, Karlsson & Larmo, 2007, 12).

Interpersonell psykoterapi används som individuell terapi, men kan även tillämpas i en grupp eller familj. Ibland är det viktigt att på något sätt ta med familjen eller någon anhörig i behandlingen, speciellt om det berör en yngre person med depression. (Kontunen, Karlsson & Larmo, 2007, 170).

4.2.4 Familjeterapi

Familjeterapi är vanlig inom barn- och ungdomspsykiatri. Det finns många olika former av familjeterapi och formen man väljer beror ofta på terapeuten och familjesituationen. Ju yngre en människa är, desto större behov finns det av familjeterapi, eftersom en yngre person ofta har ett större behov av sin familj. (Räsänen, Moilanen, Tamminen & Almqvist, 2000, 278, 349).

Enligt Wasserman (1998, 198) är det viktigt att ta med hela familjen i behandlingen. Familjeterapi kan vara nödvändigt om det finns stora brister i familjelivet. Föräldrarna kan behöva stöd för att klara av att ha en deprimerad ungdom i familjen och de kan ha en förvrängd syn på sitt barn samt dess roll och behov. Depressionen bör förklaras och verklighetsuppfattningen redogöras. (Gillberg & Hellgren, 2000, 156).

Depressioner av lätt och medelsvår grad kan behandlas med familjeterapi om grunden för depressionen bottnar i familjerelationerna. Relationerna mellan familjemedlemmarna är ofta svåra och diffusa när en av medlemmarna lider av depression. Det är därför viktigt att reda ut problemen och lära familjemedlemmarna att se realistiskt på varandra. De behöver även lära sig att förstå varandra och kommunicera för att ett normalt familjeliv skall fungera. (Wasserman, 1998, 248).

Terapeuten har en viktig roll i familjeterapi. Familjemedlemmarna måste kunna lita på honom eller henne och förstå att han eller hon verkligen vill familjens bästa. Terapeuten måste verkligen sätta sig in i problemet och ta risker för att få en ändring i familjen. För att terapin skall bli så bra som möjligt behövs ett team som består av ungefär tre vårdare. En av terapeuterna är den som samtalar med familjen, medan de övriga iakttar familjens och terapeutens samtal och beteenden. Denna arbetsmetod är viktig för att terapeuten inte skall bli för inblandad i familjen eller ta ställning för någon av familjemedlemmarna. Under terapins gång tas det pauser då alla arbetstagarna gör ett sammandrag av deras upplevelser och tankar. De kan då få nya idéer och tankar som kan förbättra familjeterapin. (Räsänen, 2000, 348-349).

Målet med familjeterapi är att hjälpa familjen framåt och lösa deras problem och brister. Det är viktigt att alla familjemedlemmar, oberoende av ålder, deltar i terapin och tillsammans försöker hitta nya lösningar tillsammans med terapeuten. Sessionernas antal och täthet kan variera beroende på vilken form av familjeterapi som används, det vanligaste är dock en träff med 3-4 veckors mellanrum, i ungefär ett halvt till ett års tid. (Räsänen, 2000, 347-349).

4.2.5 Läkemedel

Föräldrar har ofta en negativ inställning till medicinering av deras barn vid psykisk ohälsa. Detta beror vanligen på bristande kunskap om vilka medicineringsalternativ som finns, hur medicinerna verkar och vilka biverkningar de kan ge. (Svirsky, 2010, 108).

Den första generationens antidepressiva läkemedel domineras av tricykliska antidepressiva läkemedel. Denna typ av läkemedel har använts länge vid depressionstillstånd. Tricykliska antidepressiva har ganska många biverkningar och kan vid höga doser orsaka bland annat hjärtsvikt. Överdoserering är med andra ord livsfarligt. Dessa läkemedel ökar självmordsrisken. (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, 237).

Andra generationens antidepressiva läkemedel utgörs av selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI). SSRI innebar stora framsteg, eftersom denna läkemedelsgrupp har mindre biverkningar men ändå samma antidepressiva verkan som tricykliska antidepressiva. SSRI kallas ibland för ”lyckopiller” eftersom de även har en viss effekt på ångestsyndrom. SSRI har inga farliga effekter på hjärtat. Tack vare de nya antidepressiva läkemedlen, SSRI, har medicineringen av depressioner blivit bättre. Tricykliska antidepressiva bör undvikas hos ungdomar, eftersom de har mera biverkningar och är livsfarliga vid överdosering. (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, 237-238; Olsson, 2004, 101).

Det är viktigt att informera patienten och familjen om att det tar några veckor innan läkemedlet ger någon effekt. Ibland kan det ta långt tid att hitta rätt läkemedel och klienten måste kanske gå igenom flera läkemedelsbyten. För att hitta rätt medicin krävs tålamod, vilket ungdomar brukar ha svårigheter med. (Olsson, 2004, 102).

Medicinsk behandling kan hjälpa ungdomar att må bättre och ibland underlätta psykoterapin (Svirsky, 2010, 108). De första effekterna som läkemedlen brukar ge är att irritabiliteten minskar, psykomotoriska hämningen släpper och ansiktet blir mera livfullt. Senare kommer även koncentrationsförmågan tillbaka, tankeförmågan blir bättre, positiva tankar om ungdomen själv och omgivningen ökar och glädjen kommer tillbaka. Tonåringen bör dock vara medveten om att den första veckan då medicineringen påbörjats kan bli oroligare och tyngre än det varit utan medicinering. Först efter en månads behandling kan man med säkerhet fastställa om läkemedlet är rätt och om dosen måste ändras. (Olsson, 2004, 102- 103).

5 Undersökningens genomförande

Studien är teoretisk med kvalitativt närmelsesätt. Den kvalitativa metoden valdes för att den är lämplig för att få svar på våra frågeställningar. Genom en teoretisk studie med mycket litteratur och vetenskapliga artiklar får respondenterna ett vidare perspektiv jämfört med om studien skulle ha gjorts empiriskt.

Med tanke på att materialet skall tolkas och analyseras anser respondenterna att kvalitativ metod är den lämpligaste. Kvalitativa data kännetecknas av ord, både skrivna och talade, och de relateras ofta till forskningsmetoder som t.ex. dokumentstudier (Denscombe, 2009, 367).

Med kvalitativ metod vill forskaren försöka förstå och analysera helheter, samt skaffa en djupare kunskap om ett ämne (Patel & Davidson, 1994, 99). Kvalitativ metod kännetecknas av att försöka komma så nära forskningsobjektet som möjligt. När förkunskaperna om det ämne som skall studeras inte är tillräckliga, används kvalitativ metod. (Eriksson, 1992, 99)

Studiens datainsamlingsmetod utgörs av insamlade forskningsartiklar och bildar därmed en dokumentstudie. I dokumentstudien har respondenterna riktat in sig på skriftliga källor (Denscombe, 2009, 295). Studien baserar sig på 28 vetenskapliga forskningsartiklar. Artiklarna valdes eftersom de var relevanta, empiriska och kan hänföras till vårdvetenskapen. Dessa artiklar analyseras med hjälp av innehållsanalys, resultatet av analysen kommer att utforma vårt resultat. Slutligen görs en resumé, en översiktsartikel, över alla använda studier för att läsaren skall få en överblick över de använda forskningarna. Resumén finns i bilaga 2.

Följande frågor har ställts till artiklarna:

1. Vad kännetecknar depression hos unga?
2. Vilka faktorer kan öka risken för depression hos unga?
3. Vilka behandlingsmetoder rekommenderas för ungdomar med depression?

5.1 Undersökningens material

Respondenterna har använt sig av dokumentstudier, vilket innebär att undersökningens material utgörs av vetenskapligt godkända forskningsartiklar. Forskningsartiklarna är underlaget för arbetet och även resultatet baserar sig på dessa. Tiden som vi sökt våra artiklar är från januari 2011 till september 2011.

Manuellt har vi sökt artiklar ur *Vård i Norden* (1/2011, 1-4/2010, 2/2007, 1-4/2006, 4/2005, 3/2004), *Journal of advanced nursing* (2004-2010), *Journal of Clinical nursing* (2003-2007), *Hoitotiede* (2002-2010) och *Läkartidningen* (2003-2010). Användbara artiklar hittades endast i *Vård i Norden* (2006, 2007, 2008) och *Läkartidningen* (2004).

Respondenterna har även sökt forskningsartiklar i olika databaser, så som EBSCO, Cinahl och Academic Search Elite där de flesta artiklarna hittats. Artiklar har även sökts i databaser som Springer Link och Svemed+, i dessa hittades endast några användbara artiklar. I databaserna ARTO och Medic hittades inga relevanta artiklar.

Sökord som använts är depression, adolecensence, nursing, caring, symptoms, symptom, exercise, treatment, psychotherapy, familytherapy, cognitive therapy, interpersonal therapy, bullying, somatic symptoms, psychosomatic symptoms, mental health, anxiety, painsymptoms, risk factors, risk behaviour, conversation, health samt olika kombinationer av dessa. En del av dessa sökord har även översatts till finska och svenska när vi sökt artiklar på finska och svenska databaser.

28 vetenskapliga artiklar av 51 artiklar valdes ut.

5.2 Dokument

Tidigare ansåg man att dokument endast var nedskrivna information. Tack vare den tekniska utvecklingen används ordet dokument i en vidare betydelse idag. Dokument omfattar nu utöver den nedtecknade informationen även t.ex. filmer, bilder och bandinspelningar. (Patel & Davidson, 1994, 54). I dokumentanalys närmar forskaren sig indirekt det som studeras genom att analysera exempelvis dokument eller dagböcker, samt genom att försöka sätta sig in i den undersöktes tankevärld. I denna studie har respondenterna valt att använda sig av nutida, skriftliga dokument och har valt att fokusera på vetenskapligt godkända forskningsartiklar (Carlsson, 1991, 26, 51).

Svårigheten med att använda sig av dokumentstudier är att det kan vara svårt att hitta det mest relevanta materialet (Carlsson, 1991, 57). Genom att noggrant välja ut sökord kan man få fram relevanta forskningsartiklar för sin studie (Ejvegård, 2007, 83-84). Enligt Patel och Davidson (1994, 55) bör val av dokument göras omsorgsfullt, det är viktigt att se till att helheten blir så fullständig som möjligt. Det som undersöks bör med andra ord belysas ur flera olika synvinklar. Om forskaren endast belyser ämnet från ett perspektiv blir resultatet ofullständigt (Patel & Tebelius, 1987, 85).

Dokument kan besvara frågor kring förhållanden och skeenden. Det är därför viktigt att fastställa att informationen som används är ”sannolik”. (Patel & Davidson, 1994, 55) Sannolikheten kan fastställas genom att vara kritisk och kontrollera hur dokumentet har uppkommit, samt var, när, varför och av vem dokumentet är gjort. Man måste även veta om dokumentet är ett original eller en förfälskning. (Patel & Tebelius, 1987, 85).

När det gäller dokument är det viktigt att komma ihåg att man inte enbart kan använda sådana dokument som stöder de egna tankarna. Om forskaren endast använder sådant material som stöder de egna idéerna kan resultatet bli falskt. Det är med andra ord viktigt att behandla, presentera och diskutera både sådana fakta som stöder och motsäger forskarens tankar och resultat. (Patel & Davidson, 1994, 56).

5.3 Översiktsartikel Resumé

En översiktsartikel, en resumé, har gjorts endast för att läsaren skall få en överblick över de använda forskningarna.

Resumé är en typ av översiktsartikel. En resuméartikel ger en kort sammanfattning av alla relevanta studier inom ett bestämt område. Den ger även en snabb överblick över innehållet i undersökningarna. I en resuméartikel får alla forskningsartiklar lika mycket uppmärksamhet. Resumén bör innehålla de viktigaste elementen i studien, det vill säga syfte, frågeställningar, metoder och resultat. Dessa element ställs upp i en tabell som framställer alla forskningsartiklar neutralt och likvärdigt. (Kirkevold, 1996, 107; 1997, 980-981).

Syftet med en översiktsartikel är enligt Kirkevold (1996, 103) att presentera existerande forskningslitteratur om ett bestämt ämne för att få fram vilka frågor som är besvarade i litteraturen, samt hur dessa besvarats. Med andra ord är en översiktsartikel resultatet av identifiering och insamling av all relevant litteratur om ett ämne. Översiktsartikeln gör det lättare att få en bra översikt över ett ämne ifall det är svårt att få en helhetsbild av området. (Kirkevold, 1996, 103).

För att få en god resumé av artiklarna bör forskaren kontrollera att undersökningarna som används är tillförlitliga. För att kunna ta ställning till artiklarnas vetenskapliga kvalitet bör en grundlig och kritisk analys göras av dem. En viktig fråga som bör besvaras i en god översiktsartikel är vilken grad av stöd som finns för de olika slutsatserna eller fynden som presenteras i undersökningarna. (Kirkevold, 1996, 104).

Fördelarna med resumén är att den ger en snabb överblick över ett ämne. All väsentlig information har samlats och placerats i en enkel tabell så att läsaren lätt kan få en överblick av materialet utan att själv behöva sätta sig in i all litteratur som ligger som grund för studien. Resumén ger även läsaren möjlighet att plocka ut vilka av undersökningarna som är särskilt aktuella och läsaren kan då läsa dem i sin helhet. Nackdelen med resumé är att en stor del av utvärderingsarbetet och analysen av den existerande forskningen kvarstår och överlämnas till läsaren. (Kirkevold, 1996, 103, 109).

5.4 Innehållsanalys

Som analysmetod har respondenterna valt att använda sig av innehållsanalys för att kunna ge en bra överblick över de studier som använts. Innehållsanalys är lämplig att använda när det handlar om flera studier, ur vilka respondenterna vill lyfta fram skillnader och likheter. Innehållsanalys är en kvalitativ analysmetod. (Carlsson, 1991, 62).

När innehållsanalys används är det av betydelse att ha ett rikligt urval med källor. Vanligtvis räknas hur många gånger vissa termer eller faktorer förekommer i urvalet av källor. Sedan sätts dessa termer och faktorer in i ett sammanhang, och sedan förklaras och tolkas de. (Bell, 2007, 129).

Innehållsanalys är ett sätt att analysera dokument både systematiskt och objektivt. Det är ett sätt att ordna, beskriva och kvantifiera ett fenomen som undersöks. När man gör en innehållsanalys försöker man bygga upp sådana kategorier som sammanfattar det undersökta materialet samt gör det lättare att bearbeta. (Kygäs & Vanhanen, 1999, 3-4)

En innehållsanalys kan göras antingen induktivt eller deduktivt. En induktiv innehållsanalys innebär att analysen görs utgående ifrån det forskningsmaterial som samlats in för arbetet. En deduktiv innehållsanalys innebär att material analyseras utgående ifrån en färdig modell eller teori. (Kygäs & Vanhanen, 1999, 5-7). Vi har valt att använda deduktiv ansats eftersom vi sökt svar på våra forskningsfrågor. Innehållsanalysen har gjorts på ett induktivt sätt eftersom vi har förenklat, kategoriserat och abstraherat materialet.

Induktiv innehållsanalys kan indelas i tre faser: förenkling av materialet, kategorisering och abstrahering. Analysen börjar med att materialet förenklas genom att koda uttryck som hör till studien. När materialet har förenklats, förenas de uttryck som ser ut att höra ihop, dessa uttryck bildar då en kategori. Kategorin ges ett namn som beskriver dess innehåll väl. Redan i detta skede börjar abstraheringen. Med abstrahering menas att kategorier som liknar varandra sammanförs och

överkategorier bildas. Abstraheringen fortsätter så länge det är meningsfullt och möjligt. (Kyngäs & Vanhanen, 1999, 5-7).

5.5 Etiska överväganden

I vår teoretiska studie kommer vi inte att använda människor som datakälla, detta gör att vi inte kan orsaka skada, lidande eller illabefinnande för någon människa som deltar i studien (Eriksson, 1992, 21).

Plagiat är inte tillåtet att använda i examensarbetet och denna princip har vi följt. Fastän vi stöter på sådan litteratur som motsäger våra egna utgångspunkter använder vi den eftersom det enligt oss är etiskt korrekt. Vi kommer att analysera det insamlade datamaterialet objektivt.

För att en vetenskaplig forskning skall vara etisk godtagbar, tillförlitlig och för att resultaten skall vara trovärdiga bör forskningen bedrivas i enlighet med god forskningspraxis. Med god forskningspraxis menas bl.a. att forskarna iakttar forskningssamfundets verksamhetssätt, dvs. ärlighet, omsorgsfullhet, noggrannhet i forskningen och i dokumenteringen, presentationen av resultaten samt bedömningen av undersökningar och undersökningresultat. Forskningen bör även planeras, genomföras och rapporteras i detalj för att följa god vetenskaplig praxis. (Forskningsetiska delegationen, 2011).

Att finna relevanta forskningar sker sannolikt utan några etiska problem (Denscombe, 2009, 299).

6 Resultatredovisning

I detta kapitel har respondenterna gjort en innehållsanalys av de använda forskningarna. Resultatet av innehållsanalysen presenteras nedan i form av kategorier. Kategorierna som framkommer skrivs med **fet stil**, och underkategorierna skrivs med *kursiverad stil*.

6.1 Kännetecknen på depression hos unga

Kategorierna utgörs av **kroppen, känslor och beteende**.

6.1.1 Kroppen

Vi har funnit följande underkategorier: *Fysiska symptom* och *kroppsliga förändringar*.

Fysiska symptom framkom som kännetecknen i flera artiklar. Förekomsten av depression var högre bland ungdomar med återkommande smärta. Följande symptom förekom minst en gång i veckan, flickor (pojkar) huvudvärk 31,5 % (17,0 %), magont 13,2 % (6,7 %), smärta i nedre ryggen 26,2 % (12,8 %) och smärtor i axlar och nacke 9,7 % (9,1 %). De ovan nämnda smärtorna förutsåg depression oberoende av varandra och med lika stort värde. (Härmä, Kaltiala-Heino, Rimpelä & Rantanen, 2002).

Det oftast förekommande smärtsymptomet bland ungdomar var huvudvärk. Det förekom hos 28 % av flickorna och 23 % av pojkarna, en eller flera gånger i veckan (Kinnunen, Laukkanen & Kylmä 2010). Det kan även vara ett tecken på depression om en ungdom eller ett barn lider av flera somatiska besvär samtidigt (Dopheide, 2006).

Att vara uppmärksam på unga med återkommande smärtor är viktigt. Enligt studien bör vårdpersonal som arbetar med unga vara medvetna om kopplingen mellan smärtor och depression för att kunna utreda med hjälp av t.ex. en intervju ifall det ligger en depression bakom symptomen. (Härmä, m.fl. 2002).

Det är även viktigt att vara uppmärksam på ungdomar med flera återkommande psykosomatiska symptom som förekommer en eller flera gånger i veckan. Ungdomar kan ibland uttrycka sina känslor i form av olika psykosomatiska symptom. (Kinnunen, Laukkanen & Kylmä, 2010).

Kroppsliga förändringar var ett vanligt kännetecken på depression hos unga flickor, speciellt viktförändringar (Khalil, Rabie, Abd-El-Aziz, Abdou, El-Rasheed & Sabry, 2010). Aptitnedsättning förekom ungefär hos en tredjedel av de deprimerade ungdomarna och var betydligt vanligare hos de som var deprimerade jämfört med de friska. Ökad aptit var lika vanligt hos de som hade depression som hos dem som inte hade depression. (von Knorring, Cederberg-Byström, Nyberg, Hedlind, Stålenheim & von Knorring, 2004).

En studie visar att överviktiga ungdomar som har ångest- eller depressionssymptom utnyttjar ätandet för att hantera sina negativa känslor. Känslomässigt ätande hade ett samband med ångest och okontrollerat ätande. Depression var relaterat till känslomässigt ätande, men inte till okontrollerat ätande. Speciellt ungdomar som sökt vård på grund av övervikt visade sig vara i riskzonen för att drabbas av okontrollerat ätande. Studien visar att de som sökte hjälp på grund av sin övervikt 50 % oftare led av okontrollerat ätande och visade mera depressiva symptom jämfört med de ungdomar som inte sökt hjälp. (Goossens, Braet, Van Vlierberghe & Mels, 2008).

6.1.2 **Känslor**

Underkategorierna är *ensamhet, ledsenhet, känslomässiga avvikelser, negativt tänkande, destruktiva tankar, trötthet* och *avvikelser i tankeförmågan*.

Ensamhet är ett av de tio vanligaste symptomen på depression enligt studien genomförd av Crow, Ward, Dunnachie och Roberts (2005). Woodgate (2006) betonar att ensamhet påverkar de ungas dagliga liv. Enligt Flemming och Jacobsson (2008) rapporterade niondeklassister högre grad av ensamhet än sjunde- och åttondeklassister.

Ledsenhet är ett vanligt kännetecken hos flickor med depression (Khalil m.fl. 2010; Flemming & Jacobsen, 2008). Woodgate (2006) menar att ledsenhet har en inverkan på det dagliga livet bland ungdomar. Ledsenhet är ett av de tio vanligaste kännetecknen på depression (Crow m.fl. 2005). Enligt några studier var nedstämdhet ett vanligt kännetecken för depression (Kinnunen, Laukkanen & Kylmä. 2010; Crow m.fl. 2005; Khalil m.fl. 2010). 3,9 % av de som svarade på en enkät upplever nedstämdhet varje dag, och 16,3 % svarade att de känt sig nedstämda minst en gång i veckan. (Jungerstam, Nyman- Kurkiala, Ström och Lindholm, 2007). Drygt 60 % av de ungdomar som led av depression hade även känslor av nedstämdhet (von Knorring m.fl. 2004). Nedstämdhet är en varningssignal för depression (Dopheide, 2006).

Dålig självkänsla och känsla av skuld är vanliga *känslomässiga avvikelser* bland deprimerade unga flickor (Khalil m.fl. 2010). Hos drygt 60 % av de deprimerade ungdomarna förekom känslor av värdelöshet samt skuldkänslor (von Knorring m.fl. 2004).

En studie av Jungerstam m.fl. (2007) visar att 7,8 % av de som svarat på en enkät mår dåligt, 8,7 % uppger att de inte är nöjda med sin livssituation, 9,7 % upplever att de har problem, 7,2 % upplever att de inte kan hantera problemen själva och 45,6 % upplever att de är stressade varje dag eller minst en gång i veckan.

Irritabilitet tillsammans med andra tankeförändringar var det kännetecknen som var vanligast hos både pojkar och flickor med depression. (Crowe m.fl. 2005). Irritation förekom hos hälften av de deprimerade ungdomarna i en studie av von Knorring m.fl. (2004). Enligt Kinnunen, Laukkanen och Kylmä (2010) var irritabilitet ett vanligt kännetecken på depression. Ilska uppfattades också som en intensiv känsla under depressionen och påverkade de ungas dagliga liv (Woodgate, 2006). Även aggression kan vara ett kännetecken på depression (Dopheide, 2006).

Enligt Woodgate (2006) upplevde ungdomarna ett lidande på grund av depressionen. Lidandet i samband med en depression beskrevs som en ”cyklon från helvetet”, en ”mardröm”, en ”tornado” och som en ”dävlul”.

Rastlöshet var en känsla som förekom hos 60 % av de deprimerade ungdomarna (von Knorring m.fl. 2004), och hos pojkar listades rastlöshet som en av de vanligaste känslorna i samband med depression (Crowe m.fl. 2005). Oro bland deprimerade pojkar var en av de vanligaste känslorna. Mer specifikt hade pojkarna svarat att de oroade sig över saker som de gjort (Crowe m.fl. 2005). Även nervositet var ett vanligt förekommande kännetecken (Kinnunen, Laukkanen & Kylmä 2010).

Ångest är relaterat till depression och kan ha många olika orsaker (Riggs & Han, 2009). Enligt Woodgate (2006) kan ångest bero på depressionens många upp- och nedgångar. Hopplöshet är vanligt, speciellt hos flickor (Flemming & Jacobsen, 2008). Pessimism inför framtiden, dvs. hopplöshet, framkommer som ett möjligt kännetecken på depression hos unga flickor (Khalil m.fl. 2010).

Enligt en studie kan *negativt tänkande* leda till depression hos ungdomar. Det som föranledde negativt tänkande var främst låg självkänsla, vardagliga stressfaktorer, mammans och pappans brist på omsorg samt en överbeskyddande mamma. Dessa faktorer påverkade direkt eller indirekt utvecklingen av depressiva symptom. (Charoensuk, 2007). Att identifiera och minska negativt tänkande bland ungdomar är viktigt för att främja den mentala hälsan och förebygga depressiva

symptom (Charoensuk, 2007). Ibland är det tillräckligt att bara lyssna, det är med andra ord enormt viktigt (Kinnunen, Laukkanen & Kylmä, 2010).

Självhat var ett av de tio vanligaste kännetecknen. Speciellt vanligt var det att flickor ansåg att de var fula. (Crow m.fl. 2005). *Destruktiva tankar*, t.ex. självmordstankar, var ett kännetecken som endast förekom sällan, ungefär hos en tredje del bland ungdomar med depression (von Knorring m.fl. 2004). Niondeklassister rapporterade oftare självmordstankar och -planer än sjunde- och åttondeklassister (Flemming & Jacobsen, 2008). En stor del av de flickor som led av depression hade suicidala symptom. Det vanligaste suicidala symptomet var självmordstankar, som förekom hos 20 % av de deprimerade flickorna och andelen av allvarliga självmordsförsök var 2,5 % (Khalil m.fl. 2010).

Trötthet är vanligt i samband med depression (Kinnunen, Laukkanen & Kylmä, 2010), och det listades som ett av de tio vanligaste kännetecknen (Crowe, 2005). En annan studie visar att trötthet är det vanligaste kännetecknet vid depression hos unga flickor och det förekom hos 81,3 % (Khalil m.fl. 2010). von Knorring m.fl. (2004) hävdar att trötthet förekommer hos så många som 91 % av alla deprimerade unga. Utmattning inverkar ofta på det dagliga livet och är en mycket vanlig känsla hos unga med depression (Woodgate, 2006).

Avvikelse i tankeförmågan, så som koncentrationssvårigheter och beslutssvårigheter, hör till de tio vanligaste kännetecknen för depression, och irritabiliteten ökade i samband med att depressionen blev djupare (Crowe m.fl. 2005). Koncentrationssvårigheter förekommer hos 80 % eller mer av deprimerade ungdomar (von Knorring m.fl. 2004) och koncentrationssvårigheterna var speciellt vanliga bland deprimerade flickor. (Khalil m.fl. 2010).

6.1.3 Beteende

Underkategorierna är *asocialt beteende*, *kroppsliga avvikelser* och *sömnstörningar*.

Asocialt beteende, dvs. minskat intresse för omgivning och aktiviteter, förekom hos 80 % eller mer av deprimerade ungdomar, det var med andra ord ett av de vanligaste kännetecknen på depression (von Knorring m.fl. 2004). Crow m.fl. (2005) kom fram till att ett av de vanligaste kännetecknen för depression var att de unga inte talade lika mycket som tidigare samt att de inte upplevde att skolan var rolig. Även tillbakadragenhet är ett varningstecken när det gäller depression (Dopheide, 2006),

och undvikande beteende kan också indirekt kopplas till depression (Riggs & Han, 2009). Det är också vanligt vid depression att unga inte kommer överens med sina föräldrar (Crowe m.fl. 2005).

Kroppsliga avvikelser, så som psykomotoriska förändringar, kan vara ett kännetecken för depression hos unga flickor (Khalil m.fl. 2010), speciellt kroppsliga spänningar kan vara förknippade med depression hos unga flickor (Kinnunen, Laukkanen & Kylmä, 2010). Psykomotorisk agitation betonas speciellt i en studie av Khalil m.fl. (2010) dvs. oroligt beteende med meningslösa rörelser. Psykomotorisk hämning förekom relativt sällan hos ungdomar med depression, men förekom dock betydligt oftare hos deprimerade ungdomar än hos icke deprimerade ungdomar (von Knorring m.fl. 2004).

Sömnstörningar, som t.ex. svårigheter att somna, är ett vanligt kännetecken på depression (Kinnunen, Laukkanen & Kylmä, 2010; Khalil m.fl. 2010) och även dålig nattsömn var mycket vanligt (Flemming & Jacobsen, 2008; Crow m.fl., 2005). Ökat sömnbehov var vanligt hos dem som led av depression (von Knorring m.fl. 2004; Khalil m.fl. 2010).

6.2 Riskfaktorer för depression

Kategorierna utgörs av **fysiska riskfaktorer**, **psykiska riskfaktorer** och **sociala riskfaktorer**.

6.2.1 Fysiska riskfaktorer

Underkategorierna är *brist på motion, fetma, mobbning, kroniska sjukdomar, tobak- alkohol- och droganvändning samt trauma*.

Brist på motion framkommer som en av många hälsorisker för att utveckla depression (Burns, Cottrell, Perkins, Pack, Stanton, Hobbs, Hobby, Eddy & Hauschka, 2003). Även brist på motion är starkt sammankopplat med depressiva symptom för både pojkar och flickor i ungdomsåren enligt en annan studie (Rothon, Edwards, Bhui, Viner, Taylor & Stansfeld, 2010). Unga som deltar i gymnastiken i skolan och utövar fysisk aktivitet är mindre deprimerade än unga som inte gör det (Field, Diego & Sanders, 2001). En timmes fysisk aktivitet per vecka minskar risken att drabbas av depression med ca 8 % (Rothon m.fl. 2010).

Resultatet i en studie av Goldfield, Moore, Henderson, Buchholz, Obied och Flament (2008) visar att unga med *fetma* rapporterar högre förekomst av depressiva symptom, nedstämdhet och dålig

självkänsla. Ungdomar med fetma har generellt sett starkare depressiva tendenser än överviktiga och normalviktiga ungdomar. Dock fanns ingen skillnad i risken för depression mellan överviktiga och normalviktiga ungdomar, och depressionssymptomen var endast kopplade till unga med fetma.

Om förändringar i uppförandet börjar förekomma, som exempelvis *mobbning*, bör vårdaren vara uppmärksam eftersom mobbning kan leda till depression eller vara tecken på att ungdomen lider av depression (Dopheide, 2006). En studie visar att vara offer för mobbning vid 15 års ålder förutspådde depression hos både pojkar och flickor vid 17 års ålder. Att mobba någon annan förutspår depression i ett senare skede bland pojkar. (Kaltiala-Heino, Fröjd & Marttunen, 2010).

47 % av de unga som deltog i en studie av Flemming och Jacobsen (2008) uppgav att de blivit mobbade den senaste månaden. Dessa unga rapporterade fler symptom på depression än unga som inte blivit mobbade. Att bli mobbad och att uppges depressiva symptom är alltså starkt sammankopplat. De två vanligaste typerna av mobbning är att bli retad för sitt utseende och att bli till åtlöje genom sexuella skämt, kommentarer och gester. Ju fler dagar en tonåring blivit utsatt för mobbing, desto större risk är det statistiskt sett att uppges ledsenhet och hopplöshet. Pojkar uppges oftare att de blivit mobbade den senaste månaden, medan flickor oftare uppgav symptom på depression. Elever som uppgett att de blivit mobbade uppgav oftare att de inte hade några vänner jämfört med de som inte blivit mobbade. (Flemming & Jacobsen, 2008). I en annan studie konstateras även en koppling mellan unga som har ett våldsamt beteende och depression (Burns m.fl. 2003).

Att förebygga och behandla depression hos de som är och har varit inblandade i mobbning är viktigt. Hälsovårdaren och lärarna har ett stort ansvar att vara uppmärksamma. Vårdaren bör fråga om ungdomen är inblandad i mobbning och eventuella åtgärder mot mobbning bör vidtas. Trauman som ungdomar möjligen har bör beaktas i behandlingen av den ungas depression. (Kaltiala-Heino, Fröjd & Marttunen, 2010).

Unga med astma eller *kroniska sjukdomar* avviker inte märkbart i frågor som berör ångest, depression, negativa attityder, ångestsyndrom, ångestrelaterad fysik eller somatiska symptom från dem som var fullt friska. Gruppen med unga med astma och kroniska sjukdomar fick högre poäng endast på frågor om panikattacker och andningssvårigheter. Unga med svåra kroniska sjukdomar avvek från kontrollgruppen med friska unga i fråga om panikattacker, men inte i fråga om andra negativa eller positiva känslor. (Rietveld, van Beest & Prins. 2005).

Ohälsosamt beteende såsom *drog- och tobaksanvändning* rapporteras som riskfaktorer för depression (Burns m.fl. 2003), dessa ohälsosamma beteenden förekommer speciellt ofta hos dem som blivit utsatta för mobbning (Flemming & Jacobsen, 2008). Även en annan studie hävdar att rökning kan öka risken för att utveckla depressiva symptom (Charoensuk, 2007).

En studie visar att de ungdomar som använder *alkohol* oftare visar depressiva symptom jämfört med de som inte använde alkohol. Alkohol utgör med andra ord en riskfaktor för att insjukna i depression. (Charoensuk, 2007).

Att uppleva *trauman* i barndomen är en riskfaktor när det gäller depression (Dopheide, 2006). Att vara med om trauman är enligt en annan studie även en faktor som kan leda till depression (Riggs & Han, 2009).

Sexuella övergrepp utgör en riskfaktor för depression. En studie visar att den starkaste riskfaktorn för depression bland pojkar var sexuella övergrepp genom beröring, medan den starkaste riskfaktorn för flickor var sexuella övergrepp genom samlag. (Åslund, Nilsson, Starrin & Sjöberg, 2007). Ifall den unga blivit utsatt för fysisk eller sexuell misshandel ökar risken för att drabbas av en depression. (Burns m.fl. 2003).

Sexuell aktivitet ansågs vara en riskfaktor för depression (Burns m.fl. 2003). Elever som blivit utsatta för mobbning visade även en högre grad av ohälsosamma beteenden, inklusive sexuell aktivitet (Flemming & Jacobsen, 2008).

6.2.2 Psykiska riskfaktorer

Underrubriker är *kroppsuppfattning, skamupplevelser och lågt självförtroende*.

Kroppsuppfattningen kan bidra till att en depression utvecklas (Jónsdóttir, Arnarson och Smári 2008). Att vara missnöjd med sin kropp utgör en riskfaktor för depression och lågt självförtroende för både pojkar och flickor, men i olika faser av ungdomen. Att vara missnöjd med sin kropp förutspår depression och lågt självförtroende hos flickor i tidig ungdom samt hos pojkar i mitten av ungdomsåren, men inte för pojkar i tidig ungdom eller flickor i mitten av ungdomsåren. (Paxton, Neumark-Sztainer, Hannan & Eisenberg, 2006). Att vara uppmärksam på ungas kroppsuppfattning är viktigt med tanke på förebyggandet av depression hos ungdomar, därför borde kroppsuppfattningen uppmärksammas mera än tidigare (Jónsdóttir, Arnarson & Smári, 2008).

En studie menar att *skamupplevelser* utgör den starkaste riskfaktorn för depression. Förekomsten av depression steg från 4-7 % till 17-20 % när skamupplevelsorna lades till de psykosociala riskfaktorerna. Skam utgjorde en ännu större riskfaktor för depression (38 % för pojkar och 22 % för flickor) bland ungdomar som levde utan sina föräldrar. (Åslund m.fl. 2007).

Lågt självförtroende är den starkaste faktorn som påverkar utvecklandet av depression hos både pojkar och flickor (MacPhee & Andrews, 2006).

6.2.3 Sociala riskfaktorer

Underkategorier är *stressfaktorer i miljön, arbetslösa föräldrar och föräldrarnas beteende*.

Stressfaktorer i miljön kan öka risken för att insjukna i depression (Dopheide, 2006). I studien hittas samband mellan unga som inte kommer överens med sina föräldrar och unga där det förekommer problem och depression i familjen (Burns m.fl. 2003). Ett av de tio vanligaste kännetecknen i samband med depression var att unga inte kom överens med föräldrarna (Crowe m.fl. 2005).

Även att ha *arbetslösa föräldrar* kan bidra till att en depression utvecklas (Åslund m.fl. 2007). Fattigdom utgör även en riskfaktor för depression och ångest. En studie visar att om man drabbas av familjefattigdom i barndomen höjs risken att drabbas av depression och ångest i ungdomen och i ung vuxenålder. (Najman, Hayatbakhsh, Clavarino, Bor, O'Callaghan & Williams, 2010).

Föräldrarnas beteende framkommer som en viktig riskfaktor för att insjukna i depression (MacPhee & Andrews, 2006). Ungdomar som lever i familjer där det har förekommit psykiska sjukdomar löper en större risk att drabbas av depression (Charoensuk, 2007). Skilsmässa mellan föräldrarna kan även utgöra en riskfaktor för ungdomar att insjukna i depression (Åslund m.fl. 2007). En studie visar att ungdomar som ofta blir lämnade ensamma vid femton års ålder kan ha högre risk att insjukna i depression vid sjutton års ålder, detta gällde både flickor och pojkar. (Kaltiala-Heino, Fröjd & Marttunen, 2010).

6.3 Behandlingsmetoder som rekommenderas till ungdomar med depression

Kategorin utgörs av **behandlingsmetoder**.

6.3.1 Behandlingsmetoder

Antidepressiva läkemedel har mera fördelar än nackdelar vid behandling av depression hos ungdomar, men en kombination av kognitiv beteendeterapi och antidepressiva läkemedel är den mest effektiva behandlingen när det gäller depression bland ungdomar, eftersom ungdomarna svarar bäst på en kombination av dessa två behandlingsmetoder (Dopheide, 2006). Den mest avskräckande bieffekten av antidepressiva läkemedel var viktuppgång hos flickor och minskad sexlust hos pojkar (Bradley, McGrath, Brannen & Bagnell, 2008).

En märkbar minskning i graden av depression förekom hos de barn och unga som fått individuell terapi, likaså för de som fått familjeterapi. Efter att ha fått individuell terapi var 74,3 % inte längre kliniskt deprimerade, och efter familjeterapi var det 75,7 % som inte längre var kliniskt deprimerade. Sex månader efter att terapierna getts var 100 % av dem som fått individuell terapi och 81 % av dem som fått familjeterapi inte längre kliniskt deprimerade. (Trowell, Joffe, Campbell, Clemente, Ahlmqvist, Soininen, Koskenranta- Aalto, Weintraub, Kolaitis, Tomaras, Anastasopoulos, Grayson, Barnes & Tsiantis, 2006). Unga föredrog psykoterapi framför antidepressiva läkemedel, och ville få behandling av familjeläkare, psykiatrier och psykologer (Bradley m. fl. 2008).

7 Tolkning

I detta kapitel har respondenterna tolkat resultatet mot den teoretiska utgångspunkten. Resultatet har tolkats mot Erikssons syn på hälsan (1993), människan (1991) och lidande (1994). Vi har även använt Lindströms (1994) syn på vårdandet. Tolkningen har respondenterna delat upp i enlighet med forskningsfrågorna, kategorierna framkommer med **fet stil** och underkategorierna med *kursiverad stil*.

7.1 Kännetecknen på depression hos unga

7.1.1 Kroppen

Enligt Eriksson (1994, 82-83) finns det tre olika former av lidande i vården, en av dem är sjukdomslidande. Den vanligaste formen av sjukdomslidande utgörs av kroppslig smärta. *Fysiska symptom*, så som återkommande smärtor, är vanligare hos de ungdomar som lider av depression (Härmä, Kaltiala-Heino, Rimpelä & Rantanen, 2002).

När det gäller *kroppsliga förändringar* visar en studie att överviktiga ungdomar med depression och ångest använder ätandet för att hantera sina negativa känslor (Goossens, Braet, Van Vlierberghe & Mels, 2008). Eriksson (1993, 54) beskriver hälsa som en rörelse. Olika hälsohinder kan hindra rörelsen genom kroppsliga, andliga eller själsliga delprocesser.

7.1.2 Känslor

Eriksson (1994, 82-83) lyfter fram tre olika former av lidande i vården: sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdomslidandet kan omfatta flera olika områden, den kan t.ex. vara själsligt och andligt lidande som främst orsakas av känslor av skam, skuld och förnedring som människan upplever på grund av sin sjukdom eller behandling.

Enligt flera artiklar framkom *känslomässiga störningar* som vanliga besvär hos deprimerade ungdomar, bland annat dålig självkänsla och en känsla av skuld var vanligt hos unga deprimerade flickor (Khalil, Rabie, Abd-El-Aziz, Abdou, El-Rasheed och Sabry, 2010). Vilket sammanfaller med Erikssons tankar om sjukdomslidande.

Ensamhet var vanligt bland deprimerade ungdomar (Crow, Ward, Dunnachie & Roberts, 2005), och det påverkade starkt deras dagliga liv (Woodgate, 2006). Ensamheten kan relateras till Erikssons teori om människan (1991, 69). Eriksson beskriver att människan vill vara en unik individ men har samtidigt en längtan efter att tillhöra en gemenskap samt finnas som en individ i ett sammanhang. Människan saknar och längtar efter gemenskap.

7.1.3 Beteende

Asocialt beteende är ett av de vanligaste kännetecknen på depression bland ungdomar (von Knorring, Cederberg-Byström, Nyberg, Hedlund, Stålenheim & von Knorring, 2004). Tillbakadragenhet utgjorde även ett varningstecken när det gäller depression (Dopheide, 2006). Eriksson (1994, 30-31) menar att lidandet är en kamp mellan det goda och det onda. När kampen är som störst klarar människan vanligen inte av att förmedla sitt lidande till en annan människa.

Ohälsa är enligt Eriksson (1993, 8-11) något som uppstår till följd av att människan stött på olika slag av hinder, som hon försökt klara av med större eller mindre framgång. Ett hinder kan exempelvis vara *sömnstörningar* i samband med depression. Olika *sömnstörningar* så som svårigheter att somna och dålig nattsömn omnämndes i ett flertal artiklar. (Kinnunen, Laukkanen & Kylmä, 2010; Khalil m.fl. 2010; Flemming & Jacobsen, 2008; Crow m.fl. 2005).

7.2 Riskfaktorer för depression

7.2.1 Fysiska riskfaktorer

Det finns flera hälsorisker, så som *brist på motion* (Burns, Cottrell, Perkins, Pack, Santon, Hobbs, Hobby, Eddy & Hauschka, 2003; Rethon, Edwards, Bhui, Viner, Taylor & Stansfeld, 2010), *drog- och tobaksanvändning* (Burns m.fl. 2003; Charoensuk, 2007) samt *alkoholanvändning* (Charoensuk, 2007), som påverkar människans hälsa. Enligt Eriksson (1993, 8-11) bör människan sätta värde på sin hälsa och kämpa för den. Ibland krävs en tankeväckande händelse, t.ex. en svår sjukdom, för att människan skall inse hur viktig hälsan är.

Livslidandet innebär det lidande som uppfattas i samband med det egna livet. Livslidandet kan betyda allt från att förlora förmågan att utföra olika uppgifter till hot för människans existens. Detta lidande omfattar allt som kan hända i ett mänskligt liv. (Eriksson, 1994, 83, 93). *Fetma* utgör en

riskfaktor för depression (Goldfield, Moore, Henderson, Buchholz, Obied & Flament, 2008) och kan resultera i att människan förlorar förmågan att utföra olika uppgifter samt att existensen hotas.

7.2.2 Psykiska riskfaktorer

En studie visar att *skamupplevelser* är den starkaste riskfaktorn för att utveckla depression (Åslund, Nilsson, Starrin & Sjöberg, 2007). *Skamupplevelser* kan relateras till Erikssons teori om lidandet, sjukdomslidandet kan vara både själsligt och andligt och kan orsakas av känslor av skam, skuld och förnedring som människan upplever på grund av sin sjukdom (Eriksson 1994, 82-83).

Enligt Eriksson (1993, 49-51) är hälsa tro, hopp och kärlek. Att ha en tro kan hjälpa människan att skapa tillit till omgivningen. Hoppet är viktigt med tanke på nuet och på framtiden, hoppet ger människan tröst och stöder hälsan. Kärlek är något som alla människor behöver för att utvecklas och ha hälsa. Eriksson menar att en människa måste ha självförtroende för att uppleva tro, hopp och kärlek. *Lågt Självförtroende* är den starkaste faktorn som påverkar utvecklandet av depression hos både pojkar och flickor (MacPhee & Andrews, 2006).

7.2.3 Sociala riskfaktorer

Människan längtar efter att tillhöra en gemenskap och finnas som en individ i ett sammanhang. Människan saknar och längtar efter gemenskap med andra, och har ett livslångt sökande efter en tillvaro där man kan ge och ta emot kärlek, uppleva tro och hopp och veta att det finns en mening med att vara här och nu. (Eriksson 1991, 69). Detta kan jämföras med *stressfaktorer i miljön* som t.ex. att inte komma överens med sina föräldrar eller att ha problem i familjen (Dopheide, 2006; Burns m.fl. 2003; Crow m.fl. 2005). *Föräldrarnas beteende*, t.ex. att ofta lämna sitt barn ensamt, kan relateras till teorin ovan, där det beskrivs att människan både vill ge och ta emot kärlek (MacPhee & Andrews, 2006; Kaltiala-Heino, Fröjd & Marttunen, 2010).

7.3 Behandlingsmetoder som rekommenderas till ungdomar med depression

7.3.1 Behandlingsmetoder

Enligt en artikel är en kombination av *kognitiv beteendeterapi* och *antidepressiva läkemedel* den mest effektiva behandlingen för ungdomar med depression (Dopheide, 2006). Enligt Eriksson (1994, 95-96) borde patienten få den vård hon eller han behöver. Lindström (1994, 87) hävdar att vårdrelationen kännetecknas av att vårdaren skall uppfylla de professionella kraven, dvs. att kraven baseras på vetenskapliga fakta, följer etiska krav och uttrycks med estetisk medvetenhet.

8 Kritisk granskning

I följande kapitel kommer respondenterna att göra en kritisk granskning och kontrollera tillförlitligheten av olika delar i den teoretiska studien. Respondenterna har valt att använda valda delar av Larssons (1994) kvalitetskriterier i kvalitativa studier för att granska studien. De delar respondenterna har valt att använda är intern logik, innebördsriktighet, heuristiskt värde samt det pragmatiska kriteriet.

8.1 Intern logik

Enligt Larsson (1994, 168-170) innebär intern logik att det finns en harmoni mellan forskningsfrågor, datainsamlings- och analysmetod. Med intern logik menas att det finns en idé om en helhet som alla enskilda delar kan relateras till.

Syftet med studien var att göra vårdpersonal uppmärksam på depression hos ungdomar, samt utöka kunskapen om vad som kännetecknar depressionstillstånd hos en ung människa. De forskningsfrågor som vi sökte svar på i forskningarna var: 1) Vad kännetecknar depression hos unga? 2) Vilka faktorer kan öka risken för depression hos unga? 3) Vilka behandlingsmetoder rekommenderas för ungdomar med depression? Vi anser att det råder harmoni mellan forskningsfrågor, datainsamling och analysteknik.

Datainsamlingsmetoden, de insamlade forskningarna som utgör dokumentstudien, är lämplig eftersom studien är teoretisk och respondenterna har valt att sammanställa tidigare forskning. En resumé har gjorts efter att respondenterna har läst och valt relevanta artiklar för att få en god överblick över forskningarna. Dataanalysmetoden som använts är innehållsanalys, eftersom det väsentliga fås fram från resultatet genom kategorier och underkategorier.

8.2 Innebördsriktighet

Kvalitativa studier bör präglas av innehållsriktighet för att kunna gestalta något så att nya innebörder uppstår. Kategorierna bör vara rika på innehåll, fånga det väsentliga men även hålla nyanserna i behåll. Det blir alltså viktigt att lyfta fram det som är unikt i studien eller för fenomenet. Innebördsriktigheten anses vara ett centralt värde för kvalitativa metoder. (Larsson, 1994, 172-173).

I denna studie finns innehållsrikedom i och med kategoriseringen där respondenterna logiskt delade in de olika fenomenen som framkom i resultatet. Det var ett brett ämne och innebördsrikedomen i resultatet i studien var gott och forskningsfrågorna besvarades. En del kategorier blev små eftersom användbart material inte hittades, men även de små kategorierna uppfattades som väsentliga. De flesta av artiklarna var på engelska och det var därmed svårare att t.ex. behålla de olika nyanserna i forskningarna. Det skulle ha varit lättare med svenska texter eftersom de engelska texterna var svåra att förstå.

8.3 Heuristiskt värde

Med heuristiskt värde menas att en studie har upptäckt något nytt eller lett till ett nytt sätt att se på det undersökta (Larsson 1994, 179). Med heuristisk kvalitet menas att kvaliteten bedöms hos kvalitativa studier. Heuristisk kvalitet är ett centralt kriterium enligt Larsson (1994, 180).

Någon direkt ny kunskap har studien inte gett eftersom vi har använt oss av dokumentstudier, dvs. samlat och sammanställt tidigare forskning. Men vi anser dock att sammanställningen av de tidigare forskningarna gett ett brett innehåll samt lyft fram det väsentliga gällande kännetecknen och riskfaktorer hos unga med depression. Den sista frågan i studien beträffande behandlingsmetoder blev onödigt kort och otillförlitlig eftersom svaret endast baserar sig på två källor.

8.4 Det pragmatiska kriteriet

Enligt Larsson (1994, 185-186) innefattar det pragmatiska kriteriet forskningsresultatets användbarhet i praktiken, vilket innebär att forskaren bör ifrågasätta om resultatet har en praktisk användbarhet. Med ett externt värde menas det värde som forskningen har i praktiken och en aspekt av detta är hur man förmedlat resultaten till yrkesutövare samt vad resultaten har för betydelse i verkligheten (Larsson, 1994, 185-186).

Kunskapen om kännetecknen och riskfaktorer för depression hos ungdomar är av nytta i det praktiska arbetslivet eftersom vårdpersonalen då kan identifiera och upptäcka både begynnande och egentlig depression. Behandlingsmetoderna som tas upp i studien har vårdpersonalen inte lika stor nytta av i praktiken, men det kan vara bra att ha bakgrundsfakta.

I utvecklingsarbetet kommer vi att besvara följande frågor: 1) Hur kan man som hälsovårdare hjälpa och stöda en ung deprimerad människa? 2) Hur bör ett bra hälsosamtal vara? Med hjälp av utvecklingsarbetets resultat kommer vi förhoppningsvis få bättre möjligheter att tillämpa kunskaperna i praktiken.

9 Diskussion

I dagens samhälle ökar den psykiska ohälsan allt mer i alla åldersgrupper. Vi tror att detta beror till stor del på att livsstilen bland människor ändrat och att dagens samhälle är stressfyllt. Människorna har stora krav på sig själva och man borde leva det ”perfekta livet” utan problem.

Syftet med vår studie var att göra vårdpersonal uppmärksam på depression hos ungdomar, samt utöka kunskap om vad som kännetecknar depressionstillstånd hos en ung människa. Vi upplever att vi har uppnått vårt syfte samt fått bra svar på våra forskningsfrågor.

Genom resultatet gällande kännetecknen för depression hos ungdomar samt riskfaktorer som kan påverka den mentala hälsan har vi fått kunskap om hur vi som hälsovårdare snabbare kan upptäcka och förebygga depression och mental ohälsa. Kännetecknen som vi fått fram i resultatet har vi delat in i kategorier som kroppen, känslor och beteende. På detta sätt fås en övergripande bild av hur depressionen kan ta sig uttryck. Riskfaktorerna delade vi in i fysiska, psykiska och sociala riskfaktorer. Genom dessa grupper ser man på ett övergripligt sätt hur olika faktorer i omgivningen och i oss själva kan utgöra riskfaktorer för depression. Vår tredje fråga angående behandlingsmetoder blev onödigt kort, men vi ville främst ge en överblick av vilka behandlingsmetoder som finns att tillgå och vad som gett bäst resultat. Vi hade som mål att betona kännetecknen och riskfaktorer på depression, men ansåg att det var nödvändigt att även ytligt beröra behandlingsmetoderna.

Steg för att söka hjälp kan vara mycket stort för många, men när man klarat av att ta detta steg borde man genast få hjälp. Vi har bekanta som varit med om att inte få hjälp direkt utan skickats runt från instans till instans utan att någon tagit ansvar över dem och erbjudit hjälp. Att inte få hjälp kan i värsta fall leda till självmord eller att den deprimerade på något sätt försöker skada sig själv eller andra. För ungdomar kan steget att söka hjälp vara ännu högre och därför vore det vara extra viktigt att påbörja vården så fort som möjligt. Något som borde förbättras är det förebyggande arbetet med mental ohälsa i grundskolans högre klasser och andra stadiets utbildning. På detta sätt skulle ungdomarna som ligger i riskzonen eller redan insjuknat i depression bli tidigt upptäckta och få hjälp så fort som möjligt. Genom att känna igen symptom på depression och genom att vara medveten om de riskfaktorer som kan utveckla en depression har man som hälsovårdare bättre möjligheter att hjälpa och stöda. Regelbundna hälsokontroller är viktigt för det förebyggande arbetet. Diskussionen utgör den viktigaste delen i att upptäcka en depression, man borde lyssna på vad den unga säger och inte säger, dvs. läsa mellan raderna. Som hälsovårdare lönar

det sig att ha ett gott samarbete med den övriga personalen i skolan, med vårdinstanser, med föräldrar och givetvis med ungdomen själv.

I vårt utvecklingsarbete kommer vi närmare att redogöra för och behandla hur man som hälsovårdare kan hjälpa och stöda en ung deprimerad människa. Vi kommer även att gå mera in på själva hälsosamtalet. Detta gör att resultaten vi kommit fram till i detta examensarbete lättare kan tillämpas i verkligheten.

Detta arbete har varit krävande men även intressant och lärorikt. Vi tror att vi i framtiden kommer att ha nytta av våra kunskaper inom området samt ha bättre möjlighet att känna igen och upptäcka depression hos ungdomar. Vi hoppas att denna studie även kan vara till nytta för andra som läser detta arbete och att de kan utnyttja kunskapen i praktiken.

DEL 2

Utvecklingsarbete

1 Inledning

Utvecklingsarbetet är en fortsättning på examensarbetet: *Hur kan man upptäcka en deprimerad ung människa? - En teoretisk studie om depression hos ungdomar*. Forskningsfrågorna som ställdes i examensarbetet var:

1. Vad kännetecknar depression hos unga?
2. Vilka faktorer kan öka risken för depression hos unga?
3. Vilka behandlingsmetoder rekommenderas för ungdomar med depression?

Efter att ha analyserat materialet framkom tre kategorier som kännetecknar depression hos unga: kroppen, känslor och beteende. I dessa kategorier fann vi bland annat följande kännetecken: fysiska symptom, ensamhet, ledsenhet, trötthet, negativt tänkande och sömnstörningar. En lista på alla symptom som kan vara kännetecken på depression finns i examensarbetet som bilaga 1.

Riskfaktorer för depression bildade även tre kategorier: fysiska riskfaktorer, psykiska riskfaktorer och sociala riskfaktorer. Följande riskfaktorer var de mest centrala i de tre kategorierna: brist på motion, mobbning, lågt självförtroende, skamupplevelser och stressfaktorer i miljön. Behandlingsmetoderna som togs upp var antidepressiva läkemedel och terapi.

För att utveckla vårt examensarbete har vi skrivit detta utvecklingsarbete som besvarar följande frågor: Hur kan man som hälsovårdare hjälpa och stöda en ung deprimerad människa? Hur bör ett bra hälsosamtal vara? De använda artiklarna i examensarbetet har även gett svar på dessa frågor.

Syftet med utvecklingsarbetet är att göra både examensarbetet och utvecklingsarbetet användbart i praktiken. För att få ut denna information kommer vi att hålla en föreläsning för vårdpersonal på en hälsocentral i Österbotten samt en föreläsning för socionomstuderande i Yrkeshögskolan Novia. Vi kommer kort att redogöra för hur en föreläsning skall hållas i kapitel 3. Powerpointen som vi kommer att använda som föreläsningmaterial finns som bilaga 3.

2 Det goda samtalet

Under denna rubrik kommer samtalets betydelse noggrannare att redogöras för och detta utgör den teoretiska förankringen för utvecklingsarbetet. Examensarbetet behandlar även kort samtalet på sida 12. Respondenterna kommer att använda detta kapitel som tolkningsram.

I ett professionellt och stödjande samtal krävs att man skjuter sina privata känslor, reaktioner, bekymmer och problem åt sidan för att kunna använda sig själv som redskap för en annan människas skull (Nilsson & Waldemarson, 2007, 100).

Ett av de första stegen för att ett vårdande samtal kan hållas är gemenskap. Vårdaren har ansvar att bjuda in patienten till en gemenskap där han eller hon kan uppleva att lidandet är uthärdligt. Sedan bör en relation mellan vårdare och patient skapas. (Fredriksson, 2003, 57). Inom vården är det viktigt att ha förmågan att fråga eftertänksamt och effektivt oberoende av diskussionsämne och kommunikationsstil. Något av det viktigaste i en god kommunikation är att visa att man bryr sig och att man kan lyssna. Ordvalet, röstläget, tempot och tydligheten i frågorna är också viktigt. (Rollnick, Miller & Butler, 2010, 83).

I det vårdande samtalet är det viktigt att lyssna. Att lyssna innebär inte bara att höra på utan att lyssna precis till det som patienten säger. Både vårdare och patient bör lyssna till sig själv och till den andre, lyssnande är ömsesidigt. Det är inte endast vårdaren som skall lyssna till patienten, utan patienten bör även lyssna till sin egen berättelse. Lyssnande innefattar även tolkning och förståelse och att ge tillbaka denna förståelse till patienten. För att kunna lyssna till någon annan krävs det tystnad, vilket inte enbart innebär att man är tyst, utan även att tysta sina tankar. Lyssnande innebär tystnad och koncentration, samt att ge tid och plats för patienten att tänka och berätta. (Fredriksson, 2003, 57- 59). Då man lyssnar på någon som har ett behov att prata med någon som förstår hans eller hennes situation kan man kalla det empatiskt lyssnande. Med empatiskt lyssnande menas att lyssna och förstå tankar och känslor och förmedla denna förståelse. Empatin är både en intellektuell och känslomässig förståelse, som kräver engagemang, insikt och identifikation. Det skall dock inte vara en total identifikation, man behöver inte själv känna ångest för att empatiskt förstå en annan människas ångest. Empati kräver både en närhet och en förmåga till distans. (Nilsson & Waldemarson, 2007, 92-93).

Att lyssna främjar hälsovårdarens relation till patienten. Redan någon minut av lyssnande kan få patienten att uppleva att det är någon som faktiskt lyssnar och bryr sig. Genom att lyssna på patienten kan hälsovårdaren få viktig information som annars kanske skulle falla bort. Patienten

känner sig vanligen mera tillfredsställd och är mera öppen och ärlig om en hälsovårdare behärskar lyssnandet. Att bara lyssna kan främja patientens hälsa. (Rollnick, Miller & Butler, 2010, 101-102). För att visa att man verkligen lyssnat kan man göra en kort sammanfattning till personen av hur man uppfattat det han/hon berättat. Denna sammanfattning bör dock vara mera än bara en repetition av det som blivit sagt, man bör reflektera och använd egna ord. (Rollnick, Miller & Butler, 2010, 107).

Närvaro, att verkligen ”vara där” är också en viktig del av det vårdande samtalet och är en förutsättning för t.ex. lyssnande. Närvaron kan delas in på två olika sätt, där-varo och med-varo. Där-varo innebär en relation och förståelse, att verkligen finnas där för någon, inte bara en fysisk närvaro. Med-varon är mera som en inbjudan eller en gåva av vårdaren som ger sin närvaro till patienten. (Fredriksson, 2003, 58).

Beröring kan förstås både som en fysisk handling eller mera som något känslomässigt. Fysisk beröring kräver patientens inbjudan och kan vara ett sätt att relatera när orden inte räcker till. Beröring kan beskrivas på tre olika sätt, vårdande beröring, uppgiftsorienterad beröring samt (be)skyddande beröring. Vårdande beröring i ett samtalsperspektiv avser att skapa en relation för att t.ex. förmedla känslor. Den beskyddande beröringen kan ses som motsats till den vårdande beröringen. Den förmedlar att man inte kan acceptera eller respektera ett beteende och skapar därmed en distans. (Fredriksson, 2003, 57-59).

Att ge information är även en viktig del av hälso- och sjukvården. Informationen bör förmedlas på ett vänligt, tydligt och koncist sätt. Patienten bör inte överlastas med information, utan informationen skall vara enkel och i lagom mängd. Det är bra att försäkra sig om att informationen man gett har blivit förstådd. Kvaliteten i relationen är viktig när det gäller att informera. (Rollnick, Miller & Butler, 2010, 127-129). Kom ihåg att information alltid skall förmedlas i kombination med att fråga och lyssna (Rollnick, Miller & Butler, 2010, 132).

I samband med informationsutbyte skall hälsovårdaren givetvis vara trevlig och tydlig, men även uppmärksam. Hälsovårdaren bör skickligt kunna anpassa svaren till både sin egen och patientens sinnesstämning och behov. (Rollnick, Miller & Butler, 2010, 132).

Information kan ges både muntligt och skriftligt. Ibland upplevs den muntliga informationen som den bästa, men ibland kan det vara bra att kombinera metoderna. En broschyr eller webbsida kan delvis komplettera den muntliga informationen. (Rollnick, Miller & Butler, 2010, 132).

Ett motiverande samtal fungerar genom att aktivera patientens egen motivation till förändring och följsamhet till behandling. Om patienten verkar vara omotiverad eller ovillig att lyssna på hälsovårdaren och hennes råd, görs ofta antaganden att det är något fel på patienten och att man inte kan göra något åt saken. Dessa antaganden är vanligen felaktiga, eftersom ingen människa är totalt omotiverad. Alla människor har mål och förhoppningar. Med motiverande samtal vill man framkalla den egna motivationen hos patienten att ändra beteende eller levnadsvanor för att främja dennes hälsa. Motiverande samtal innebär vägledning, inte att styra eller tvinga någon till något. Det motiverande samtalet är samarbetsinriktat, det innebär ett aktivt samtal och en beslutsprocess där både patienten och hälsovårdaren deltar. Detta samtal stävar även efter att aktivera patientens egen motivation och lyfta fram goda egenskaper som patienten redan har samt förmåga till förändring. En patient kanske inte är motiverad att göra just det du säger åt henne att hon borde göra, utan patienten skall utgå från sina egna mål och värderingar. Hur man pratar med en patient om deras hälsa kan ha stor betydelse och påverka deras egen motivation till att förändra sitt beteende. Samtalet kan under en lång tid inverka på patientens hälsa. (Rollnick, Miller & Butler, 2010, 28-30).

Med slutna frågor kan man på ett effektivt sätt få fram specifik information och det förväntade svaret på en sluten fråga är kort, t.ex. var gör det ont? (Rollnick, Miller & Butler, 2010, 75). Öppna frågor ger mera utrymme för svar t.ex. hur mår du? Öppna frågor hjälper vårdaren att förstå vad personen upplever och känner. Öppna frågor ger vanligtvis mera användbar information. Att ställa några öppna frågor och vara uppmärksam på vad personen svarar kan förbättra kvaliteten i patientrelationen. Patienten upplever vanligen att öppna frågor är mera personliga och att den som frågar verkligen bryr sig om patienten. Genom att använda öppna frågor ger man patienten en möjlighet att bli mera aktiv och få ett eget inflytande på samtalets förlopp. Öppna frågor ger patienten möjlighet att berätta saker som man inte frågat men som ändå är väsentliga. Ögonkontakten är viktig när man ställer frågor och genomgår ett samtal med patienten. (Rollnick, Miller & Butler, 2010, 76-77).

3 Resultat

Resultatet som presenteras nedan är från de insamlade forskningarna som även använts i examensarbetet. Resultatet har genomgått innehållsanalys.

Innehållsanalys är ett sätt att analysera dokument både systematiskt och objektivt. Det är ett sätt att ordna, beskriva och kvantifiera ett fenomen som undersöks. När man gör en innehållsanalys försöker man bygga upp sådana kategorier som sammanfattar det undersökta materialet samt gör det lättare att bearbeta. (Kyngäs & Vanhanen, 1999, 3-4). Frågorna som besvaras i detta arbete utgör rubrikerna. Det viktigaste som framkom ur forskningarna bildar underrubrikerna.

3.1 Hur kan man som hälsovårdare hjälpa och stöda en ung deprimerad människa?

Att se den ungas möjligheter och resurser samt att fokusera på elevens styrkor är att från ett vårdvetenskapligt perspektiv arbeta hälsofrämjande. Till hälsovårdaren uppgift hör även att handleda den unga för att denna bättre skall kunna ta kontroll över sin egen hälsa. (Arnesdotter, Olander & Ragneskog, 2008).

3.1.1 Vara uppmärksam

Att vara uppmärksam på unga med återkommande smärtor är viktigt. Enligt studien bör vårdpersonal som arbetar med unga vara medvetna om kopplingen mellan smärtor och depression för att kunna utreda med hjälp av t.ex. en intervju ifall det ligger en depression bakom symptomen. (Härmä, Kaltiala-Heino, Rimpelä & Rantanen, 2002).

Det är även viktigt att vara uppmärksam på ungdomar med flera återkommande psykosomatiska symptom som förekommer en eller flera gånger i veckan. Ungdomar kan ibland uttrycka sina känslor i form av olika psykosomatiska symptom. (Kinnunen, Laukkanen & Kylmä, 2010).

Att vara uppmärksam på ungas kroppsuppfattning är viktigt med tanke på förebyggandet av depression hos ungdomar, man borde fokusera mera specifikt på kroppsuppfattningen än tidigare (Jónsdóttir, Arnarson & Smári, 2008).

Att vara uppmärksam på förebyggandet och behandlingen av depression hos de som är och har varit inblandade i mobbning är viktigt. Hälsovårdaren och lärarna har ett stort ansvar att vara

uppmärksamma. Man bör fråga om ungdomen är inblandad i mobbning och eventuella åtgärder mot mobbning bör ske. Trauman som ungdomar möjligen har bör beaktas i behandlingen av den ungas depression. (Kaltiala-Heino, Fröjd & Marttunen, 2010).

Att identifiera och minska negativt tänkande bland ungdomar är viktigt för att främja den mentala hälsan och förebygga depressiva symptom (Charoensuk, 2007). Ibland är det tillräckligt att bara lyssna, att lyssna är med andra ord enormt viktigt (Kinnunen, Laukkanen & Kylmä, 2010).

3.1.2 Att ha kunskap

Vårdpersonal bör känna till specifika symptom på depression hos unga. Vårdpersonal bör vara kompetent att identifiera specifika karakteristiska drag hos unga med depression ifrån vuxnas depression, för att kunna hjälpa dessa unga på bästa sätt. (Crowe m.fl. 2006).

Det förekom skillnader mellan könen gällande skyddande faktorer och deras roll i att minska depressiva symptom hos ungdomar. Enligt en studie kunde skyddsfaktorerna indelas i tre grupper, familjerelaterade skyddsfaktorer, skolrelaterade skyddsfaktorer och individuella skyddsfaktorer. När det gäller familjerelaterade skyddsfaktorer minskade depressions symptom när den unga fick socialt stöd av en förälder av samma kön. Att äta middag tillsammans med familjen var en betydande faktor för pojkar. Att prata om problem med föräldrarna var betydelsefullt för flickor. Skolrelaterade skyddsfaktorer bland pojkar var att de var nöjd med skolan. Individuella skyddsfaktorer var även viktiga för ungdomarna. Optimism och en känsla av att vara nöjd med livet betonades. Att stärka ungdomarnas optimism och att få ungdomarna att känna att de är nöjda med sina liv borde vara en del av främjandet av den mentala hälsan. (Piko, Kovacs & Fitzpatrick, 2009).

3.1.3 Ge information och kunskap

Förebyggande hälsoprogram såsom att utbilda och informera unga om hälsosamma levnadsvanor inklusive kost och motion skulle vara till fördel för att minska fetma och uppmuntra till en hälsosam vikt, och därmed förebygga en del depressioner. Information till unga med fetma om genetiska och biologiska faktorer som inverkar på vikt och kroppsform skulle kunna minska skam och skuld känslorna för dessa unga. Studien visar att unga är sårbara, så att införa en nolltolerans för viktretning skulle kunna hjälpa för att minska den psykiska och mentala stressen för unga med fetma. (Goldfield m.fl. 2008).

3.1.4 Stödja och stärka

Vårdpersonal i skolor har en viktig roll när det gäller att främja den mentala hälsan hos ungdomar. Man bör be ungdomen som befinner sig i riskzonen att komma på upprepade besök eller vid behov remittera honom/ henne vidare till specialister inom psykiatri. (Kinnunen, Laukkanen & Kylmä, 2010). Unga med depression behöver adekvat vård och stöd även när depressionen är under kontroll (Woodgate 2006). Att utveckla god kommunikationsförmåga både i skolan och hemma kan förebygga mentala problem i tonåren (Piko, Kovacs & Fitzpatrick, 2009).

3.1.5 Skapa förtroende och en känsla av hopp

För unga är det viktigt att veta att vårdpersonal inte ger upp hoppet om dem, att veta att vårdpersonal fokuserar på dem och att vårdpersonal har ett flexibelt synsätt. De unga som deltog i studien uppgav som särskilt viktigt att hälsovårdpersonal, läkare och terapeuter värderade dem som människor. De upplevde att de fick tröst och styrka av vårdpersonal som försökte förstå dem i deras depression, respekterade dem och var ärliga i mötet med dem. Det var viktigt för de unga att vårdpersonal såg att det fanns mer hos dem än deras depression, och att de lyssnade till deras uppgifter om depressionen istället för att förlita sig på information från olika böcker. Unga kände sig ofta skattade som mindervärdiga när vårdpersonal dömde dem, inte lyssnade på dem och inte tog sig tid att lära känna dem. Vårdpersonal som fokuserade på att hjälpa dem att bli bättre, och sådana som inte gav upp hoppet om dem uppskattades enormt av de unga med depression. De deltagande i studien uppgav att de ville att hälsovårdspersonal skulle vara ärliga och samtidigt inge hopp (Woodgate, 2006).

3.1.6 Hälsoundersökning och screening

I samband med hälsoundersökningen utförs screening undersökningar för att kartlägga vilka unga som kan vara i riskzonen. Detta görs givetvis med lämpligt instrument, t.ex. enkät. (Jungerstam, m.fl. 2007). När varningssignaler på depression förekommer, exempelvis koncentrationssvårigheter och trötthet, borde man som vårdpersonal göra en enkel depressionsskattning (von Knorring m.fl. 2004).

3.2 Hur bör ett bra hälsosamtal vara?

Under denna rubrik har vi lyft fram det väsentliga som forskningsartiklarna lyft fram gällande hur ett bra hälsosamtal bör vara. Vi har delat in denna del av resultatet i hälsovårdarens egenskaper, hälsosamtal och ett gott hälsosamtal enligt ungdomar.

3.2.1 Hälsovårdarens egenskaper

Hälsovårdarens personlighet inverkar på hur hälsosamtalet och kommunikationen fungerar med den unga (Arnesdotter m.fl. 2008). Det hade stor betydelse för ungdomarna hur hälsovårdaren fungerade med dem och hur hon var som person (Johansson & Ehnfors, 2006).

De unga upplevde hälsosamtalet som tillfredsställande ifall hälsovårdaren gav samtalet en positiv atmosfär, samt att hon kom med konkreta råd, delade med sig av sina kunskaper och fick ungdomen att delta på sina egna villkor (Arnesdotter m.fl. 2008). För ungdomarna var det även viktigt att hälsovårdaren var aktiv och ställde frågor samt att hon hade förmåga att skapa en dialog (Johansson & Ehnfors, 2006).

Sannolikheten att den unga skulle återvända för mer information och stöd blev större ifall hälsovårdaren var omtänksam och kompetent. Ett möte som stöttade den unga till att berätta och där hälsovårdaren lyssnade och gav råd ansågs som ett gott möte (Arnesdotter m.fl. 2008). Ungdomarna ansåg att en hälsovårdare borde se snäll och glad ut, samt att hon skulle vara trevlig. Hon skulle även gärna få ha lite humor. (Johansson & Ehnfors, 2006).

Hälsovårdare som visar respekt mot ungdomen och tar dem på allvar och inte behandlar dem som barn var mycket viktigt enligt ungdomarna. De ansåg också att hälsovårdaren skall vara ärlig och säga sin egen åsikt. (Johansson & Ehnfors, 2006).

Enligt en grupp ungdomar var pålitlighet den viktigaste faktorn i ett samtal. Pålitligheten gjorde att ungdomarna kände sig bekväma och upplevde stöd. Ungdomarna ansåg att en hälsovårdare skall vara kunnig och ge det stöd och den information som behövs. (Johansson & Ehnfors, 2006).

Unga i en studie menar att det ibland var svårt att få tag i skolans hälsovårdare, vilket de upplevde som ett problem. Att hälsovårdaren skall vara tillgänglig hela skoldagen var viktigt för ungdomarna. (Johansson & Ehnfors, 2006).

3.2.2 Hälsosamtal

Hälsosamtalens syfte är att med hjälp av frågor och diskussion med den unga kartlägga livssituationen och olika faktorer i relation till hälsan. En personlig plan om hälsa och välbefinnande görs upp i samband med samtalen. Riskfaktorer som finns i relation till hälsan tas även upp (Jungerstam m.fl. 2007). För ett lyckat hälsofrämjande arbete måste hälsovårdaren börja på den nivå där den unga är i tanke och utveckling. God kommunikation och därmed ett gott hälsosamtal fås om den ungas ålder tas i beaktande samt ungdomens tidigare kontakter till hälsovården (Arnesdotter m.fl. 2008). För att utveckla god kommunikation mellan vårdare och ungdom ansågs kompetens, äkthet, reflekterande, öppenhet och omgivningens stöd ha stor betydelse (Arnesdotter m.fl. 2008). Med hjälp av respekt för den ungas behov och normer samt att unga möttes som deltagare, inte som mottagare skapades god kommunikation (Arnesdotter m.fl. 2008). Det hälsofrämjande arbetet ansågs få mer slagkraft ifall den ungas potential och styrkor betonades (Arnesdotter m.fl. 2008).

Könet bör man ta i beaktande vid hälsosamtal, eftersom det finns könsskillnader beträffande vad som upplevs viktigt bland ungdomarna. Bland annat att få stöd av en person av samma kön har stor betydelse. (Piko, Kovacs & Fitzpatrick, 2009).

Varma och välkomnande lokaler hos hälsovårdaren gav bättre förutsättningar för att hälsosamtalet skulle bli framgångsrikt (Arnesdotter m.fl. 2008), och enligt ungdomar var det viktigt med en avskild plats där ingen kan höra samtalet om hälsosamtalet var känsligt, intimt eller allvarligt (Johansson & Ehnfors, 2006).

Hälsovårdaren bör nämna tystnadsplikten när hon inleder ett samtal, detta får ungdomarna att våga prata. En hälsovårdare kan exempelvis inleda ett samtal med att fråga allmänna frågor eller fråga på vilket sätt hon kan vara till hjälp om en ungdom uppsöker henne. (Johansson & Ehnfors, 2006).

Enligt hälsovårdarna var hälsosamtalet utvecklande för den unga ifall hälsovårdaren själv i början ledde samtalet tills ungdomen var redo att ta över. Ungdomar motiverades av att agera i frågor om de själva fick dra slutsatser om vad som kommit fram under samtalet. Vissa unga agerade direkt medan andra tog längre tid på sig (Arnesdotter m.fl. 2008).

3.2.3 Ett gott hälsosamtal enligt ungdomar

Ungdomarna upplevde att det var viktigt att hälsovårdaren är äkta, dvs. att hon borde visa hur hon är som person men även vara som en professionell hälsovårdare. En hälsovårdare skall visa intresse, vara personlig, känslig och villig att lyssna på andras oro och idéer. Hon bör även ta den tid som behövs för att diskutera särskilda intressen med var och en, eftersom ungdomarna upplevde det som positivt när de fick diskutera något som intresserade dem. (Johansson & Ehnfors, 2006).

Enligt de unga var hälsosamtalet bra när de hade tillräckligt med tid och kunde prata utan att bli avbrutna, samt när de själva kunde påverka innehållet i samtalet. (Arnesdotter m.fl. 2008). Unga tyckte även om när hälsovårdaren pratade mindre och lät dem prata. Att hälsovårdaren lyssnade noggrant, frågade om hälsan och gav bra råd var viktigt för den unga i samtalet (Arnesdotter m.fl. 2008). Ungdomar betonade att det var viktigt att hälsovårdaren skulle lyssna noga och vara intresserad av vad ungdomarna hade att säga. De ansåg också att hälsovårdaren skulle vara förstående och bry sig. Hälsovårdaren borde även minnas ungdomen och hälsa när de möts. (Johansson & Ehnfors, 2006).

En studie visar att ungdomar upplevde att det var positivt om de fick fylla i ett frågeformulär innan de kommer på ett hälsosamtal. Frågeformuläret kan sedan användas som grund för diskussion och ungdomarna kunde med hjälp av frågeformuläret förbereda sig på vad hälsosamtalet skulle handla om och få tänka igenom ämnet innan de träffade hälsovårdaren. Ungdomarna ansåg att frågeformuläret borde ta upp ungdomarnas kropp och dess utveckling, personliga problem, mobbning, saker de skäms över, framtiden, hemmet och familjen, kärlek, oförståndiga saker de gjort i livet, saker som berör flickor och kvinnor, anorexi, graviditet, sex, droger och alkohol. (Johansson & Ehnfors, 2006).

Ungdomar skulle gärna träffa skolans hälsovårdare oftare för att lära känna henne bättre och på detta sätt kunna prata med henne lättare. Att lära känna varandra förbättrar kommunikationen, därför bör det finnas en kontinuitet i kontakten mellan hälsovårdare och ungdomar. (Johansson & Ehnfors, 2006).

4 Tolkning

I detta kapitel har respondenterna tolkat resultatet mot *Det goda samtalet* på sidan 43. Frågorna som vårt resultat svarar på utgör rubrikerna även i detta kapitel.

4.1 Hur kan man som hälsovårdare hjälpa och stöda en ung deprimerad människa?

Nedan presenteras tolkningen för hur man som hälsovårdare kan hjälpa och stöda en ung deprimerad människa. Vi har delat in denna del av tolkningen i mindre underrubriker.

4.1.1 Vara uppmärksam

Att vara uppmärksam på unga med återkommande smärtor är viktigt. Enligt studien bör vårdpersonal som arbetar med unga vara medvetna om kopplingen mellan smärtor och depression för att kunna utreda med hjälp av t.ex. en intervju ifall det ligger en depression bakom symptomen. (Härmä, Kaltiala-Heino, Rimpelä & Rantanen, 2002).

Med slutna frågor kan man på ett effektivt sätt få fram specifik information och det förväntade svaret på en sluten fråga är kort, t.ex. var gör det ont? (Rollnick, Miller & Butler, 2010, 75). Öppna frågor ger mera utrymme för svar t.ex. hur mår du? Öppna frågor hjälper vårdaren att förstå vad personen upplever och känner. Öppna frågor ger vanligtvis mera användbar information. Att ställa några öppna frågor och vara uppmärksam på vad personen svarar kan förbättra kvaliteten i patientrelationen. Patienten upplever vanligen att öppna frågor är mera personliga och att den som frågar verkligen bryr sig om patienten. Genom att använda öppna frågor ger man patienten en möjlighet att bli mera aktiv och få ett eget inflytande på samtalets förlopp. Öppna frågor ger patienten möjlighet att berätta saker som man inte frågat men som ändå är väsentliga. Ögonkontakten är viktig när man ställer frågor och genomgår ett samtal med patienten. (Rollnick, Miller & Butler, 2010, 76-77).

4.1.2 Att ha och att ge information och kunskap

Vårdpersonal bör känna till specifika symptom på depression hos unga. Vårdpersonal bör vara kompetent att identifiera specifika karakteristiska drag hos unga med depression ifrån vuxnas depression, för att kunna hjälpa dessa unga på bästa sätt. (Crowe m.fl. 2006).

Förebyggande hälsoprogram såsom att utbilda och informera unga om hälsosamma levnadsvanor inklusive kost och motion skulle vara till fördel för att minska fetma och uppmuntra till en hälsosam vikt, och därmed förebygga en del depressioner. Information till unga med fetma om genetiska och biologiska faktorer som inverkar på vikt och kroppsform skulle kunna minska skam och skuld känslorna för dessa unga. Studien visar att unga är sårbara, så att införa en nolltolerans för viktretning skulle kunna hjälpa för att minska den psykiska och mentala stressen för unga med fetma. (Goldfield m.fl. 2008).

Att ge information är även en viktig del av hälso- och sjukvården. Informationen bör förmedlas på ett vänligt, tydligt och koncist sätt. Patienten bör inte överlastas med information, utan informationen skall vara enkel och i rätt mängd. Det är bra att försäkra sig om att informationen man gett har blivit förstådd. Kvaliteten i relationen är viktig när det gäller att informera. (Rollnick, Miller & Butler, 2010, 127-129). Kom ihåg att information alltid skall förmedlas i kombination med att fråga och lyssna (Rollnick, Miller & Butler, 2010, 132).

4.1.3 Stödja och stärka

Vårdpersonal i skolor har en viktig roll när det gäller att främja den mentala hälsan hos ungdomar. Man bör be ungdomen som befinner sig i riskzonen att komma på upprepade besök eller vid behov remittera honom/ henne vidare till specialister inom psykiatri. (Kinnunen, Laukkanen & Kylmä, 2010). Unga med depression behöver adekvat vård och stöd även när depressionen är under kontroll (Woodgate 2006). Att utveckla god kommunikationsförmåga både i skolan och hemma kan förebygga mentala problem i tonåren (Piko, Kovacs & Fitzpatrick, 2009).

Ett av de första stegen för att ett vårdande samtal kan hållas är gemenskap. Vårdaren har ansvar att bjuda in patienten till en gemenskap där han eller hon kan uppleva att lidandet är uthärdligt. Sedan bör en relation mellan vårdare och patient skapas. (Fredriksson, 2003, 57). Relationen mellan vårdaren och patienten är viktig för att främja den mentala hälsan och skapa förtroende. En god relation förbättrar även kontinuiteten i vården.

Att lyssna främjar hälsovårdarens relation till patienten. Redan någon minut av lyssnande kan få patienten att uppleva att det är någon som faktiskt lyssnar och bryr sig. Genom att lyssna på patienten kan hälsovårdaren få viktig information som annars kanske skulle falla bort. Patienten känner sig vanligen mera tillfredställd och är mera öppen och ärlig om en hälsovårdare behärskar lyssnandet. (Rollnick, Miller & Butler, 2010, 101-102). Närvaro, att verkligen ”vara där” är en viktig del av det vårdande samtalet och är en förutsättning för lyssnandet (Fredriksson, 2003, 58).

4.1.4 Skapa förtroende och en känsla av hopp

För unga är det viktigt att veta att vårdpersonal inte ger upp hoppet om dem, att veta att vårdpersonal fokuserar på dem och att vårdpersonal har ett flexibelt synsätt. De unga som deltog i studien uppgav som särskilt viktigt att hälsovårdpersonal, läkare och terapeuter värderade dem som människor. De upplevde att de fick tröst och styrka av vårdpersonal som försökte förstå dem i deras depression, respekterade dem och var ärliga i mötet med dem. Det var viktigt för de unga att vårdpersonal såg att det fanns mer hos dem än deras depression, och att de lyssnade till deras uppgifter om depressionen istället för att förlita sig på information från olika böcker. (Woodgate, 2006). Redan någon minut av lyssnande kan få patienten att uppleva att det är någon som faktiskt lyssnar och bryr sig. Genom att lyssna på patienten kan hälsovårdaren få viktig information som annars kanske skulle falla bort. Patienten känner sig vanligen mera tillfredställd och är mera öppen och ärlig om en hälsovårdare behärskar lyssnandet. (Rollnick, Miller & Butler, 2010, 101-102). Lyssnandet är grunden för en god relation och visar att man fokuserar på patienten och respekterar denne.

4.1.5 Hälsoundersökning och screening

I samband med hälsoundersökningen utförs screening undersökningar för att kartlägga vilka unga som kan vara i riskzonen. Detta görs givetvis med lämpligt instrument, t.ex. enkät. (Jungerstam, m.fl. 2007). När varningssignaler på depression förekommer, exempelvis koncentrationssvårigheter och trötthet, borde man som vårdpersonal göra en enkel depressionsskattning (von Knorring m.fl. 2004).

Hälsoundersökningen utgörs i huvudsak av samtal med patienten. Enligt Rollnick, Miller och Buttler (2010, 83) är det viktigt i en god kommunikation att visa att man bryr sig och att man kan lyssna. Ordvalet, röstläget, tempot och tydligheten i frågorna är också viktigt.

Genom att använda enkäter med både öppna och slutna frågor kan man på ett effektivt sätt få fram information om patientens hälsa. Enligt Rollnick, Miller och Buttler (2010, 75-77) kan man med hjälp av slutna frågor få fram specifik information. Öppna frågor ger mera utrymme för svar och det hjälper vårdaren att förstå vad patienten upplever och känner.

4.2 Hur bör ett bra hälsosamtal vara?

Tolkningen för hälsovårdarens egenskaper, hälsosamtalet samt ett gott hälsosamtal enligt ungdomar kommer att presenteras nedan.

4.2.1 Hälsovårdarens egenskaper

I ett professionellt och stödande samtal krävs att man skjuter sina privata känslor, reaktioner, bekymmer och problem åt sidan för att kunna använda sig själv som redskap för en annan människas skull (Nilsson & Waldemarson, 2007, 100). Hälsovårdarens personlighet inverkar på hur hälsosamtalet och kommunikationen fungerar med den unga (Arnesdotter m.fl. 2008). Det hade stor betydelse för ungdomarna hur hälsovårdaren fungerade med dem och hur hon var som person (Johansson & Ehnfors, 2006).

De unga upplevde hälsosamtalet som tillfredsställande ifall hälsovårdaren gav samtalet en positiv atmosfär, samt att hon kom med konkreta råd, delade med sig av sina kunskaper och fick ungdomen att delta på sina egna villkor (Arnesdotter m.fl. 2008). Ett motiverande samtal fungerar genom att aktivera patientens egen motivation till förändring och följsamhet till behandling. Motiverande samtal innebär vägledning, inte att styra eller tvinga någon till något. Det motiverande samtalet är samarbetsinriktat, det innebär ett aktivt samtal och en beslutsprocess där både patienten och hälsovårdaren deltar. (Rollnick, Miller & Buttler, 2010, 28-30).

Sannolikheten att den unga skulle återvända för mer information och stöd blev större ifall hälsovårdaren var omtänksam och kompetent. Ett möte som stöttade den unga till att berätta och där hälsovårdaren lyssnade och gav råd ansågs som ett gott möte (Arnesdotter m.fl. 2008). I det

vårdande samtalet är det viktigt att lyssna. Lyssnandet innebär tystnad och koncentration, samt ge tid och plats för patienten att tänka och berätta. (Fredriksson, 2003, 57-59).

Enligt en grupp ungdomar var pålitlighet den viktigaste faktorn i ett samtal. Pålitligheten gjorde att ungdomarna kände sig bekväma och upplevde stöd. Ungdomarna ansåg att en hälsovårdare skall vara kunnig och ge den stöd och information som behövs. (Johansson & Ehnfors, 2006). I samband med informationsutbyte skall hälsovårdaren vara trevlig, tydlig och uppmärksam. Information kan ges både muntligt och skriftligt. Ibland upplevs den muntliga informationen som den bästa, men ibland kan det vara bra att kombinera metoderna. En broschyr eller webbsida kan delvis komplettera den muntliga informationen. (Rollnick, Miller och Buttler, 2010, 132).

4.2.2 Hälsosamtal

Hälsosamtalens syfte är att med hjälp av frågor och diskussion med den unga kartlägga livssituationen och olika faktorer i relation till hälsan. (Jungerstam m.fl. 2007). Man kan ställa öppna frågor där patienten får berätta vad hon eller han upplever och känner. Öppna frågor är personliga och visar att den som frågar verkligen bryr sig om patienten. Patienten blir mera aktiv och får styra samtalet om man frågar med öppna frågor. (Rollnick, Miller & Butler, 2012, 76-77).

För att utveckla god kommunikation mellan vårdare och ungdom ansågs kompetens, äkthet, reflekterande, öppenhet och omgivningens stöd ha stor betydelse (Arnesdotter m.fl. 2008). Ett av de första stegen för att ett vårdande samtal kan hållas är gemenskap. Vårdaren har ansvar att bjuda in patienten till en gemenskap där han eller hon kan uppleva att lidandet är uthärdligt. Sedan bör en relation mellan vårdare och patient skapas. (Fredriksson, 2003, 57).

Enligt hälsovårdarna var hälsosamtalen utvecklande för den unga ifall hälsovårdaren själv i början ledde samtalet tills ungdomen var redo att ta över. Med hjälp av respekt för den ungas behov och normer samt att unga möttes som deltagare, inte som mottagare skapades god kommunikation. Ungdomar motiverades av att agera i frågor om de själva fick dra slutsatser om vad som kommit fram under samtalet och det hälsofrämjande arbetet ansågs få mer slagkraft ifall den ungas potential och styrkor betonades. (Arnesdotter m.fl. 2008). Det motiverande samtalet är samarbetsinriktat där både patienten och hälsovårdaren deltar. Samtalet strävar till att aktivera patientens egen motivation och lyfta fram goda egenskaper som patienten redan har samt förmåga till förändring, som skall utgå från patientens egna mål och värderingar. (Rollnick, Miller & Buttler, 2010, 28-30).

4.2.3 Ett gott hälsosamtal enligt ungdomar

Ungdomarna upplevde att det var viktigt att hälsovårdaren är äkta, dvs. att hon borde visa hur hon är som person men även vara som en professionell hälsovårdare. En hälsovårdare skall visa intresse, vara personlig, känslig och villig att lyssna på andras oro och idéer. Hon bör även ta den tid som behövs för att diskutera särskilda intressen med var och en, eftersom ungdomarna upplevde det som positivt när de fick diskutera något som intresserade dem. (Johansson & Ehnfors, 2006).

Ett motiverande samtal är samarbetsinriktat, det innebär ett aktivt samtal och en beslutsprocess där både patienten och hälsovårdaren deltar. Detta samtal stävar även efter att aktivera patientens egen motivation och lyfta fram goda egenskaper som patienten redan har samt förmåga till förändring. Hur man pratar med en patient om deras hälsa kan ha stor betydelse och påverka deras egen motivation till att förändra sitt beteende. (Rollnick, Miller & Butler, 2010, 28-30). Med motiverande samtal kan man med andra ord ta den tid som behövs och verkligen lyssna på patientens egna idéer och prata om det som ungdomen upplever som intressant.

Enligt de unga var hälsosamtalet bra när de hade tillräckligt med tid och kunde prata utan att bli avbrutna, samt när de själva kunde påverka innehållet i samtalet. (Arnesdotter m.fl. 2008). Unga tyckte även om när hälsovårdaren pratade mindre och lät dem prata. Att hälsovårdaren lyssnade noggrant, frågade om hälsan och gav bra råd var viktigt för den unga i samtalet (Arnesdotter m.fl. 2008). Ungdomar betonade att det var viktigt att hälsovårdaren skulle lyssna noga och vara intresserad av vad ungdomarna hade att säga. De ansåg också att hälsovårdaren skulle vara förstående och bry sig. (Johansson & Ehnfors, 2006).

Något av det viktigaste i en god kommunikation är att visa att man bryr sig och att man kan lyssna. (Rollnick, Miller & Butler, 2010, 83). Enligt Fredriksson (2003, 57-59) innefattar lyssnandet tolkning och förståelse och att ge tillbaka denna förståelse till patienten. För att kunna lyssna till någon annan krävs det tystnad, vilket inte enbart innebär att man är tyst, utan även att tysta sina tankar. Lyssnande innebär tystnad och koncentration, samt att ge tid och plats för patienten att tänka och berätta. Rollnick, Miller och Butler (2010, 101-102) menar att redan någon minut av lyssnande kan få patienten att uppleva att det är någon som faktiskt lyssnar och bryr sig. Patienten känner sig vanligen mera tillfredställd och är mera öppen och ärlig om en hälsovårdare behärskar lyssnandet.

Att ge information är även en viktig del av hälso- och sjukvården. Informationen bör förmedlas på ett vänligt, tydligt och koncist sätt. (Rollnick, Miller & Butler, 2010, 127-129). I samband med informationsutbyte skall hälsovårdaren givetvis vara trevlig och tydlig, men även uppmärksam. Hälsovårdaren bör skickligt kunna anpassa svaren till både sin egen och patientens sinnesstämning

och behov. (Rollnick, Miller & Butler, 2010, 132). Genom att ha information samt att ha en förmåga att förmedla denna information på ett bra sätt kan man ge goda råd till patienten och på detta sätt förbättra hälsosamtalet.

5 Att hålla föreläsning

I detta kapitel kommer vi att redogöra för hur en föreläsning skall hållas och vad man bör tänka på när man planerar samt genomför en föreläsning.

5.1 Målgrupp

Ju mera man vet om sina lyssnare, desto lättare är det att planera och förbereda presentationen. Det som man kan tänka på när man planerar presentationen är om åhörarna är unga eller äldre, män eller kvinnor, experter eller noviser och hur viktigt ämnet är för åhörarnas yrkes- eller privatliv. (Fällman, 1996, 60-61). Det kan även vara bra att veta hur stor gruppen som man skall föreläsa för är och om deltagandet är obligatoriskt eller frivilligt. Det underlättar även för föreläsaren om han eller hon vet var i utbildningen eller arbetet som föreläsningen kommer in. (Långström & Viklund, 2006, 135).

Vi kommer att framföra utvecklingsarbetet åt en grupp första års socionomstuderande. Denna grupp antas bestå av cirka 15-20 personer och mest kvinnliga deltagare. Framförandet kommer in under gruppens första studieår och man kan anta att deltagarna inte har insikt i ämnet sedan tidigare och därför förväntar vi oss att denna grupp inte har så mycket bakgrundskunskap i ämnet. Detta innebär att materialet kommer att redogöras grundligt för att de skall få en övergripande bild av ämnet. Framförandet är inlagt under lektionstid i kursen "Mentalvård" och lektionen är frivillig för eleverna. Utvecklingsarbetet framförs även för vårdpersonal på en hälsocentral. Deltagandet är frivilligt och därför kan gruppens storlek variera. Utbildade hälsovårdare och annan vårdpersonal borde ha mera kunskap och insikt än socionomstuderandena och därför förväntas mera av dem i form av frågor, synpunkter och diskussion. Även här förväntas deltagarna bestå till största del av kvinnor. Denna föreläsning kommer att vara kortare och vi kommer att presentera materialet mera specifikt och lämna bort en del bakgrundskunskap, eftersom vi antar att vårdpersonalen redan har kunskap om detta.

I slutet av presentationen kommer vi att ställa några diskussionsfrågor som aktiverar åhörarna. Socionomstuderandena får diskutera frågorna i grupp eftersom vi tror att en diskussion uppstår lättare då. När det gäller vårdpersonalen förväntar vi oss att de aktivt ifrågasätter, ställer frågor och diskuterar. För att ytterligare aktivera åhörarna kommer vi vid behov att ställa följdfrågor och om gruppen är mycket pratsam kommer vi att försöka svara på frågorna men begränsa dem till vårt ämne.

5.2 Disposition

Det är viktigt att göra upp en disposition över vad som skall sägas och när man planerar innehållet i en föreläsning. Innehållet kan disponeras på olika sätt beroende på ämne och situation. En klassisk disposition lyder: säg vad du tänker säga, säg det, säg vad du har sagt (Fällman, 1996, 64). Det viktigaste när innehållet disponeras är att ordna materialet så att det är lätt för talaren att komma ihåg de olika punkterna och därmed även lätt för lyssnarna att minnas vad som sagts. Det vanligaste sättet är att bryta ner ämnet i mindre delar, delämnena. Ett annat sätt är att ordna materialet kronologiskt, dvs. i tidsföljd. (Gunnarsson, 1996, 56).

Inledningens uppgift är att fånga publikens uppmärksamhet, göra dem väl inställda till talaren och att göra dem villiga att lyssna och lära. Ibland kan det vara svårt att fånga publikens uppmärksamhet från början, de kanske sitter och pratar eller sysslar med något annat. Då måste talaren på något sätt väcka publikens uppmärksamhet och skapa en kontakt med dem. Det kan man göra med hjälp av t.ex. en historia, ett citat eller genom att ställa en fråga till publiken. (Gunnarsson, 1996, 57).

När man väl har fångat publikens uppmärksamhet är det dags att presentera ämnet. Då kan man t.ex. börja med att tala om sitt ämne och eventuellt göra en kort sammanfattning av bakgrunden eller orsaken till varför man valt just det ämnet. Därefter presenteras talets syfte och slutligen sammanfattas talets delar. Syftet med ämnespresentationen är att ge lyssnarna klarhet i vad talet eller framförandet kommer att handla om och hur det är organiserat. (Gunnarson, 1996, 63). Som föreläsare är det viktigt att läsa på föreläsningmaterialet även om man tycker att man kan ämnesområdet bra. Genom att kontrollera Internet eller biblioteket kan man kontrollera ifall det kommit någon ny litteratur inom ämnet. Deltagarna bör kunna känna och se den "röda tråden", och man bör bestämma vad som är kärnan i föreläsningen och hålla fast vid den genom hela föredraget (Långström & Viklund, 2006, 136-137).

Avslutningen av ett framförande är minst lika viktig som inledningen. Avslutningen bör markera att framförandet är slut och ge en avrundning som stannar kvar hos lyssnarna. Den skall även, liksom inledningen, vara kort och effektiv. Avslutningen skall dock inte komma som en överraskning utan man kan mot slutet av framförandet informera om att föreläsningen börjar gå mot sitt slut. Ett bra sätt att avsluta är där man började, dvs. att upprepa det som sades i början eller kort sammanfatta huvudinnehållet. (Fällman, 1996, 67-68). Slutet på föreläsningen är sista chansen att göra ett gott intryck, och det sista som sägs är också det som publiken kommer ihåg bäst (Gunnarson, 1996, 63).

5.3 Presentationsmetoder

Under presentationen är det viktigt att talaren ser på deltagarna för att avläsa kroppsspråk och ansiktsuttryck. För att skapa en levande interaktion och för att aktivera deltagarna kan föreläsaren lämna utrymme för frågor, små uppgifter, påståenden och korta diskussioner. (Långström & Viklund, 2006, 137).

När en föreläsning hålls kan det vara bra att använda sig av någon typ av visuellt hjälpmedel. Man kan använda datorpresentationer t.ex. Power-Point, overheadapparat, video, blädderblock eller skrivtavla. Genom att kombinera både syn- och hörselintryck minns åhörarna mycket bättre vad som framförts och klarhet och intresse ges åt presentationen. Trots detta är det alltid föreläsaren och budskapet som skall stå i förgrunden vid ett framförande, de visuella hjälpmedlen skall endast fungera som stöd. (Gunnarsson, 1996, 106-111).

Rösten och kroppsspråket är mycket viktigt för en föreläsare. Man skall inte tala för högt, men heller inte för lågt. Om man har en svag röst kan man kompensera genom att tala tydligare eller använda sig av en mikrofon. När en föreläsning hålls åt flera personer måste man våga höja rösten. Rösten låter högre för en själv än vad den gör för lyssnarna, därför måste man tala högre än man tror. Den bästa effekten får man om man kan variera rösten och röststyrkan. Föreläsaren bör rikta sig mot publiken då han eller hon talar och undvika att vända ryggen mot åhörarna och tala på samma gång, t.ex. då man skriver eller ritar något på ett blädderblock eller på tavlan. Talets hastighet anpassas till situationen men grundregeln är att tala så fort så att det passar den vanliga rytmen. Pauser används i ett framförande för att markera att man avslutat en del innan man övergår till nästa. Pausen kan också ge åhörarna tid att tänka och hinna förstå det som just blivit sagt. För ovana talare kan pausen kännas lång och nervös, då är det lätt att utveckla utfyllnadsljud så som ”äh” och ”öh”. För att bli medveten om dessa ovanor kan man spela in talet och sedan arbeta bort utfyllnadsljuden för att få ett flytande och smidigt framförande. (Gunnarson, 1996, 128-132).

Föreläsaren bör stå rakt, ordna sitt material och se ut över publiken för att skapa ett lugnt intryck. Genom att hålla huvudet högt signaleras självförtroende och kontroll. Leendet är en av de bästa tillgångar man har, så det är viktigt att försöka se glad ut. Genom blicken skapas kontakt och förtroende, man skall inte titta ner i golvet, åt sidan eller på någon enskild person utan låta blicken svepa över rummet så att publiken upplever att man ser på dem. Den som föreläser fångar lättare uppmärksamhet om han eller hon har möjlighet att röra på sig, därför att det bättre att stå upp än att sitta. Ovana föreläsare lutar sig ofta eller håller sig fast i något, vilket bör undvikas. Annat som bör

undvikas är ovanor, t.ex. att vrida på en penna, snurra håret eller säga ”alltså” i varje mening. Detta kan undvikas om man är medveten om sitt kroppsspråk. (Gunnarson, 1996, 132-136).

5.4 Praktiska frågor

Praktiska frågor som man bör fundera på när framförandet planeras är hur lång tid som är avsatt till föreläsningen. Det är ofta bättre att sluta någon minut för tidigt än några minuter för sent. Man bör även avsluta på ett tydligt sätt så att åhörarna inte är osäkra på om föreläsningen är slut eller om den skall fortsätta. (Långström & Viklund, 2006, 135, 138). Tidpunkten för föreläsningen är av betydelse. Hålls föreläsningen tidigt på morgonen eller sent på eftermiddagen? Är åhörarna trötta, hungriga eller mätta? I så fall kan uppiggande effekter behövas i presentationen. Om presentationen tar mer än en timme bör en eller flera pauser läggas in. (Fällman, 1996, 61-62).

Det är bra att veta i förväg hur lokalen där föredraget hålls ser ut samt att alla eventuella hjälpmedel finns på plats och fungerar (Fällman, 1996, 62). Man kan pröva att prata högt i lokalen, gå långt bak och kontrollera att bilder och text syns som man tänkt visa och t.ex. ställa fram ett glas vatten åt sig innan framförandet börjar (Långström & Viklund, 2006, 136).

När föreläsningen planeras bestämmer man sig i förväg om man skall dela ut skriftligt material som deltagarna kan ta del av och därmed få en inblick i vad föreläsningen kommer att handla om. När man föreläser kan man skriva ner hela föreläsningen ord för ord, eller endast använda sig av stödord. Ifall man använder sig av stödord blir oftast föreläsningen mer avslappnad än om man skriver ner hela, då det lätt blir manusbundet och stelt. (Långström & Viklund, 2006, 136).

6 Diskussion

Vårt syfte med utvecklingsarbetet var att göra både examensarbetet och utvecklingsarbetet användbart i praktiken. Vi anser att vi uppnått vårt syfte eftersom vi fått fram ett resultat som går att tillämpa i praktiken. Resultatet kan användas som ett verktyg för att ge vårdpersonal beredskap att hjälpa och stöda en ung deprimerad människa samt förmågan att tillämpa och förbättra hälsosamtalen med unga.

Vårt första framförande var för socionomstuderande i Yrkeshögskolan Novia. Vi tycker att framförandet gick bra och att vi kunde förmedla informationen på ett tydligt sätt. Socionomstuderandena såg intresserade ut och vi fick med dem i diskussionen. Diskussionen gav oss nya idéer om hur ett bra hälsosamtal bör vara, bland annat framkom idéer om att aktivera familjen i den ungas hälsa samt beakta kulturella skillnader.

Att hålla föreläsningen var spännande, intressant och roligt, men även en utmaning eftersom en föreläsning bör vara intressant och varierande. På grund av nervositet kändes föreläsningen lite spänd, men när vi kom igång kändes det mycket bättre. Vi hoppas att vår första föreläsning har gett oss lite erfarenhet och att det går lättare vid nästa framförande. Vi tror att framförandet för vårdpersonalen kommer att ge oss nya infallsvinklar gällande hur man kan hjälpa och stöda en ung deprimerad människa eftersom vårdpersonalen troligtvis har egna erfarenheter och åsikter om ämnet.

Vi tycker att det har varit mycket intressant och lärorikt att göra detta arbete. I framtiden kommer vi ha stor nytta av den kunskap vi fått gällande hur man som hälsovårdare kan hjälpa och stöda en ung deprimerad människa samt hur ett bra hälsosamtal bör vara. Vi hoppas att vi i och med föreläsningarna har kunnat förmedla denna kunskap så att hälsovårdare samt övrig vårdpersonal kan ha nytta av våra arbeten.

Litteratur

Andersson-Höglund, I & Hedman-Ahlström, B. (2006). *Psykiatri*. Stockholm: Bonnier Utbildning AB.

Arnesdotter, Å. Olander, Å. Ragneskog, H. (2008). Hälsosamtalet, en utmaning för skolsköterskan. *Vård i Norden* 28 (2), 57-59

Bell, J. (2007). *Introduktion till forskningsmetodik*. (4 uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Bradley, K., McGrath, P., Brannen, C., Bagnell, A. (2008). Adolescents' attitudes and opinions about depression treatment. *Community Mental Health Journal*. Published online 28 July 2009.

Burns, J. Cottrell, L. Perkins, K. Pack, R. Stanton, B, Hobbs, g. Hobby, L. Eddy, D. & Hauschka, A. (2003). Depressive symptoms and health risk among rural adolescents. *Pediatrics*, 113 (5), 1313-1320

Carlsson, B. (1991). *Kvalitativa forskningsmetoder. För medicin och beteendevetenskap*. Falköping: Almqvist & Wiksell Förlag AB.

Charoensuk, S. (2007). Negative thinking: a key factor in depressive symptoms in thai adolescents. *Issues in Mental Health Nursing*, 28, 55-74

Crowe, M. Ward, N. Dunnachie, B & Roberts, M. (2005). Characteristics of adolescent depression. *International Journal of Mental Health Nursing* 15, 10-18

Denscombe, M. (2009). *Forskningshandboken – för småsakliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. (2 uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Dopheide, J. A. (2006). Recognizing and treating depression in children and adolescents. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 63 (3), 233-243

Ejvegård, R. (2007). *Vetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K (1991). *Pausen*. (2 uppl.) Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag AB.

Eriksson, K. (1993). *Hälsans idé*. (2 uppl.) Stockholm: Liber utbildning AB.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Arlöv: Liber utbildning.

- Field, T, Diego, M. & Sanders, C. (2001). Exercise is positively related to adolescents' relationships and academics. *ADOLESCENCE* 36 (141), 105-110
- Flemming, L & Jacobsen, K. (2008). Bullying and symptoms of depression in Chilean middle school students. *Journal of School Health* 79 (3), 130-137
- Forskningsetiska delegationen. (2011). *God vetenskaplig praxis och handläggning av avvikelser från den*. [Http://www.tenk.fi/sv/god_vetenskaplig_praxis/praxis.html](http://www.tenk.fi/sv/god_vetenskaplig_praxis/praxis.html). (hämtat 28.1.2012)
- Fredriksson, L. (2003). *Det vårdande samtalet*. Åbo: Åbo Akademis Förlag.
- Fällman, B. (1996). *Tala och engagera. Populär presentationsteknik*. Lund: Studentlitteratur.
- Gillberg, C & Hellgren, L. (red.) (2000). *Barn och ungdomspsykiatri*. (2 uppl.) Stockholm: Natur och Kultur.
- Goldfield, G. Moore, C. Henderson, K. Buchholz, A. Obied, N. & Flament, M. (2008). Body dissatisfaction, dietary restraint, depression and weigh status in adolescents. *Journal of School Health* 80 (4), 186-192
- Goossens, L. Braet, C. Van Vlierberghe, L. & Mels, S. (2008). Loss of control over eating in overweight youngsters: the role of anxiety, depression an emotional eating. *European Eating Disorders* 17, 68-78
- Gunnarsson, H. (1996). *Vältalaren. Om konsten att tala*. Eskilstuna: Liber AB.
- Gustavsson, G. (2004). *När någon i din närhet har en depression*. Västerås: Ica Förlaget AB.
- Härmä, A-M. Kaltiala-Heino, M. Rimpelä, M. & Rantanen, P. (2002). Are adolescents with frequent pain symptoms more depressed? *Scand J Prim Health Care* 20, 92-96
- Institutet för hälsa och välfärd. (2004). *Den mentala hälsan är en väsentlig del av hälsan*. [Http://www.ktl.fi/portal/svenska/halsoteman/halsa_i_finland/mental_halsa/framsida](http://www.ktl.fi/portal/svenska/halsoteman/halsa_i_finland/mental_halsa/framsida) (hämtat 25.1.2012)
- Johansson, A. & Ehnfors, M. (2006). Mental health-promoting dialogue of school nurses from the perspective of adolescent pupils. *Vård i Norden*, 26 (4), 10-13

Jónsdóttir, S. R., Arnarson, E. Ö. & Smári. (2008). Body esteem, perceived competence and depression in Icelandic adolescents. *Nordic Psychology*, 60 (1), 58-71

Jungerstam, G. Nyman- Kurkiala, P. Ström, K. & Lindholm, L. (2007). Den unga människans rätt till sammanhang och delaktighet. *Vård I Norden* 27 (40), 48-51

Kaltiala- Heino, R., Fröjd, S. & Marttunen, M. (2010). Involvement in bullying and depression in a 2-year follow-up in middle adolescence. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 19, 45-55

Karlsson, L., Pelkonen, M., Aalto-Setälä, T. & Marttunen, M. (2005). Nuorten masennus - vakava sairaus, jonka hoitoa tutkittu vähän. *Suomen Lääkärilehti*, 60 (27-29), 2879-2883.

Keinänen, M. & Engblom, P. (2007). *Nuoren aikuisen psykodynaaminen psykoterapia*. Helsinki: Duodecim.

Khalil, A.H., Rabie, M.A., Abd-El-Aziz, M. F., Abdou, T. A., El-Rasheed, A. H. & Sabry, W. M. (2010). Clinical characteristics of depression among adolescent females: a cross-sectional study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 4 (26)

Kirkevold, M. (1996). Oversiktsartikler- et middel for å fremme integrasjon av sykepleieforskning. Ingår i; Bjerkreim, T., Mathisen, J. & Nord, R. *Visjon, viten og virke*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kirkevold, M. (1997). Integrative nursing research – an important strategy to further the development of nursing science and nursing practise. *Journal of Advanced Nursing*, (25), 977-984.

Kinnunen, P., Laukkanen, E. & Kylmä, J. (2010). Associations between psychosomatic symptoms in adolescence and mental health symptoms in early adulthood. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 43-50

Kontunen, J., Karlsson, H. & Larmo, A. (2007). *Interpersonallinen psykoterapia – depression fokusoitu hoitomenetelmä*. Helsinki: Edita.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. (1999). Sisällön analyysi. *Hoitotiede*, 11 (1), 3-12

Larsson, S. (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Ingår i: Starrin, B. & Svensson, P-G. (red.) *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Lindström, U. (1994). *Psykiatrisk vårdlära*. Falköping: Liber Utbildning AB.

Långström, S. & Viklund, U. (2006). *Praktisk lärarkunskap*. Lund: Studentlitteratur.

MacPhee, A R. & Andrews, J J.W. (2006). Risk factors for depression in early adolescence. *ADOLESCENCE* 41 (163), 435-466

Najman, J. M., Hayatbakhsh, M. R., Clavarino, A., Bor, W., O'Callaghan, M. J. & Williams, G. M. (2010). Family poverty over the early life course and recurrent adolescent and young adult anxiety and depression: a longitudinal study. *American Journal of Public Health*, 100 (9), 1719-1723

Nilsson, B. & Waldemarson, A-K. (2007). *Kommunikation. Samspel mellan människor*. 3 uppl. Studentlitteratur.

Olsson, G. (2004). *Depressioner i tonåren – ung, trött och ledsen*. Stockholm: Förlagshuset Gothia.

Ottosson, H. & Ottosson, J-O. (2007). *Psykiatriboken*. Stockholm: Liber.

Patel, R & Davidson, B. (1994). *Forskningsmetodikens grunder – att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. (2 uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Patel, R & Tebelius, U. (1987). *Grundbok i forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Paxton, S. J., Neumark-Sztainer, D. Hannan, P. J. & Eisenberg, M. E. (2006). Body dissatisfaction prospectively predicts depressive mood and low self-esteem in adolescent girls and boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35 (4), 539-549

Piko, B. F., Kovacs, E. & Fitzpatrick, K. M. (2009). What makes a difference? Understanding the role of protective factors in Hungarian adolescents' depressive symptomatology. *Eur Child Adolesc. Psychiatry*, 18, 617-624

Rietveld, S. van Beest, I & Prins, P .J.M. (2005). The Relationship Between Specific Anxiety Syndromes and Somatic Symptoms in Adolescents with Asthma and Other Chronic Diseases. *Journal of Asthma* 42, 725-730

Riggs, S. A. & Han, G.(2009). Predictors of anxiety and depression in emerging adulthood. *J Adult Dev*, 16, 39-52

- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C.C. (2010). *Motiverande samtal i hälso- och sjukvården. Att hjälpa människor att ändra beteende*. Lund: Studentlitteratur
- Rothon, C. Edwards, P. Bhui, K. Viner, R. Taylor, S & Stansfeld, S. (2010). Physical activity and depressive symptoms in adolescents: a prospective study. *BMC Medicine* 32 (8)
- Räsänen, E., Moilanen, I., Tamminen, T. & Almqvist, F. (toim.) (2000). *Lasten- ja nuorisopsykiatria*. (2 uppl.) Helsinki: Duodecim.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatri, själ – kropp - samhälle*. Stockholm: Liber.
- Svirsky, L. (2010). *KBT, att tillämpa metoden med barn och ungdomar*. Stockholm: Gothia Förlag.
- Trowell, J. Joffe, I. Campbell, J. Clemente, C. Ahlmqvist, F. Soininen, M. Konskenranta-Aalto, U. Weintraub, S. Kolaitis, G. Tomaras, V. Anastasopoulos, D. Grayson, K. Barnes, J. & Tsiantis, J. (2006). Childhood depression, a place for psychotherapy. An outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy. *European Child & Adolescent Psychiatry* 16 (3), 157-167
- von Knorring, A-L., Cederberg- Byström, K., Nyberg, A-M., Hedlund, M., Stålenheim, G. & von Knorring, L. (2004). Depressioner vanligt hos unga som söker för kroppsliga besvär. *Läkartidningen*, 101 (5), 365-368
- Wasserman, D. (1998). *Depression - en vanlig sjukdom. Symtom, orsaker och behandlingsmöjligheter*. Borås: Natur och Kultur.
- Wentz., E. (2011). Ätstörningar. Ingår i: Skärsäter, I. (red.), *Omvårdnad vid psykiatrisk ohälsa – på grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur.
- Wiklund, L. (2000). *Lidandet som kamp och drama*. Åbo: Åbo akademis förlag.
- Wiklund-Gustin, L. (red.) (2010). *Vårdande vid psykisk ohälsa - på avancerad nivå*. Studentlitteratur AB.
- Woodgate, R. (2006). Living in the shadow of fear: adolescent's lived experience of depression. *The Author. Journal Compilation*, 261-269

Åslund, C., Nilsson, K. W., Starrin, B. & Sjöberg, R. L. (2007). Shaming experiences and the association between adolescent depression and psychosocial risk factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 16, 298-304

Symptom som kan vara tecken på depression hos ungdomar

- Irritabilitet
- Aggressivitet
- Ätstörningar
- Nedstämdhet
- Förlorar intresset för sina vanliga aktiviteter
- Social isolering
- Sömnstörningar
- Låg självkänsla
- Dåligt självförstående
- Skuldkänslor
- Koncentrations svårigheter
- Uppmärksamhets störningar
- Rastlöshet
- Sämre skolprestationer
- Skolkning
- Relationsproblem
- Ångest
- Missbruk
- Självmordstankar
- Somatiska problem så som:
 - Huvudvärk
 - Magont
 - Stickningar i benen eller bröstet
 - Värk och smärtor i olika delar av kroppen

Forskare, årtal	Syfte	Metod	Resultat
von Knorring, A-L., Cederberg-Byström, K., Nyberg, A-M., Hedlund, M., Stålenheim, G. & von Knorring, L. 2004.	Undersöka förekomsten av depression hos ungdomar, samt om det finns skillnader i symptomatologin mellan ungdomar, vars depression diagnostiserats i somatisk sjukvård och ungdomar, vars depression inte upptäckts där.	127 ungdomar gjorde en egenbedömning för diagnosen depression enligt Depression Self-Rating Scale (DSRS). Ungdomarna genomförde även en självskattning av depressionens svårighetsgrad med hjälp av Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). 17 ungdomar genomgick en läkarundersökning.	Bland de 127 undersökta ungdomarna uppfyllde 34,5 % (44 st.) kriterierna för egentlig depression enligt DSRS. 37 ungdomar fyllde kriterierna för egentlig depression hade inte fått depressionsdiagnosen när de sökt somatisk vård. Depressioner är vanliga hos ungdomar som söker hjälp för kroppsliga symptom. Depressionsskattningar borde göras oftare.
Kinnunen, P., Laukkanen, E. & Kylmä, J. 2010.	Att undersöka sambandet mellan psykosomatiska symptom hos ungdomar och mental hälsa i tidig vuxenålder.	Longitudinell studie Enkät 1996 och 2006 Five-category Likert-scale har använts för analys	Psykosomatiska symptom var mycket vanliga i samband med depression, speciellt bland flickor. 30,2% av ungdomarna hade 3 eller fler psykosomatiska symptom en gång i veckan eller mer. Nästan alla psykosomatiska symptom var relaterade till mentala problem i tidig vuxenålder. Endast dålig matlust och att vakna om nätterna hade inga relationer till mentala problem senare i livet.

Forskare, årtal	Syfte	Metod	Resultat
Khalil, A.H., Rabie, M.A., Abd-El-Aziz, M. F., Abdou, T. A., El-Rasheed, A. H. & Sabry, W. M. 2010.	Att uppskatta förekomsten av depression bland kvinnliga studerande i Egypten. De förväntar sig också karakteristiska symptom hos unga kvinnor vad gäller depression.	Intervju med 602 kvinnliga ungdomar. Resultatet analyserades med hjälp av SPSS-15.	Depression förekom hos 15,3 % och 13,3% hos de undersökta, variationen beror på olika bedömningsskalor. Trötthet var det mest förekommande depressions symptomet.
Johansson, A. & Ehnfors, M. 2006.	Beskriva förutsättningarna för en psykiskt hälsofrämjande dialog med hälsovårdare med ett perspektiv på ungdomar. Ytterligare ett syfte är att utforska vad ungdomar tror är viktiga dimensioner för att uppnå en sådan önskad dialog.	Intervju av 26 ungdomar Induktiv kvalitativ innehållsanalys	Hälsosamtalet borde utföras på en avskild plats, tystnadsplikten bör betonas och hälsovårdaren bör vara aktiv. Frågeformulär som skulle ifyllas innan samtalet och sedan gås igenom uppskattades av ungdomarna. Ungdomarna ansåg att följande dimensioner är mycket viktiga för att uppnå en bra dialog: pålitlighet, lyhördhet, respektfullhet, äkthet, tillgänglighet under skoldagen och kontinuitet.

Forskare, årtal	Syfte	Metod	Resultat
Piko, B. F., Kovacs, E. & Fitzpatrick, K. M. 2009.	Att undersöka skyddande faktorer i tre områden; Föräldrarnas roll, skolrelaterade faktorer samt individuella faktorer. Fokus ligger på de faktorer som förebygger depressiva symptom hos ungdomar i Ungern.	Frågeformulär, besvarade av 881 Ungerska ungdomar. SPSS for MS Windows Release 13.0 användes för att beräkna resultaten.	Det uppkom skillnader mellan könen gällande skyddande faktorer och deras roll i att minska depressiva symptom. När det gäller föräldrelaterade faktorer sänktes depressions symptom när den unga fick socialt stöd av en förälder av samma kön. Att äta middag tillsammans med familjen var en betydande skyddsfaktor för pojkar. Att prata om problem med föräldrarna var betydelsefullt för flickor. Gällande skolrelaterade faktorer var en skyddande faktor för pojkar att vara nöjd med skolan. Individuella faktorer var också betydande när det gäller skyddsfaktorer.
Jónsdóttir, S. R., Arnarson, E. Ö. & Smári. 2008.	Att undersöka de psykometriska egenskaperna av isländska versionen av BESAA (Body Esteem Scale for Adolescents and Adults) och även relationerna mellan kropps uppfattning och depression.	3 självrapport skalor användes för datainsamlingen: BESAA (Body Esteem Scale for Adolescents and Adults, CDI (Childrens Depression Inventory) och PCSC (Perceived Competence Scale for Children). Statistisk analys	Upplevd kompetens förutspår depression mycket starkt, men kropps uppfattning har även en avsevärd betydelse för depression.

Forskare, årtal	Syfte	Metod	Resultat
Kaltiala- Heino, R., Fröjd, S. & Marttunen, M. 2010.	Att genomföra en explorativ analys hos ungdomar med 2 års uppföljning om inblandning i mobbning vid 15-års ålder förutspår depression vid 17-års ålder, samt om depression vid 15-års ålder förutspår inblandning i mobbning vid 17-års ålder.	<p>Denna studie består av en undersökning i 2 faser (T1 och T2) som gjorts under 2-års uppföljning, de har genomförts under läsåren 2002-2003(T1) och 2004-2005 (T2).</p> <p>T1 och T2 bestod av frågeformulär. 2 070 ungdomar deltog.</p> <p>Som analysmetod användes cross-tabulations med chi-square/ Fisher´s Exact Test statistics. Även logistic regression analyses användes. Analyserna fastställdes med SPSS 16.0.</p>	Att vara offer för mobbning vid 15-års ålder förutspådde depression hos både pojkar och flickor vid 17-års ålder. Att vara en mobbare förutspådde depression i ett senare skede bland pojkar. Bland flickor som hade depression vid T1 förutspådde att bli ett offer för mobbning vid T2. Depression vid T1 förutspådde ensamhet och övergivenhet vid T2 bland båda könen.
Dopheide, J.A. 2006	Den kliniska bilden och neurobiologin av depression hos ungdomar och dess lämpliga behandling, liksom strategier för att förbättra terapeutiska fördelar och förebygga negativa, inklusive självmord är sammanställda i denna artikel.	Review	Depression hos ungdomar är vanligt och behandlingsbart. De svarar bäst på multimodal behandling med en kombination av patient- och familjeutbildning, kognitiv beteendeterapi och antidepressiva läkemedel. Fördelarna av antidepressiva läkemedel övervinner nackdelarna hos ungdomar. Familje- och psykoterapi är mest effektiva metoderna för barn som inte kommit i puberteten.

Forskare, årtal	Syfte	Metod	Resultat
Riggs, S.A. & Han, G. 2009.	Utforska proximala faktorer i övergången till en ung vuxen människa som bidrar till ångest och depression.	Frågeformulär	Ångest, undvikande och upplevt trauma förutspår depression.
Charoensuk, S. 2007.	Undersöka effekterna av föräldrarelationer, vardagliga stressfaktorer, självkänsla och negativt tänkande på depressiva symptom bland ungdomar i Thailand.	Demographic characteristics questionnaire, The Parental Bonding Instrument (PBI), The Everyday Stressors Index Adolescent version (ESI-A), The Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE), The Crandell Cognitions Inventory (CCI), The Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS), The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). SPSS användes som analysmetod	Negativt tänkande hade en betydande roll för utveckling av depressiva symptom bland ungdomar. Negativt tänkande påverkade föräldrarelationer, vardagliga stressfaktorer och självkänslan när det gäller depressiva symptom.
Najman, J. M., Hayatbakhsh, M. R., Clavarino, A., Bor, W., O'Callaghan, M. J. & Williams, G. M. 2010	Undersöka om exponeringen för familjefattigdom under barndomen förutspår ångest och depression i ungdomen och i ung vuxenålder.	Longitudinell studie Kohort studie Stata 10 användes i analysen.	Att drabbas av familjefattigdom I barndomen höjer risken att drabbas av ångest och depression i ungdomen och i ung vuxenålder.

Forskare, årtal	Syfte	Metod	Resultat
Åslund, C., Nilsson, K. W., Starrin, B. & Sjöberg, R. L. 2007.	Att undersöka om psykosociala riskfaktorer, så som skilsmässa mellan föräldrarna, arbetslösa föräldrar samt erfarenheter av sexuella övergrepp, är relaterade till depression i ungdomen, samt om skamupplevelser påverkar detta samband.	Frågeformulär Statistisk analys	De psykosociala riskfaktorerna var associerade till depression när inte skamupplevelserna beaktades. När skamupplevelserna sattes in i modellen minskade sambandet mellan de psykosociala riskfaktorerna och depression, detta speciellt bland pojkar där skamupplevelserna visade sig vara den starkaste riskfaktorn för depression. Depressionsmängden steg från 4-7% till 17-20% när skamupplevelserna togs med. Skam utgjorde en ännu större riskfaktor för depression (38 % för pojkar och 22 % för flickor) bland ungdomar som levde utan sina föräldrar.
Paxton, S. J., Neumark-Sztainer, D. Hannan, P. J. & Eisenberg, M. E. 2006.	Undersöka om ungdomar som är missnöjda med sin kropp har större risk att drabbas av depression och lågt självförtroende fem år senare.	Kohortstudie x 2 Frågeformulär (Body Shape Satisfaction Scale, Depressive Mood Scale, Rosenberg Self-Esteem Inventory Scale) BMI undersökning SAS 8.2 användes vid analysen.	Att vara missnöjd med sin kropp förutspådde depression och lågt självförtroende hos flickor i tidig ungdom samt hos pojkar i mitten av ungdomsåren.

Forskare, årtal	Syfte	Metod	Resultat
Arnesdotter, Å. Olander, Å. Ragneskog, H. 2008.	Syftet var att undersöka hur skolsköterskans hälsofrämjande arbete är beskrivet i vetenskapliga artiklar. Man vill belysa hälsosamtalet, hur det bör vara enligt skolsköterskan och enligt eleverna.	Litteraturstudie, där man använde sig av 13 vetenskapliga artiklar.	Resultatet visade att skolsköterskorna bedrev sitt hälsofrämjande arbete genom att arbeta i nätverk mellan olika yrkeskategorier. Varma och välkomnande lokaler ansågs ge bättre förutsättningar för ett lyckat hälsosamtal. Kompetens, äkthet, reflekterande, öppenhet och omgivningens stöd har stor betydelse i kommunikationen mellan skolsköterska och elev. Elevens styrkor skall lyftas fram i hälsosamtalet. Delaktighet, stärkande/stödande och rätt till autonomi betonades som viktigt.
Crowe, M. Ward, N. Dunnachie, B & Roberts, M. 2005.	Syftet är att reda ut de vanligaste symptomen vid depression hos unga.	Deskriptiv studie av karakteristiska drag av depression hos unga. Självs kattningsskala.	De vanligaste symptomen som de unga uppgav (pojkar och flickor) var: att de grälade med sina föräldrar, hade svårt att tänka klart och koncentrera sig, beslutssvårigheter, pratade mindre än vanligt, sov inte så bra som tidigare, kände sig olycklig och förtvivlad, kände självhat, var trötta och att inget var roligt i skolan.

Forskare, årtal	Syfte	Metod	Resultat
Field, T, Diego, M. & Sanders, C. 2001.	Syftet var att samla information om ungas motionsvanor, relationer med föräldrar, depressiva tendenser, sportutövning, droganvändning och akademisk framgång.	Enkät.	I gruppen som utövade mycket fysisk aktivitet fanns 36 ungdomar, och i gruppen som utövade lite fysisk aktivitet 53 ungdomar. Analysen av studien visar de som utövar mycket fysisk aktivitet hade bättre relation med föräldrarna, var mindre deprimerade, använde mindre droger och hade högre medelbetyg.
Bradley, K. McGrath, P. Brannen, C. & Bagnell, A. 2008.	Syftet var att undersöka hurudan behandling unga företrar vid depression.	Enkät. Sammanlagt 156 unga deltog.	Resultatet visar att unga företrar psykoterapi framför antidepressiva läkemedel. Eftersom unga föredrog psykoterapi föreslås det att det borde finnas mer tillgång till denna typ av behandling för att öka antalet unga att söka hjälp för depression.
Trowell, J. Joffe, I. Campbell, J. Clemente, C. Ahlmqvist, F. Soininen, M. Konskenranta-Aalto, U. Weintraub, S. Kolaitis, G. Tomaras, V. Anastasopoulos, D. Grayson, K. Barnes, J. & Tsiantis, J. 2006.	Mäta effektiviteten av psykodynamisk psykoterapi och familjeterapi för att behandla "moderate till allvarlig depression hos unga	Slumpmässigt utvald kontrollgrupp. 9-15 år	Familjeterapi minskade depression samt individuell terapi. Studien ger bevis för användningen av både individuell psykodynamisk terapi och familjeterapi.

Forskare, årtal	Syfte	Metod	Resultat
Flemming, L & Jacobsen, K. 2008.	Målet med denna studie var att bedöma sambandet mellan mobbning och symptom på depression bland elever i mellanstadiet i Chile.	Sekundär data analys av Chile´s Global School-based Health survey år 2004. Totalt 8131 elever deltog.	Resultatet visade att niondeklassister rapporterade mer förekommande känsla av ensamhet, sömnsvårigheter och självmordstankar än eleverna i sjunde och åttonde klass. Pojkar rapporterade oftare att de blivit mobbade, medan flickor rapporterade mer ofta symptom på depression, såsom ledsenhet, hopplöshet, ensamhet, sömnsvårigheter och självmordstankar. Elever som blivit mobbade den senaste månaden rapporterade oftare symptom på depression. Slutsatsen är att det finns ett starkt samband mellan mobbning och symptom på depression.
Goldfield, G. Moore, C. Henderson, K. Buchholz, A. Obied, N. & Flament, M. 2008.	Studien undersöker sambandet mellan vikt, kroppsbild, matvanor och depressiva symptom hos ungdomar.	Enkätstudie.	Resultatet visar att ungdomar med fetma var mer missnöja med sin kropp än överviktiga unga, som i sin tur var mer missnöjda än normalviktiga unga. Unga med fetma rapporterade mer depressiva symptom, såsom dålig självkänsla.

Forskare, årtal	Syfte	Metod	Resultat
Härmä, A-M. Kaltiala-Heino, M. Rimpelä, M. & Rantanen, P. 2002.	Att kunna förutsäga värdet av symptom, såsom smärtor, för att upptäcka depression hos unga. Forskarna ville även veta sambandet mellan ångest och smärtor.	Befolkningsbaserad studie. Studie i klassrum.	Resultatet visade att återkommande smärtor kan förutsäga en depression hos ungdomar. För att upptäcka depression i ett tidigt skede bör man äga mer uppmärksamhet åt unga som rapporterar smärtsymptom. Vårdpersonal, t.ex. skolhälsovårdare bör intervjua unga med återkommande smärtor för att utreda ifall det finns en underliggande depression. Depression bör behandlas i ett tidigt skede.
Burns, J. Cottrell, L. Perkins, K. Pack, R. Stanton, B, Hobbs, g. Hobby, L. Eddy, D. & Hauschka, A. 2003.	Bestämna relationen mellan depression och hälsorisk -faktorer bland ungdomar på landsbygden.	Longitudinell studie i primärvården.	Resultatet visar att följande hälsorisk-faktorer har samband med depression: problem i skolan, brist på motion, problem med föräldrarna och i familjen, dålig självkänsla, användning av substanser, användning av tobak, sexuell aktivitet, våldsamt beteende och fysisk/sexuell misshandel.

Forskare, årtal	Syfte	Metod	Resultat
Rothon, C. Edwards, P. Bhui, K. Viner, R. Taylor, S & Stansfeld, S. 2010.	Syftet är att söka samband mellan depression och fysisk aktivitet.	Kohort studie.	Deltagandet bland eleverna var 84 % (2789 st.) Studien ger visst bevis för en koppling mellan depression och fysisk aktivitet. Nästan ¼ av de unga var deprimerade. De flesta elever utövade ½ - 3 h motion per vecka. I studien fanns bevis för ett samband mellan motion och depressiva symptom; en ökning med ca 1 h fysisk aktivitet/vecka kopplades ihop med en minskning med 8% för att utveckla depressiva symptom. (både pojkar och flickor) Dock behövs mer forskning inom området innan man kan rekommendera fysisk aktivitet för deprimerade.
Woodgate, R. 2006.	Syftet var att få förståelse hur det är att leva med depression som en ung människa.	Individuell öppen intervju och fokusgrupp intervju.	Resultatet visar att unga med depression är rädda för att "dåliga känslor" skall återkomma, att de inte får någon hjälp, att inte överleva de "dåliga känslorna" och rädsla för att jobba hårt för att komma över de "dåliga känslorna". Ofta förekommande känslor av ensamhet, ledsenhet, ilska och utmattning.

Forskare, årtal	Syfte	Metod	Resultat
<p>Jungerstam, G. Nyman-Kurkiala, P. Ström, K. & Lindholm, L. 2007.</p>	<p>Syftet är att skapa förutsättningar för den unga människan att uppleva sammanhang och delaktighet. Detta görs genom att identifiera riskfaktorer för utslagning genom att utveckla stödåtgärder inom yrkesutbildningen samt att identifiera unga som löper risk att bli utslagna.</p>	<p>Enkät.</p>	<p>Skolhälsovårdaren skall få en framträdande roll för den hälsofrämjande och stödjande verksamheten. Stor vikt läggs vid samarbete mellan skolhälsovård och övrig hälso- och sjukvård i den hälsofrämjande verksamheten. Hälsosamtalen främjar hälsa och borde ha en central roll inom skolhälsovården. I enkäten framgår de riskfaktorer som finns i relation till hälsa.</p>
<p>Rietveld, S. van Beest, I & Prins, P .J.M. 2005.</p>	<p>Syftet var att testa två hypoteser, 1) ifall ett speciellt synsätt krävs för att avgöra känslomässiga avvikelser hos unga med kroniska sjukdomar, 2) ifall specifika ångestsymptom är förutsägande för överdrivna/orimliga somatiska symptom</p>	<p>Frågeformulär.</p>	<p>Unga med astma eller kroniska sjukdomar avvek inte märkbart i frågor som berörde ångest, depression, negativitet, ångestsyndrom, ångest relaterad fysik eller somatiska symptom än de som var fullt friska. Gruppen med unga med astma och kroniska sjukdomar fick endast högre poäng på frågor om panikattacker och andningssvårigheter. Unga med svåra kroniska sjukdomar avvek från kontrollgruppen med friska unga i fråga om panikattacker, men inte på andra negativa eller positiva känslor.</p>

Forskare, årtal	Syfte	Metod	Resultat
MacPhee, A R. & Andrews, J J.W. 2006.	Att identifiera underliggande faktorer för depression i tidig ungdom.	Frågeformulär.	Själförtroendet visades som den starkaste faktorn som påverkar depressionen hos både pojkar och flickor. Även föräldrarnas beteende framkom som en viktig riskfaktor.
Goossens, L. Braet, C. Van Vlierberghe, L. & Mels, S. 2008.	Syftet är att undersöka okontrollerat ätande och relationen till ångest, depression och känslomässigt ätande hos överviktiga ungdomar, både hos de som sökt hjälp och de som inte sökt hjälp.	Intervju och frågeformulär. Statistisk analys.	De som sökte hjälp för sin övervikt hade 50 % oftare okontrollerat ätande än de som inte sökt hjälp. Känslomässigt ätande hade ett samband med ångest och okontrollerat ätande. Depression var relaterat till känslomässigt ätande, men inte till okontrollerat ätande.

Bilaga 3

Vad man som hälsovårdare kan göra för att hjälpa och stöda en ung människa med depression

Yrkeshögskolan Novia

21.03.2012

Sofia Nybäck

Johanna Pakkanen

Depression hos unga

- **Examensarbetet:**

Hur kan man upptäcka en deprimerad ung människa? - En teoretisk studie om depression hos ungdomar

Svarar på:

1. Vad kännetecknar depression hos unga?
2. Vilka faktorer kan öka risken för depression hos unga?
3. Vilka behandlingsmetoder rekommenderas för ungdomar med depression?

- **Utvecklingsarbetet** svarar på följande frågor:

1. Hur kan man som hälsovårdare hjälpa och stöda en ung deprimerad människa?
2. Hur bör ett bra hälsosamtal vara?

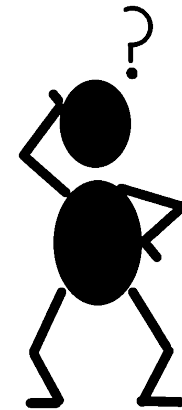
Det goda samtalet

- Skjuter sina privata känslor åt sidan
- Gemenskap och relation
- Ha förmåga att fråga eftertänksamt och effektivt
- Visa att man bryr sig
- Förmåga att lyssna
- Ordval, röstläge, tempo och tydlighet i frågorna har betydelse
- Ge tid och plats för den unga
- Närvaro
- Beröring
- Information
- Trevlig, tydlig och uppmärksam
- Aktivera patientens egen motivation



Resultat

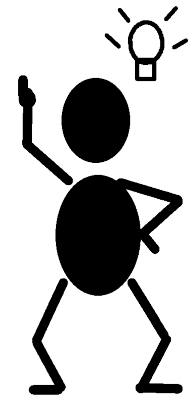
- Hur kan man som hälsovårdare hjälpa och stöda en ung deprimerad människa?
- Hur bör ett bra hälsosamtal vara?



Resultat

Hur kan man som hälsovårdare hjälpa och stöda en ung deprimerad människa?

- Vara uppmärksam
- Att ha kunskap
- Ge information och kunskap
- Stödja och stärka
- Skapa förtroende och en känsla av hopp
- Hälsoundersökning och screening



Vara uppmärksam

- Återkommande smärtor
- Kroppsuppfattning
- Mobbning och trauma
- Negativt tänkande

Att ha kunskap

- Känna igen specifika symptom på depression
- Skyddande faktorer



Ge information och kunskap

- informera unga om hälsosamma levnadsvanor

Stödja och stärka

- Kontinuitet i vården
- Erbjud den vård som behövs
- God kommunikationsförmåga

Skapa förtroende och känsla av hopp

- Inte ge upp hoppet
- Fokusera på den unga
- Flexibelt synsätt
- Ge tröst och styrka
- Respekt och förståelse
- Ärlighet
- Lyssna

Hälsoundersökning och screening

- Kartlägga vilka som är i riskzonen för att insjukna i depression
- Lämpliga instrument t.ex. enkät
- Depressionsskattning

Resultat

Hur bör ett bra hälsosamtal vara?

- Hälsovårdarens egenskaper
- Hälsosamtal
- Ett gott hälsosamtal enligt ungdomar



Hälsovårdarens egenskaper

- Personligheten inverkar på hur hälsosamtalet och kommunikationen fungerar
- Ge en positiv atmosfär
- Ge råd och dela sin kunskap
- Aktiv och ställa frågor
- Omtänksam och kompetent
- Lyssna
- Visa respekt, vara ärlig och ta den unga på allvar
- Pålitlighet
- Vara tillgänglig

Hälsosamtal

- Kartlägga livssituationen
- Personlig plan
- Ta fasta på riskfaktorer
- Hålla sig på den ungas nivå
- God kommunikation
- Kompetens, äkthet, reflekterande, öppenhet och omgivningens stöd → stor betydelse
- Se den unga som deltagare inte som mottagare
- Betona den ungas styrkor och potential
- Varma och välkomnande lokaler där ingen utomstående kan höra samtalet
- Tystnadsplikt
- Låta den unga ta över samtalet när han/ hon är redo

Ett gott hälsosamtal enligt ungdomar

- Hälsovårdaren skall vara: äkta, visa intresse, vara personlig, känslig, villig att lyssna, vara förstående och bry sig
- Ta den tid som behövs
- Diskutera något som intresserar den unga
- Kunna prata utan att bli avbruten
- Låta den unga påverka innehållet i samtalet
- Fråga om hälsan och ge råd
- Fylla i ett frågeformulär innan hälsosamtalet
- God relation och kontinuitet

Diskussion

- När ni samtalar med era klienter, är det något som vi tagit upp idag som ni aktivt tänker på under samtalet? Är det något som ni aldrig tänkt på?
- Kommer ni på något mer utöver det vi sagt som skulle vara bra att beakta när man håller ett hälsosamtal?



Tack!