Examensarbete

HÖGSKOLAN I SKÖVDE

Kvinnors upplevelser av psykisk ohälsa i form av ångest och depression

En kvalitativ studie av bloggar

Women´s experiences of mental illness in form of anxiety and depression

A qualitative study of blogs

Examensarbete i omvårdnad
15 högskolepoäng
Grundnivå
Höstterminen 2018

Författare: Lundblad Hanna
Sohl Ann-Karolin

SAMMANFATTNING

Titel:	Kvinnors upplevelser av psykisk ohälsa i form av ångest och depression. En kvalitativ studie av bloggar
Författare:	Lundblad Hanna; Sohl Ann-Karolin
Institution:	Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp
Handledare:	Svensson, Ann-Marie
Examinator:	Sahlsten, Monika
Sidor:	26
Nyckelord:	Bloggar, depression, kvinnor, psykisk ohälsa, ångest

Bakgrund: I Sverige är ångest och depressionssyndrom de vanligaste orsakerna till att människor oavsett ålder drabbas av psykisk ohälsa och hör till de vanligaste folksjukdomarna. Det har rapporterats om den psykiatriska vården vilket har lett till att det har diskuterats mer om psykisk ohälsa. Massmedia, har på senare år rapporterat om människors ohälsa men även hur ohälsan har ökat bland kvinnor. Detta visar att sjuksköterskan kan möta personer med psykisk ohälsa i olika vårdkontext därför är det av vikt att försöka förstå att psykisk ohälsa är ett omfattande problemområde. **Syfte:** Att beskriva kvinnors upplevelser av psykisk ohälsa i form av ångest och depression. **Metod:** Datamaterialet analyserades med en narrativ analysmetod. Data insamlades genom sju bloggar. **Resultat:** Ur analysen framträdde tre kategorier: Farhågor om sjukdomen bekräftas, Försöka förstå orsaken till sjukdomen, Behöver fasta kontakter med åtta underkategorier. **Konklusion:** Denna studie har bidragit med kunskaper och förståelse för kvinnors upplevelser med psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa kan uttrycka sig på många olika sätt och därför behövs en förändring i förhållningssättet hos vårdpersonalen gentemot patienterna. Upplevelserna är individuella och därför behövs en individanpassad vård en fast vårdkontakt som ger kontinuitet genom hela vårdprocessen.

ABSTRACT

Title: Women's experiences of mental illness in form of anxiety and depression. A qualitative study of blogs

Author: Lundblad Hanna; Sohl Ann-Karolin

Department: School of Health and Education, University of Skövde

Course: **Degree of Bachelor of Science in Nursing**, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Supervisor: Svensson, Ann-Marie

Examiner: Sahlsten, Monika

Pages: 26

Keywords: Anxiety, blogs, depression, mental illness, women

Background: In Sweden, anxiety and depression disorder are the most common causes of people suffering of mental illness from all ages and belonging to the most common people's diseases. It has been reported about psychiatric care, which has led to the discussion of mental disorder. Massmedia has reported in recent years about people's mental illness, but also how mental illness has increased among women. This shows that the nurse can meet people with mental illness in different healthcare contexts. It is therefore important to try to understand that mental illness is an extensive problem area. **Purpose:** Women's experiences of mental illness. A qualitive study in form of anxiety and depression. **Method:** The data was analyzed using a narrative method of analysis. Data was collected through seven blogs. **Result:** From the analysis appeared three categories: Fear of the disease confirmed, Try to understand the cause of the disease, Steady contacts are needed with eight subcategories. **Conclusion:** This study has contributed with knowledge and understanding of women's experiences of mental illness. Mental illness can express itself in many different ways and therefore a change in the attitude of healthcare staff towards the patients is needed. The experiences are individual and therefore, individualized care is a permanent care contact that provides continuity throughout the care process.

Innehållsförteckning

INLEDNING ... 1
BAKGRUND ... 1
Psykisk ohälsa ... 1
Ångestsyndrom ... 2
Förstämningssyndrom/ Depression ... 3
Lidande ... 4
Hälsa ... 5
PROBLEMFORMULERING ... 6
SYFTE ... 6
METOD ... 7
Urval ... 7
Datainsamling ... 7
Bloggar ... 8
Analys ... 8
ETISKA ÖVERVÄGANDEN ... 9
RESULTAT ... 10
Farhågor om sjukdomen bekräftas ... 10
Panikångest uppkommer ... 10
Försök att bibehålla fasaden ... 11
Svårigheter att finna livsvilja ... 12
Försöka förstå orsaken till sjukdomen ... 12
Vara annorlunda och utanför under skoltiden ... 12
Arbetsplatsen en belastning ... 13
Fasta kontakter behövs ... 13
Kämpar för rätt hjälp från vårdpersonal ... 13
Använda strategier för självhjälp ... 14
Ovillkorligt stöd från omgivningen ... 14
Resultatsammanfattning ... 15
DISKUSSION ... 16
Metoddiskussion ... 16
Resultatdiskussion ... 17
Konklusion ... 20
Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet ... 20
REFERENSER ... 22

INLEDNING

I Sverige är ångestsyndrom och förstämningssyndrom/depression ofta orsaken till att människor oavsett ålder drabbas av psykisk ohälsa och hör till de vanligaste folksjukdomarna (Socialstyrelsen 2017). Enligt statistik som Socialstyrelsen tagit fram gjordes år 2017 totalt 360 000 besök inom specialiserad öppenvård och inom sluten vård i Sverige, varav 95 600 var kvinnor mellan åldrarna 20 - 85 (Socialstyrelsen, u.å.). Enligt Försäkringskassan (2014) utgör ångestsyndrom och depression cirka 90 procent av alla sjukskrivningar i Sverige. Det är också en av de vanligaste orsakerna till att produktivitet sjunker och till oförmåga att arbeta runt om i världen (Försäkringskassan, 2014). Tiller (2013) anger att det är vanligt med kombinationer av ångestsyndrom som exempelvis generaliserat ångestsyndrom (GAD), panikångest, social ångest och samtidig depression. Dessa diagnoser tillsammans utgör en sämre prognos till förbättring, eftersom det är svårt att avgöra vilka symtom som tillhör specifik diagnos (Tiller, 2013). Massmedia har på senare år rapporterat om psykiatrisk vård vilket har lett till att det har diskuterats mer om psykisk ohälsa. De har även rapporterat om människors ohälsa men även hur ohälsa har ökat bland kvinnor. Både offentliga personer och privatpersoner skriver om sin psykiska ohälsa i sina självbiografier samt i sina bloggar. Deras öppenhet om sin psykiska hälsa och ohälsa kan bland annat genom social media nå fram till andra människor. Sjuksköterskor kan möta personer med psykisk ohälsa i olika vårdkontexter. Genom att tillvarata erfarenheterna av psykisk ohälsa uttryckt i bloggarna kan kunskapen utvecklas och användas i sjuksköterskors möten med patienter.

BAKGRUND

Psykisk ohälsa

Personer med psykisk ohälsa kan känna sig nedstämda, stressade och ur balans och ibland går inte symtomen över. Psykisk ohälsa är en personlig upplevelse av att inte må bra. Orsaker kan vara förändringar i den vardagliga miljön men det kan också bero på underliggande somatiska sjukdomstillstånd (Socialstyrelsen, 2010). Ångestsyndrom och förstämningssyndrom/ depression är de vanligaste diagnoserna som ställs vid psykisk ohälsa. Under diagnosen ångestsyndrom finns andra tilläggsdiagnoser exempelvis generaliserat ångestsyndrom, social ångest och panikångestsyndrom. Även under depression finns andra diagnoser som egentlig depression och utmattningssyndrom. Det finns också ofta en samsjuklighet i form av andra sjukdomar såsom alkoholism och drogberoende (Allgulander, 2014). Dessa följdsjukdomar är svåra att behandla på grund av att de har en hög risk för återfall som resulterar i sämre behandlingsresultat, komplikationer och risk för suicid (Karpyak et al., 2016). Kvinnor som lever med långvarig stress, sömnstörningar som leder till sämre återhämtning löper större risk än män att drabbas av ångest och depression (Allgulander, 2014). Undersökningar som gjorts av Socialstyrelsen (2017a) visar att ökade sjukskrivningar relaterade till oro och ångest är vanligare hos kvinnor eftersom de är särskilt utsatta. Sjukskrivningarna grundar sig framförallt i att fler får psykiatriska diagnoser. Många personer med psykisk ohälsa upplever att problem eller symtom uppstår under uppväxten och under skoltiden och att de sedan följer dem upp i

vuxenlivet om ingen hjälp eller behandling fås. Överdriven oro över lång tid kan hos de flesta leda till ångestkänslor och ångestsyndrom. Hos barn och unga vuxna i skolan är det viktigt att ångest upptäcks och behandlas. Dels för att undvika negativa följder och störningar under den fortsatta skoltiden men också problematik i den sociala situationen, i familjerelationen och i det framtida arbetslivet (Mychailyszyn et al., 2017; Sulkowski, Joyce & Storch, 2011). Orsaker till psykisk ohälsa kan vara levnadsvanor, traumatiska händelser under uppväxten, psykosociala förhållanden, miljöer, social media eller kombinationer av dessa (Malak & Khalifeh, 2017). Malak och Khalifeh (2017) och Brodin (2009) beskriver också att bostadsområde, skol- och arbetsprestationer, familjens ekonomi, social status, utsatthet och internetberoende kan vara predisponerande orsaker för psykisk ohälsa. Dessa orsaker kan ge känslor av att inte passa in, ensamhet och socialt missnöje (Malak & Khalifeh 2017; Brodin, 2009).

Ångestsyndrom

Ångest betecknar en grupp syndrom och kan yttra sig genom symtom som andnöd, dödsångest, panikattacker, svettning, darrningar och andra obehagliga känslor för de drabbade men även manifestera sig i somatiska symtom (Allgulander, 2014). Ångest framträder ofta i situationer som inte går att hantera, undvika eller fly ifrån (Sjöström & Skärsäter, 2014). Generaliserat ångestsyndrom (GAD) kännetecknas av personer med en ängslig läggning och en konstant oro i ett tidigt stadium (Allgulander, 2014). Enligt Socialstyrelsen (2017) samt Hantsoo och Epperson (2015) så finns risk att kvinnor som går med oro och ängslan länge drabbas av fysiska symtom såsom trötthet, muskelspänningar och magproblem. De löper även större risk för att drabbas av andra affektiva sjukdomar (Socialstyrelsen, 2017; Hantsoo & Epperson, 2015). Av de 155 400 patienter som registrerats inom specialiserad öppenvård samt inom sluten vård år 2017 var cirka 95 600 kvinnor och resten män (Socialstyrelsen, 2017). Enligt Allgulander (2014) är det vanligt att de som drabbas av ångest eller depression har mer benägenhet att hamna i något slags missbruk. Människor med GAD kan fungera i sociala sammanhang och i arbetslivet men inte till fullo på grund av att oro gör sig konstant påmind. Risken för att utveckla ångest är störst hos unga kvinnor och det är fler kvinnor än män som drabbas av ångestsyndrom. Anledningen kan vara att könshormoner påverkar kvinnor mer under deras livscykel (Allgulander, 2014).

Panikångest är en annan form av ångestsyndrom som kan ske plötsligt utan någon som helst orsak även under nattetid. Fysiska reaktioner exempelvis andnöd, tryck över bröstet, illamående är vanliga vid en panikångestattack och dessa skiljer sig inte åt mellan könen. Paniksyndrom sker med upprepade attacker som går i vågor (Allgulander, 2014). Drabbade personer oroar sig ofta över när nästa attack skall ske, varför den uppstår och vad den kommer att leda till (Socialstyrelsen, 2017b). Vid en attack kan personerna uppleva dödsångest eller uppleva en rädsla av att förlora förståndet och det kan hålla i sig i timmar, dagar eller månader (Allgulander, 2014).

Social ångest är enligt Allgulander (2014) en annan form av ångest. Social ångest är en påtaglig och varaktig rädsla för att göra bort sig i sociala sammanhang. Deardorff et al. (2007) framhåller vilken betydelse puberteten och könet kan ha för att ådra sig social ångest. Att just unga kvinnor är predisponibla att få denna form av ångest kan vara för att de påverkas av könshormonerna i större utsträckning än unga män. Enligt Allgulander (2014) brukar personer med social ångest tänka på misslyckanden och förödmjukelser som de tror skall hända, till den grad att de inte klarar av att vistas med andra överhuvudtaget. Även här kan det tillkomma fysiska reaktioner

som darrningar, svettningar och hjärtklappningar (Allgulander, 2014). Enligt Hantsoo och Epperson, (2015) så upplever kvinnor med diagnostiserad social ångest, svårare ångestsymtom under menstruationsperioden. Shams-Alizadeh et al. (2018) har gjort en studie som visar att hormonbalansen i kvinnors kroppar och menstruationscykeln påverkar negativt. De är mer benägna att begå suicidförsök i takt med att hormonella obalanser i kroppen ökar. Allgulander (2014) framhåller att behandlingen för ett lindrigare fall med ångestsyndrom är ett tryggt omhändertagande. De som söker specialistvård har ofta ökade besvär och behöver oftare läkemedelsbehandling som exempelvis bensodiazepiner, som är snabbverkande och lindrar inom en timme. De kan användas tillfälligt och kan lindra oro som snabbt stegrar. Kognitiv beteendeterapi (KBT) är en annan form av behandling och bygger på patientens egna motivation, förståelse och medvetenhet. Patienten får träna sig i sociala situationer som orsakar ångesten, för att lära sig att ta kontroll över situationen (Allgulander, 2014).

Förstämningssyndrom/ Depression

År 2016 gjordes 232 657 besök av personer med förstämningssyndrom inom specialiserad öppenvård i hela landet och 256 173 besök inom sluten vård (Socialstyrelsen, u.å.). Enligt Ottosson (2015) kännetecknas förstämningssyndrom/depression av sänkt grundtillstånd i kombination med nedstämdhet, sömnsvårigheter, förlorad aptit, koncentrationssvårigheter. Depression kan ge nedsatt förmåga i arbetsliv, studier och i sociala sammanhang (Ottosson, 2015). Depression är en diagnos som kan klassificeras som antingen lindrig, medelsvår eller svår och skall förekomma varje dag under två veckor. Dessa klassificeringar ger ofta likadana symtom men är av olika allvarlighetsgrader (Socialstyrelsen, 2018).

Förstämningssyndrom har flera underdiagnoser exempelvis egentlig depression med eller utan melankoliska drag samt utmattningssyndrom. Dessa syndrom ger vanligtvis symtom som; nedstämdhet, avsaknad av glädje och/eller ger minskat intresse, ångest, skuldkänslor och sömnstörningar. Dessa symtom kan ge psykomotoriska konsekvenser såsom långvarig värk i kroppen och minnesstörningar (Allgulander, 2014; Ottosson, 2015). Vissa personer ändrar sitt beteende; de kan bli utåtagerande och få raseriutbrott samt kan visa irritation, ökad trötthet, aptitförändring samt svårigheter att koncentrera sig. Andra kan uppleva känslor av värdelöshet vilket även ökar risken för självmordstankar (Socialstyrelsen, 2010).

Utmattningssyndrom handlar om människan och hens stresstålighet. Kroppen är byggd för att klara av en viss mängd stress under kort tid. Konsekvenserna av långvarig stress innebär förhöjt blodtryck, ett överbelastat system som utsöndrar stresshormoner samt sömnstörningar som kan leda till sömnbrist genom att kroppen inte får tid att vila och återhämta sig (Allgulander, 2014). Vid en diagnostiserad depression börjar behandlingen med att öka omsättningen av serotonin och noradrenalin i kroppen. Den orala behandlingen har biverkningar såsom viktuppgång, minskad sexlust, värmeökning och svettningar. När serotonin och noradrenalin inte fungerar eller räcker till är ett annat alternativ; Elektrokonvulsiv behandling (ECT). ECT är en behandling för djup depression där den orala medicineringen inte fungerar. Den typ av behandling ges vid djupare depression och vid postpartum depression (Allgulander, 2014). Av de som genomgår behandlingen blir 80 - 90% återställda därav anses behandlingen vara lyckad. Behandlingen har dock vissa bieffekter som exempelvis måttlig huvudvärk, lättare - eller svårare minnesförlust (Cook, 2018). Efter ECT behandling är avslutad får hen antidepressiva läkemedel för att minska risken för återfall (Allgulander, 2014).

Sjuksköterskans möte med patienter som drabbats av psykisk ohälsa

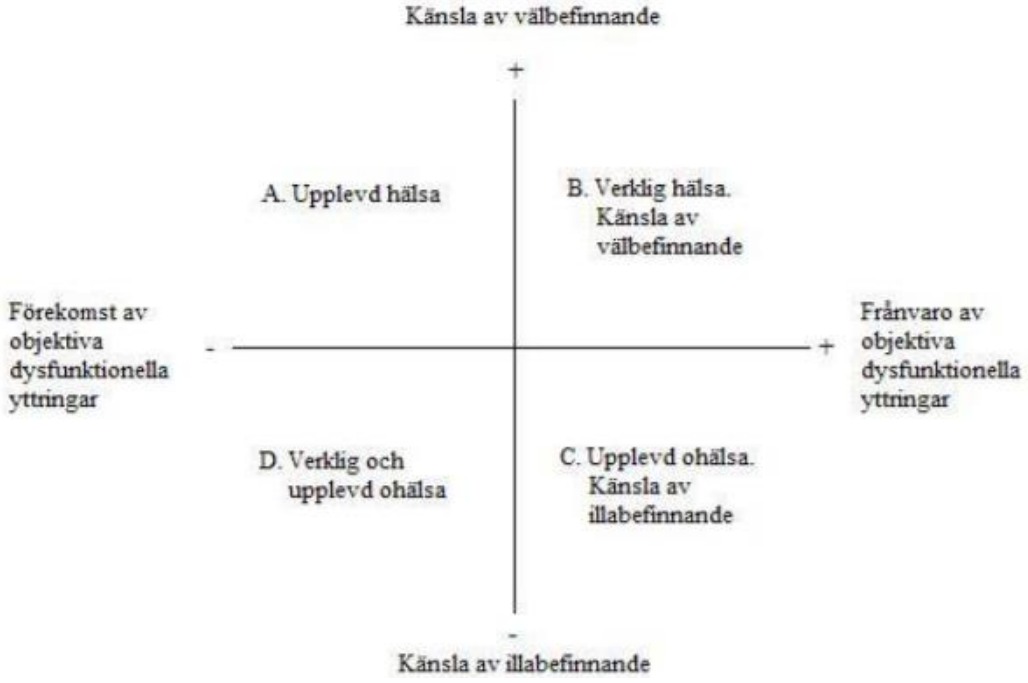
I mötet med patienter med psykisk ohälsa ska sjuksköterskan använda sig av ett personcentrerat förhållningssätt vilket innebär att interagera med och skapa en större förståelse för patienten. Sjuksköterskan har en central roll i första mötet med en patient genom att få hen att känna sig trygg (McGrandles & Duffy, 2012; Sjöström & Skärsäter, 2014). Genom att få patienten att känna sig trygg i mötet kan detta leda till att symtomen lindras. Sjuksköterskan ska vid ett möte inneha ett lugn, ha ett öppet sinne och vara lyhörd mot patienten. Tillsammans med patienten kan hen föra en öppen dialog, hitta strategier för att hantera symtomen för att patienten ska klara av det dagliga livet (Dahlberg & Segesten, 2010; Sjöström & Skärsäter, 2014). Enligt International Council of Nurses (2017) så ska sjuksköterskan identifiera och skapa goda förutsättningar, utifrån det som patienten berättar för att bidra till att hälsan förbättras. Tillsammans med andra professioner skall sjuksköterskan utforma en vårdplanering som gynnar patientens välbefinnande. Hen ska även ansvara för tryggheten i vårdrelationen mellan patient, närstående och personal. I Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (SFS 2017:30), anges att sjuksköterskan ska förebygga ohälsa, se till att patienten känner trygghet och kontinuitet. Hen skall också visa respekt för patientens integritet och självbestämmanderätt. Sjuksköterskan ska vara tillgänglig och ska bidra till att relationen mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patient är god och främjande för patientens hälsa (SFS 2017:30). För att upptäcka psykisk ohälsa som ångestsyndrom och depression kan sjuksköterskan i sitt möte med patienten använda sig av olika skattningsskalor för att tidigt identifiera sjukdom (McGrandles & Duffy, 2012). Dessa skalor baseras på antingen intervjuer eller på egenbedömning (Socialstyrelsen, 2003). Vid behov tar sjuksköterskan kontakt med läkaren som sätter in lämplig behandling. Under hela processens gång skall hälso- och sjukvårdspersonal stödja patienten i alla beslut och på sikt kan detta förhindra långvarig sjukdom och lidande (McGrandles & Duffy, 2012). Sjuksköterskans förståelse i mötet med patienten ska involvera hela patienten och dess livsvärld inför den kommande vårdprocessen. Sjuksköterskan ska finnas som ett stöd i denna process, dels för att stärka patientens hälsa, lindra lidande och sjukdom samt hjälpa patienten när ohälsa påverkar patientens liv (Dahlberg & Segesten, 2010).

Lidande

Eriksson (1994) beskriver livslidande som upplevelsen av allt som finns runt omkring påverkar människan. Detta kan ses som en fara för människans sociala existens och livsvärld. Det kan även vara själsligt eller andligt lidande som är kopplade till känslor runt sin sjukdom som exempelvis skam och skuld. Ohälsa kan också kopplas till lidande. Eriksson (1994) beskriver att i vården finns tre olika former av lidande som kan leda till att patienten upplever ohälsa. Livslidande, är livet och allt som tillhör patienten och dennes tidigare upplevelser. Vårdlidande är en negativ upplevelse vid vårdtillfället exempelvis maktutövning mot patienten, utebliven behandling och kränkning, där patienten upplever personal som nonchalant eller slarvig. Sjukdomslidande beskrivs som fysisk eller psykisk skada i samband med sjukdom och behandling (Eriksson, 1994). Att ha vardagsångest eller känna sig lite nere är något som finns hos alla människor men inget som hindrar hen i det vardagliga livet. Ett diagnostiserat ångestsyndrom eller en depression är ett stort lidande för den drabbade då det inte syns utanpå trots det påverkar det hela hens vardag (Skärsäter, 2014).

Hälsa

Eriksson (1989) beskriver att hälsan är individuell och är ett tillstånd av friskhet, sundhet och att känna ett välbefinnande trots sjukdom. I hälsokorset finns det flera olika tillstånd där hälsan påverkas både fysisk eller psykiskt. Människan kan vara a) frisk och må väl, b) fysiskt frisk men uppleva sig må psykiskt dåligt, c) fysiskt sjuk och må psykiskt dåligt, d) Människan kan även ha någon slags dysfunktion antingen fysisk eller psykisk men att uppleva sig som frisk då hen har accepterat sjukdomen och upplever ett välbefinnande (figur 1).



Figur 1 Hälsokorset Eriksson (1989) s. 46

Hälsa kan påverkas av olika så kallade bestämningsfaktorer i livet. Det kan vara genetiska, sociala och ekonomiska faktorer, eller individuella levnadsvanor och beteenden. En del av dessa faktorer påverkar vissa personer i högre grad än andra (Folkhälsomyndigheten, 2015b). Sorhagen och Wurster (2017) menar att socioekonomisk status är ett exempel på att sämre levnadsstandard påverkar människors välmående. Brodin (2009) beskriver att familjer har olika förutsättningar och livsvillkoren är inte alltid de bästa vilket också ofta påverkar familjens livssituation. Det visar att livsvärlden är grund till hur en människa mår men att livsvärlden även är en filosofisk grund och är baserad på vårdvetenskap (Brodin, 2009). För att sjuksköterskan ska kunna ge patienten det stöd som behövs behöver sjuksköterskan ha en passande kunskap som gynnar patientens tillfrisknande. En sjuksköterska som inte involverar livsvärlden i sitt vårdande använder sig inte av sin vårdvetenskapliga kunskap (Dahlberg & Segesten, 2010).

PROBLEMFORMULERING

Ångest och depression hör idag till de vanligaste folksjukdomarna som kopplas ihop med psykisk ohälsa i Sverige. Psykisk ohälsa hos befolkningen ökar, speciellt hos kvinnor. Vad som orsakar detta och varför just hos kvinnor är oklart men det kan handla om annorlunda levnadsvanor och socioekonomisk status. Denna studie avser att beskriva hur kvinnor med psykisk ohälsa upplever sin vardag och hur det är att leva med ohälsa. För att kunna möta dessa kvinnors behov behöver sjuksköterskor en djupare inblick i deras liv och få en ökad förståelse eftersom människor med ångest och depression påträffas i alla vårdkontexter.

SYFTE

Syftet var att beskriva kvinnors upplevelser av psykisk ohälsa i form av ångest och depression.

METOD

Den metod som användes var en analys av narrativer i form av bloggar beskriven av Dahlborg Lyckhage (2017). Analys av narrativer innebär att berättelser utan vetenskaplig grund analyseras för att sedan skapa ny kunskap om det fenomen som studeras. Skrivna berättelser som exempelvis dagböcker, memoarer, brev, biografier kan ses som livsberättelser. Det kan handla om berättelser skrivna av personer som på olika sätt upplever hälsa och ohälsa, samt lidande och vård (Dahlborg Lyckhage, 2017). Chenail (2011) förklarar att bloggar är som korta dagboksreflektioner som delas med andra på internet. Att använda bloggar, visar hur människan upplever sitt liv i verklig tid det vill säga hur människan mår vid det exakta skrivtillfället (Chenail 2011). Detta kan ge värdefull kunskap i hur ohälsa kan yttra sig i olika vardagliga situationer hos människor genom att analysera och sammanställa flera olika berättelser Dahlborg Lyckhage (2017) menar att en ny helhet kan bildas. Detta kan tillämpas i olika vårdsammanhang som en ny kunskap med en ökad förståelse för individen (Dahlborg Lyckhage, 2017).

Urval

Sju bloggar valdes som informationskällor. Inklusionskriterier var bloggar skrivna på svenska av kvinnor som upplever psykisk ohälsa i Sverige. Bloggarna valdes efter beskrivning av den psykiska ohälsan vilket innefattade ångestsyndrom och depression. Exklusionskriterier var bloggar som krävde inloggning med lösenord, samt var äldre än åtta år. Titlar som inte svarade på studiens syfte och bloggar som varit inaktiva mer än två år exkluderades. De utvalda bloggarna kvalitetsgranskades genom en granskningsmall enligt Keim-Malpass, Steeves, och Kennedy (2014).

Datainsamling

En initial sökning gjordes den 29 augusti, för att kontrollera utbud av relevanta bloggar. Sökmotorn som användes var www.google.se och sökorden som användes var; blogg, ångest och depression. Utifrån de 2 340 000 träffarna i sökresultatet lästes rubriker på de tio första webbsidorna som innehöll valda sökord. På sidan ett i sökresultatet återfanns tre passande bloggar samt länk till allmän bloggplats; bloggar.besökstoppen.se. Där återfanns två bloggar. På sidorna två till nio i den första sökningen fanns ytterligare fem bloggar. Sammanlagt lästes bloggar som redovisas i tabell 1. De valda bloggarna som granskades överensstämde med inklusions- och exklusionskriterierna samt studiens syfte. Granskningsmallen som användes är beskriven av Keim-Malpass, Steeves, och Kennedy (2014) och utgick från fem kriterier vilka uppfyllts; Är metoden överförbar? Har samtycke insamlats? Stämmer datainsamlingen med urval? Hur har data insamlats? Hur är analysprocessen utförd? Metoden anses vara överförbar på grund av att upplevelserna ger en reell bild av ångest och depression och passar i alla vårdkontexter där psykisk ohälsa kan påträffas. Samtycke har inte insamlats då bloggarna anses vara offentligt material. Data har insamlats genom att läsa bloggar och datainsamlingen ansågs ge en verklig bild av svenska kvinnors upplevelser av sin sjukdom. Bloggarna har lästs flera gånger var för sig för att få förståelse för helhetsbilden. Texterna har brutits ner och byggts upp igen som en ny helhet. Texterna har senare diskuterats och jämförts gemensamt och sammanställts efter identifierade likheter och skillnader, vilket resulterat i kategorier och underkategorier.

Tabell 1. Översikt av sökande av bloggar

Sökmotor	Sökdatum	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa bloggar	Valda bloggar
www.google.se	29 augusti	Blogg ångest depression	2 340 000	50	10	5
bloggar.besökstoppen.se	29 augusti	Etikett depression	20	20	2	2

Bloggar

Blogg 1 - Bloggen handlar om en kvinna som i tidig ålder upplevde sig annorlunda och blyg. Hon skriver om sin dagliga kamp mot djup depression, svåra ångestsyndrom samt dysmorfofobi och hur sjukdomen påverkar henne och det sociala livet.

Blogg 2 - Bloggen handlar om en kvinna som "gick in i väggen" och fick inte den hjälpen hon behövt utan återgick snabbt tillbaka i arbete. Sjukdomen förvärrades efter att ha fått barn och stressen över att inte hinna med allt var droppen och sammanbrottet var ett faktum.

Blogg 3 - Bloggen handlar om en kvinna som fick diagnosen ADHD i vuxen ålder men har kämpat mot ångest och depression sen sex-årsåldern. Sjukdomen skapade ett missbruk under många år men idag är hon fri från detta och kämpar med KBT, sjukskrivning och Försäkringskassan.

Blogg 4 - Bloggen handlar om en kvinna som kämpat i många år med ångest och depression och som fortfarande måste kämpa dagligen mot sjukdomarna. Som ett resultat av detta har ett mat- och sexmissbruk uppstått samt även självskadebeteende i fysisk form.

Blogg 5 - Bloggen handlar om en kvinna med höga förväntningar på sig själv som resulterat i utmattningssyndrom. Fyra år senare är hon fortfarande inte helt återställd och skriver om sin dagliga kamp att bli fri från sjukdomen.

Blogg 6 - Bloggen handlar om en kvinna och hur det är att leva med kändisskap, hon beskriver hur förlusten av ett barn vid födseln skapade panikångest och hur hon tagit sig ur detta.

Blogg 7 - Bloggen handlar om en ung kvinna med många diagnoser och flera års kämpande emot dessa. Hon är väldigt öppen med sina sjukdomar och vill gärna upplysa andra om vad det innebär att ha en eller flera diagnoser och att det inte är något att skämmas för. Hon kämpar även mot fördomar för personer med psykisk ohälsa.

Analys

Datamaterialet analyserades utifrån en narrativ analysmetod beskriven av Dahlborg Lyckhage (2017). En narrativ analys är en uppbyggnad av en handling där slutresultatet blir en berättelse. I studien blir det manifesta innehållet i datamaterialet analyserat. Det innebär att texten som analyseras går från en helhet till mindre delar och till ny helhet än den ursprungliga. Förhållningssättet präglas av en öppenhet och omedelbarhet vilket går ut på att texten ska fånga intresset utan att bli för involverad men ändå känna att nyfikenhet finns för fortsättningen

(Dahlborg Lyckhage, 2017). Texterna behandlades under analysprocessen som en helhet. Det inleddes med att läsa bloggarna var för sig för att få en individuell förståelse för helheten. Vissa delar av texten lästes flera gånger för att sätta sig in i personens liv för att sen diskuteras sinsemellan. Därefter bearbetades och urskildes texter från sitt sammanhang och delades in i meningsbärande enheter. Dessa trädde fram genom att en dialog fördes med texten och där varje enhet skulle förstås i sitt sammanhang. Dialogen utfördes utifrån frågeställningarna som fanns från början; Hur skoltiden och arbetslivet upplevdes? Upplevelser före, under och efter sjukdom? Hur bemötandet i vården såg ut? och Hur vägen tillbaka upplevdes? Då svar på frågeställningar återfanns kodades de meningsbärande delarna. Dessa identifierade delar skrevs ut och färgmarkerades. De markerade delarna sammanställdes efter innehåll och färg och diskuterades därefter ytterligare sinsemellan. Utifrån identifierade skillnader och likheter i texternas innehåll synliggjordes preliminära kategoribenämningar som benämndes utifrån vad de handlade om. Ur det slutgiltiga analysarbetet kunde tre huvudkategorier och åtta underkategorier fastställas och utgjorde beskrivningen av det manifesta innehållet i texten efter tolkning.

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

I denna studie används bloggar som informationskälla. Enligt Skärsäter och Ali, (2012) är bloggar klassade som offentlig kommunikation. Vid offentlig kommunikation är blogginnehavaren medveten att okända personer kan gå in och läsa vad som skrivs (Skärsäter & Ali, 2012). Samtycke från bloggförfattarna har inte inhämtats med argument att bloggarna kan ses som offentligt material så länge de är tillgängliga för allmänheten. Datamaterialet i studien avidentifierades, med anledning av att det inte påverkade studiens resultat. I studien har hänsyn tagits till kravet på konfidentialitet som enligt Vetenskapsrådet (1990) beskriver hur personuppgifter skall hanteras vid forskning eller studier. Det betyder att de personuppgifter som framkommit i denna studies resultat inte delades med tredje person samt andra uppgifter om enskilda personer avsågs endast att användas till studien. Texterna har lästs med ett öppet och fördomsfritt sinne. Denna studies författare har största möjliga utsträckning försökt att inte förringa eller förvanska det som bloggförfattarna har skrivit i sina bloggar.

RESULTAT

Ur analysen av datamaterialet framträdde tre kategorier och åtta underkategorier. Dessa presenteras i tabell 2 nedan.

Tabell 2. Översikt av kategorier och underkategorier

Kategorier	**Underkategorier**
Farhågor om sjukdomen bekräftas	Panikångest uppkommer Försök att bibehålla fasaden Svårigheter att finna livsvilja
Försöka förstå orsaken till sjukdomen	Vara annorlunda och utanför under skoltiden Arbetsplatsen, en belastning
Behöver fasta kontakter	Kämpar för rätt hjälp från vårdpersonal Använda strategier för självhjälp Ovillkorligt stöd från omgivningen

Farhågor om sjukdomen bekräftas

Kategorin handlar om ett liv fyllt av psykiskt och fysiskt lidande som börjar med panikattacker och symtom som senare påverkar livet. Sjukdomen drabbar även familj och vänner. Detta innefattar panikångest uppkommer, försök att bibehålla fasaden och svårigheter att finna livsviljan.

Panikångest uppkommer

Upplevelserna kring panikångestattackerna är likadana hos informanterna. De brukar starta med de fysiska symtomen andnöd, darrningar, en kropp som inte vill lyssna. Det kan också ge tjut i öronen, dimsyn, svimfärdighet och okontrollerat gråtande. Informanterna upplevde att de psykiska symtomen förstärkte de fysiska och gjorde att de beskrev sig som en börda för familj och vänner. Panikattacker brukar enligt informanterna, vara en start på ett liv med fysisk trötthet, fatigue, koncentrationssvårigheter, hjärntrötthet samt social rädsla. Attackerna beskrivs vara kortvariga och kroppen brukar i efterförloppet reagera med att stänga ner. De upplever samtidigt hur det mentala tänkande blir irrationellt men även hur en enorm trötthets -och tomhetskänsla kommer över dem. Informanterna beskriver en kramande och betungande känsla i bröstet och svårigheter att andas. Upplevelser som förknippas med platser där attacker har skett kan uppbringa ångest, oro och en vilja att försvinna därifrån.

> Sen kom det bara krypande, känslan att jag var annorlunda. Att det var nåt fel på mig. Jag skämdes över mig själv. Jag började få svårt att möta människor. Jag kunde knappt åka spårvagn eller buss. Varje gång jag gick på så blev jag helt skakig, fick svårt att andas, svettades, tappade kraften, trodde att jag skulle ramla ihop och dö. (Blogg 1).

Några beskriver att bara fysisk smärta kan ta bort fokus från ångesten och verkligheten. För att hantera ångesten medförde det att informanterna utvecklade ett självskadebeteende. Detta självskadebeteende kan vara ätstörningar, utmanande beteende och klädsel, att låta sig utnyttjas sexuellt, eller åstadkomma fysisk skada på kroppen i form av att skära sig. Genom att fysiskt bestraffa sig själv lindras den psykiska smärtan tillfälligt hos informanterna. Efteråt kommer känslor av skam och skuld vilket gör att ångesten ökar och för att lindra ångesten fortsätter de att skada sig. Informanterna beskriver också om den sociala ångesten som långsamt kryper sig på. De upplever felaktiga föreställningar av att bli utstuderade, dömda eller jagade vilket gör det svårt för dem att gå utanför hemmet, möta nya människor eller att vistas tillsammans med familjen. På grund av detta anser sig många av informanterna vara den som inte fungerar ihop i ett sällskap. Att de inte kan leva ett normalt liv eller leva ett liv i skam och med skuldkänslor leder ofta till att informanterna blir isolerade från omvärlden. Följden av isoleringen blir att de ådrar sig en depression.

Försök att bibehålla fasaden

Informanterna beskriver hur diagnoserna påverkade familjer och vänner men framförallt dem själva. De beskriver hur det är att leva med dessa diagnoser och samtidigt vara mamma till yngre barn. Informanterna beskriver hur de är känslomässigt tomma och där all kraft går till att se till att barnen får den omsorg de behöver. Närmsta familjen förstod inte alltid vad informanterna gick igenom därför upplevde de sig missuppfattade och nedvärderade när de sökte tröst. De berättar också om upplevelser som fick dem att börja ifrågasätta sig själva exempelvis när den röda tråden blev svår att följa i vardagliga saker, som att se på tv, läsa en bok eller träffa vänner. Informanterna beskriver också hur svårt det var att föra samtal med flera personer samtidigt då rösterna tillsammans bildar ett sorl som fick dem att känna panikångest. De drog sig undan mer och mer på grund av att de kände sig konstiga och tråkiga i dessa sammanhang. Enligt informanterna så växte upplevelsen över att vara konstig eller sticka ut i gruppen till den grad att de inte längre vill träffas eller prata. Att prata med någon i telefonen eller skicka ett sms upplevdes som att det tog mycket energi från informanterna som var tvungna att bygga upp modet. Rädslan för förödmjukelsen fanns hela tiden i bakgrunden vilket gjorde det lättare att gömma sig och undvika att höra av sig. Informanterna kände sig obetydliga och oförstådda, vilket gjorde att isoleringen och ensamheten blev större. De kändes sig tvingade att hålla upp en fasad som möjliggjorde att de kunde umgås med andra människor. Att jämt vara alla till lags upplevdes som påfrestande och egentligen fanns inget som kunde hjälpa när ångesten växte sig starkare. Informanterna som levde med en depression och har ett förhållande där partnern inte kan förstå innebörden av sjukdomen beskriver att den genuina känslomässiga kontakten inte finns mellan parterna. Att leva med en kronisk depression upplevs uttröttande för alla parter och de drabbade är ofta medvetna om vad de kan och inte kan göra. Att hela tiden behöva ursäkta sig och känna skam över att må dåligt, resulterar ofta i att parterna fortfarande bor tillsammans men lever sina liv var för sig. En önskan att leva ensam utvecklas, för att inte behöva hitta på ursäkter för hur de mår eller för att orken inte finns där.

Svårigheter att finna livsvilja

Att vara mitt i en depression upplevs av informanterna som något som påverkar dem psykiskt men även fysiskt. De symtom de upplever vid sjukdomen beskrivs som problematiska vilket gör det svårt för dem att finna viljan att leva. De beskriver sig själva som helt tomma och känslolösa där varken glädje, sorg, ilska eller uppgivenhet har någon plats. Enkla saker som att gå upp ur sängen, duscha, äta, öppna ögonen eller lyfta på huvudet är ibland omöjligt.

“ Kände ingen glädje eller entusiasm. Jag låtsades skratta och jag låtsades förstå vad samtal handlade om. Jag låtsas bry mig. Och jag skämdes**”** (Blogg 5)

En önskan om att få vara i fred eller inte bli tilltalad är vanligt förekommande och informanterna upplever sig som att de distanserar sig från familjen då livet inte är en prioritet. En av informanterna beskriver att när hon var långt gången i sin depression ansåg hon att livet inte värt att leva så hon planerade sin bortgång och sin familjs framtid utan sig själv i den, som om det vore det vanligaste i hela världen. Hon skulle bara lämna sitt barn på förskolan först.

> Jag var helt slut i kroppen, hjärnan fungerade inte längre, jag ville bara gråta fast ändå var jag så känslolös. Dagen efter skulle sonen till sin farmor och farfar, han skulle sova över där, det hade jag planerat. I källaren hade vi ett rep, det hade jag kollat upp, jag skulle använda det. (Blogg 2)

En av informanterna upplevde svårigheter att prata om sin depression med vårdpersonal. Hon ansåg att det berodde på att ingen lyssnade på vad hon hade att säga samt att de hade förutfattade meningar om henne. För henne blev mötet en besvikelse vilket ökade på den negativa bild hon hade av sig själv sedan tidigare och resulterade i än mer ångest och depressionssymtom, däribland suicidtankar.

Försöka förstå orsaken till sjukdomen

Kategorin handlar om informanternas lättnad över att få veta varför de blir sjuka. Sociala svårigheter blir en följd av sjukdomen och det tas med in i vuxenlivet. Detta innefattar vara annorlunda och utanför under skoltiden och arbetsplatsen en belastning.

Vara annorlunda och utanför under skoltiden

Informanterna beskriver en barndom och skoltid med vänner och bra familjerelationer. Andra informanter hade en bekymmersfri barndom fram tills dess de började skolan. Skoltiden kunde bestå av fysisk eller psykisk mobbning men också upplevelser om att vara annorlunda, att inte passa in som gjorde att de undvek skolan. Att exempelvis byta skola flera gånger, ha andra åsikter eller hamna i “fel” grupptillhörighet kunde vara förödande. Utanförskap var problematiska för informanterna då skolan upplevdes som en kultur där det inte var accepterat att vara annorlunda. Den negativa uppmärksamheten och att vara utsatt för kränkande behandling under flera år medförde upplevelser som inte gick att påverka och var en bidragande orsak till deras destruktiva leverne och psykisk ohälsa. Det var först när de blivit äldre som de har fått förståelse om varför de betedde sig annorlunda i skolan, varför de blev mobbade eller varför de fortfarande har sociala svårigheter. Dessa sociala svårigheter utmynnade i socialt ångestsyndrom hos flera av informanterna som gjorde dem mer isolerade. Informanternas upplevelser av att få en sjukdom beskrevs också som en förbannelse speciellt för att de är långdragna, plågsamma och påfrestande sjukdomar som lamslår både hjärna och kropp.

Arbetsplatsen en belastning

Informanterna känner olika inför sitt arbete på grund av att platsen är förknippad med ångest. De anger mobbning på arbetsplatsen, stress eller prestationsångest samt arbetsuppgifter som till slut blev övermäktiga och ingen återhämtning som orsaker till den psykiska ohälsan. Det var vanligt att informanterna tog på sig mer ansvar än normalt. Samtidigt som de upplevde att kraven och förväntningarna ökade infanns sig känslan av att vara oförberedd inför nästkommande arbetsdag. Skuldkänslorna över arbetet samt att inte få tiden att räcka till hemma ökade känslan av stress.

"Jobbet fungerar bra men sedan är det väldigt lite kvar att spela på när jag kommer hem. Jag känner mig trött och irriterad och är nog oförtjänt kort i tonen mot dom här hemma vissa dagar." (Blogg 5)

Informanterna beskrev att arbetsplatsen gav obehag men också att det var en lättnad att få arbeta då ångesten var mer påtaglig hemmavid. Obehaget ökade med tiden och för informanterna som inte var medvetna om hur påverkade de blivit av sin livssituation blev sjukskrivna för utmattningssyndrom. Enligt informanterna var det svårt att tänka på sin arbetssituation och för vissa är det fortfarande ångestfyllt. Att börja arbetsträna förklarar några av informanterna; är som att gå med en konstant klump i magen av oro över vad som skall hända. Oron kan handla om att orka ta sig till arbetsplatsen eller att arbetskamrater ska se dem som en belastning och någon som de måste anpassa sig runt. För informanterna kan en arbetsuppgift som tidigare varit enkel, bli svår och ta längre tid då hjärnan inte riktigt hänger med som den tidigare gjort. Då informanterna vill kunna arbeta kräver detta att de måste arbeta med sig själva och sin kropp.

Behöver fasta kontakter

Kategorin handlar om att ta sig igenom svårigheterna med sjukdomarna och att finna olika strategier och stöd. Detta innefattar kämpar för att få rätt hjälp av vårdpersonal, använda strategier för självhjälp och ovillkorligt stöd från omgivningen.

Kämpar för rätt hjälp från vårdpersonal

Informanterna uppger att de inte har upplevt ett bra bemötande av vården. Av dessa var det bara en kvinna som beskrev sina erfarenheter av vården som bra. De beskriver att det var svårt att få tider till läkare och psykologer och att personalomsättning var omfattande. Vid varje besök fick flera av informanterna en ny läkare eller sjuksköterska och fick återigen berätta kontaktorsaker. Ibland kunde de träffa en sjuksköterska som tog sig tid och lyssnade men ofta var läkarna nonchalanta och stressade och informanterna upplevde att de inte blev tagna på allvar. Detta gjorde att mötena blev korta och opersonliga. Informanterna uttryckte själva hur viktigt det var att ha en fast vårdkontakt som kunde följa dem under vårdtiden då deras ångestproblem bottnar i svårigheter i det sociala samspelet med andra. Informanterna upplevde också att behandlingen kunde skilja sig mellan olika läkare och deras egna värderingar. Vissa kunde ordinera motion som enda behandling och låta informanten bearbeta sin ångest på egen hand. Andra läkare satte in flera olika sorters farmaka och skickade hem informanten med information om att återkomma om inte behandlingen fungerade. En av kvinnorna upplevde att många av de läkare hon träffat var generösa med läkemedel för att; som hon trodde att det var enklare än att lyssna. En av informanterna berättar att när hon precis kommit igång med samtalsterapin, så blev det ett oväntat uppehåll på grund av missförstånd bland personalen. Detta uppehåll gjorde att hon föll tillbaka i depressionen. Flera av informanterna beskriver även negativa upplevelser med den psykiatriska akutsjukvården. Då flera av dem blev inlagda när de var yngre beskriver de

personalen som skrämmande, nonchalanta och burdusa som inte tog deras upplevelser på allvar. Läkarna upplevdes inte heller vilja ta ansvar för informanterna utan bara hänvisade vidare trots deras tankar på suicid.

> Jag låg där bara en natt sen fick jag träffa läkaren och han sa att jag har provat så många olika behandlingar och inget hjälper så han föreslog att min läkare i öppenvården skulle göra en planerad inläggning senare och då skulle de sätta ut alla mina mediciner för att se hur jag skulle må utan. Jag tyckte det lät helt sjukt, sen skrev han ut mig trots att jag hade självmordstankar. (Blogg 1).

Använda strategier för självhjälp

Som del av behandlingen ingick det att utsätta sig för det som informanterna upplevde svårt det vill säga att gå utanför huset. Det kunde vara enkla saker som att promenera, cykla eller bara gå till brevlådan. Till en början var det svårt att komma ut genom dörren på grund av att de blev överväldigade av den sociala ångesten. Genom att tvinga sig ut stärktes informanternas självförtroende lite varje dag. Trots att de var både psykiskt och fysiskt trötta när de sedan kom tillbaka, kände de flesta sig nöjda över att de hade lyckats. Som en annan del av behandlingen gav psykoterapeuten tips och råd angående självhjälp. Tips som att ha fasta rutiner som kan hjälpa vardagen att fungera. Det kan vara att sätta upp små delmål som att äta, sova och duscha till att försöka göra saker som de tyckte var roligt förr. En informant upplevde att hon hade svårt att komma ihåg saker. Hon fick då tips för att lättare komma ihåg saker som att sätta upp små minneslappar på strategiska platser i hemmet. Informanterna beskrev också tillstånd av uppgivenhet och sorgsenhet när psykoterapeuten informerade om att de inte kunde återgå till livet som det var innan sjukdomen. Informanterna som är på bättringsvägen beskriver att de fortfarande efter flera år, måste ha positiv energi runt om sig för att inte sjunka för djupt ner i ångesten och depressionen igen. Positiv energi beskriver de, är att ha en familj eller partner som lyssnar och är ett stöd genom hela sjukdomsprocessen även efter tillfrisknandet. Det kan också vara att omge sig av positiva saker, människor eller husdjur som ger energi, att skratta mycket men även att sysselsätta sig med aktiviteter som är lugnande. Informanterna beskriver hur det psykiska välmåendet påverkas om kroppen inte fungerar fysiskt eller förändras allt för mycket. Många blir rekommenderade rehabilitering i form av fysio- och arbetsterapi samt psykoterapi. Informanterna reagerade över detta på olika sätt och vissa ansåg att det fungerade och att det var ett bra sätt att komma tillbaka fysiskt från sjukdomen. Andra informanter ansåg att en promenad till brevlådan vara tillräckligt om kraften och motivationen inte fanns. Några informanter hade stundtals så stark ångest när de skulle gå utanför hemmet att de kunde utebli från sina besök vilket i sin tur gjorde rehabiliteringstiden längre. Hos de informanterna med en djup depression, var bara tanken på att arbetsträna orealistisk. När motivationen och orken kom tillbaka och informanterna var starkare i sin sjukdom samt att de var redo att återgå till arbetet fick de möjligheten att börja arbetsträna några timmar i veckan med individuella, lättare arbetsuppgifter. Informanterna såg positivt på arbetsträningen men om sjukdomen tog överhanden var de tvungna att ta ett steg tillbaka. Till sin hjälp hade de psykologer, läkare och annan personal men det krävdes också informanternas egen vilja och motivation.

Ovillkorligt stöd från omgivningen

Stöd kan enligt informanterna innebära att någon finns där som uppmuntrar eller motiverar dem, när de själva inte vill, orkar eller kan. Det kan vara en förälder, en annan nära anhörig, vänner, arbetskollegor eller till och med ett husdjur. Någon som bara finns där och erbjuder

villkorslös stöttning, hjälp eller kärlek. Enligt informanterna kan det också vara en läkare, sjuksköterska eller sjukgymnast som tar sig tid och lyssnar. Informanterna beskriver; att genom att ha kontakt med andra bloggare med psykisk ohälsa kan de ge varandra stöd, råd och motivation att bli bättre. Flera av informanterna uttrycker lättnad när de har fått kännedom om andra som lever i samma situation. De känner igen sig i lidandet eller har liknande erfarenheter från sjukdomen och möten med vården. En av informanterna beskrev att hon blev emotionell när hon kände igen sig efter att läst en självbiografi av en känd youtube-profil. Genom att informanterna finns på social media kan de följa andras motgångar men även deras framsteg och ge varandra styrka, uppmuntran och positiv energi. Det finns dock negativa aspekter av att vara den som bloggar. Den negativa uppmärksamheten kan vara svårhanterlig då de upplevde verbala personangrepp eller oönskad uppmärksamhet vilket kunde påverka sinnesstämningen. Trots den negativa kritiken fortsätter informanterna att blogga för att upplysa andra om hur det är att leva med psykisk ohälsa och detta väger upp mot de negativa.

Resultatsammanfattning

Informanterna som levde med psykisk ohälsa, framförallt ångest och depression beskrev att sjukdomarna påtagligt påverkade deras liv. De beskriver att panikångest är början på ett liv med sociala svårigheter och begränsningar i livskvalitén. Detta ger i många fall svårigheter att finna livsviljan. Upplevelser i skolan och arbetet påverkar informanterna fortfarande idag och det resulterar i att både familj, vänner och arbete blir lidande. Att förstå bakgrunden och vad som kan orsaka sjukdomen upplevs som en lättnad och en förbannelse. Informanterna beskriver hur påverkade de kan bli av arbetsplatsen och vilken belastning den avger. Informanternas psykiska, fysiska och destruktiva beteende tvingar dem att söka vård dock beskrivs vården som otillräcklig och mötena med sjukvårdspersonal upplevs otillfredsställande. För att må bra beskriver informanterna att det behövs fasta kontakter inom vården som följer dem genom processens alla delar. Delmål i form av olika strategier för att livet ska fungera och bli lättare var något som behövdes för att stärka kropp och själ. Även omgivningens ovillkorliga stöd upplevdes som viktigt och stärkande för att fortsätta kampen mot sjukdomen.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Till denna studie användes bloggar som narrativ metod för att erhålla kunskap om kvinnors upplevelser av psykisk ohälsa i form av ångest och depression. Detta ansågs kunna ge en verklig och personlig bild av sjukdomarna. En narrativ metod används då kunskap och förståelse om berättelsen vill uppnås (Skott, 2012). Enligt Eastham (2011) är bloggar berättelser som erbjuder en naturlig inblick i erfarenheterna av sjukdomen, oberoende av bloggförfattarens dagsform (Eastham, 2011). Henricson (2012) framhåller att användning av bloggtexter skrivna direkt när upplevelserna sker, kan öka trovärdighet (Henricson, 2012). Fokus i studien har varit att försöka förstå vilka bloggförfattarna är, deras bakgrund och deras upplevelser av sjukdom. I denna studie valdes inklusionskriterier som skulle vara relevanta för syftet. Bloggar skrivna på svenska valdes för att förstå innebörden av upplevelserna. Att få insyn hos personer med ångest och depression var också ett kriterium för att se hur sjukdomar uppträder i dåtid och nutid. Ålderskriterier övervägdes men på grund av att de flesta aktuella bloggar utgjorde ett brett åldersspann bestämdes att bloggförfattarna skulle vara mellan 20 - 45 år.

Datainsamling har skett med enbart bloggar som informationskälla vilket kan utgöra både styrkor och svagheter. Henricson (2012) beskriver att bloggar som datainsamling kan ses som en primärkälla och primärkällor bekräftar tillförlitlighet i en studie (Henricson, 2012). Studien hade kunnat utföras genom intervjuer men, enligt Danielsson (2012), är intervjuer både tids- och kostnadskrävande (Danielsson, 2012). I en intervjusituation kan trovärdigheten påverkas av förutfattade meningar eller annan sinnesstämning både hos intervjuaren men även av hur personen som blir intervjuad mår just vid intervjutillfället. Därför valdes bloggar som insamlingsmetod, just för att trovärdigheten ökar genom omedelbarheten i bloggtexten vilket Danielsson (2012) betonar att det är viktig då det är en väsentlig del av hela forskningsprocessen. Kvalitén på bloggarna bedömdes utifrån granskningsmallen som, Keim-Malpass, Steeves och Kennedy (2014) beskriver och anses utgöra en bra grund för att göra överväganden i metodutförandet. Genom att låta bloggförfattarna vara anonyma och i enlighet med konfidentialitetskravet kunde resultatet helt avpersonifiera bloggarna.

Alla har någon slags förförståelse vad psykisk ohälsa eller sjukdom är. Att ha förförståelse innebär att det redan finns en kunskap om saker eller ämnen som skall vägas in när en studie påbörjas (Priebe & Landström, 2012). Innan studien startades fanns redan frågeställningar som ställdes. På grund av att det fanns mycket text att bearbeta urskildes omgående svar på frågeställningarna. Genom att läsa texterna flera gånger med ett öppet förhållningssätt har det getts en inblick i bloggförfattarnas upplevelser med psykisk ohälsa. Dahlborg Lyckhage (2012) beskriver att ha ett öppet förhållningssätt möjliggör att texternas svårigheter och rätta betydelse får komma fram. För att stärka tillförlitligheten i analysen har båda deltagit i analysarbetet. Genom att ha läst igenom datamaterialet ett flertal gånger, diskuterat och reflekterat tillsammans underlättades kodning och kategorisering. För att stärka tillförlitlighet är det betydelsefullt att ge en noggrann beskrivning av studiens urval och analysarbete. Citat har också inkluderats för att möjliggöra en bedömning av tillförlitlighet. Skärsäter och Ali (2012) menar att citat utgör en stark grund till trovärdighet som är baserad på berättelser, för att få en verklig bild av upplevelserna hos informanterna men också utgör ett etiskt dilemma (Skärsäter & Ali, 2012). Denna studies dilemma är att bloggförfattarna är sökbara på internet genom citaten.

Att diskutera med kurskamrater och vänner eller låta dem läsa resultatet stärker ytterligare trovärdigheten i det avseendet att andra kan granska resultatet med ”nya” ögon och finna andra sätt att se problemet. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2017) handlar överförbarhet om i vilken utsträckning resultatet kan överföras till andra grupper och kontexter. Det är dock läsaren som avgör om resultatet är överförbart till den egna verksamheten och det grundas på den detaljerade beskrivning som presenterats.

Resultatdiskussion

Av resultaten framkommer att när farhågor om sjukdomen bekräftas upplever kvinnorna ångest och depression. Det som sjukdomarna har gemensamt är att de är långdragna och känslomässigt svåra. Sjöström och Skärsäter (2014) beskriver att ångest kan vara en vägvisare för att kroppen inte fungerar optimalt men att det också kan vara ett symtom på en psykisk sjukdom. Sjukdomar som ångest och depression påverkar människans fysiska kropp, men även livsvärlden blir påverkad av ett sjukdomslidande. Det är i linje med vad Eriksson beskriver redan år 1994, att lida är inte synonymt med att ha ångest. En människa som lider kan ha ångest och då kan vara en orsak till lidande (Eriksson, 1994). Det som är betydelsefullt för sjuksköterskan att beakta är att många kvinnor som söker för somatiska besvär även kan lida av psykisk ohälsa. Det som ligger till grund för psykisk ohälsa kan vara svårare att upptäcka än vad som uppvisas av patienten. Om kunskapen hos sjuksköterskor för att möta kvinnor på rätt sätt inte är tillräcklig så är det lätt att missa signaler då en fasad ofta hålls upp. Ångest och depression innebär ofta sociala svårigheter, personlighetsförändringar samt gör att kvinnorna isolerar sig och blir ensamma. Den minskade livslusten och livskvalitén som ångest och depression medför är ett lidande för kvinnorna. Det var även svårt för familj och vänner att möta kvinnan i sin sjukdom och ge sitt stöd. För de anhöriga är det en omöjlighet utan hjälp från vården. I ett möte med patienter med psykisk ohälsa ska sjuksköterskan ha ett personcentrerat och öppet förhållningssätt utan förutfattade meningar. Hedman Ahlström (2014) betonar att för att få en förtroendeingivande relation med patienten vilar ansvaret på sjuksköterskan. Likaså är det sjuksköterskans ansvar att möjliggöra att relationen fortgår på ett konstruktivt sätt (Hedman Ahlström, 2014).

Ångest och depression ger även samsjuklighet med andra sjukdomar vilket ökar risken att utveckla ett självskadebeteende. Lindgren (2014) konstaterar att ett självskadebeteende inte är en önskan att dö utan ett sätt att lindra den psykiska smärtan. Detta för att skifta fokus från ångest till den fysiska smärtan som enligt kvinnorna inger ett lugn i kroppen. Att som sjuksköterska våga ställa obekväma frågor till patienten som involverar livsvärlden är viktigt. Ibland även låta anhöriga komma till tals för att få en annan bild av situationen. I samband med att sjukdomarna ökar i intensitet upplever kvinnorna ofta en förlorad livslust som leder till att hjärnan blir irrationell och kvinnans psykiska upplevelser blir svåra att hantera. Kvinnorna känner sig väldigt ensamma och tomma, vilket ofta leder till suicidtankar. Sjöström (2014) och Skärsäter (2014) framhåller att suicidförsök ofta föregås av tankar, impulser och önskningar om att ta sitt liv. Det är sjuksköterskors uppgift att kunna identifiera och riskbedöma suicidhandlingar när sjuksköterskan möter patienterna i detta stadie av sjukdomen (Sjöström, 2014; Skärsäter, 2014). Därför behövs mer kunskap om hur ångest och depression kan upplevas i dess olika tillstånd och hur det påverkar människan. Genom att låta sjuksköterskor använda hälsokorset som en vägvisare vid möten med patienter kan det underlätta tänkande kring

psykisk ohälsa. Detta genom att ställa relevanta frågor, försöka se förbi det fysiska hindret (somatiskt symtom) och se förbi den fasad som patienter visar upp. Hälsokorsets stadier betonas av Eriksson (1989) och beskriver olika tillstånd av hälsa och ohälsa. Patienten kan uppleva ohälsa i form av psykiskt lidande men anser sig vara fysiskt frisk och vice versa (Eriksson, 1989). Resultaten visar att kvinnorna upplever sig som fysiskt friska men att det mentala välbefinnandet fortfarande behöver bearbetas. Det leder till att de behöver arbeta med den egna viljan och motivationen för att komma vidare.

Resultaten tydliggör att när kvinnorna försöker förstå orsaken till sjukdomen visar det sig att ångest och depressionssyndrom ofta börjar i barndomen. Kvinnornas upplevelser av att vara annorlunda och utanför utgjorde ett problem både under skoltiden och senare i arbetslivet. Ångest och depressionsproblemen började ofta i barndomen där kvinnorna som unga utsätts för trakasserier, mobbning eller utfrysning för att de inte passar in bland de andra jämnåriga. Som sjuksköterska är det vitalt att ta föräldrarnas oro på allvar och eventuellt råda föräldrar att vara uppmärksamma på upprepade förändringar i beteendet eller i det sociala nätverket. Pantic (2014) betonar att när ett barn börjar visa upp annorlunda beteende, dra sig undan familj och vänner finns risk för isolering vilket kan öka eventuell ångest eller depressionssymtom. Ett barn eller en vuxen som drar sig undan kan ha upplevt kränkande behandlingar under en längre period. Den negativa uppmärksamheten kan på sikt leda till social ångest. Deardorff et al. (2007) framhåller att social ångest härrör från dåligt självförtroende, könsroller och oönskad sexuell uppmärksamhet (Deardorff et al., 2007). Om social ångest utvecklas i yngre ålder hos kvinnorna följer den oftast med upp i åldern och gör det sociala samspelet svårt även i vuxenlivet. Vid social ångest upplever individen ett hot mot den personliga sfären som ger känslor av hjälplöshet. Sjöström och Skärsäter (2014) menar att ångest kan knytas till mer eller mindre förväntade eller identifierbara hot. En sjuksköterskas uppgift är att vara en stödjande person vid möten med patienter som upplever sig annorlunda än normalt. För att inge ett lugn hos patienten kan sjuksköterskan lyssna och ge känslomässig respons vilket kan vara det som patienten behöver vid det tillfället.

Psykisk ohälsa i vuxen ålder behöver inte innebära en dålig barndom. Att vara vuxen och ha höga prestationskrav på sig själv, gör att balansen mellan arbetsliv och familjen hos kvinnorna drabbades negativt. Det dåliga samvetet över att inte hinna med allt gör att stressen ökar och till slut orkar inte deras kroppar längre. Även Gustavsson (2014) konstaterar detta och betonar att långvarig stress utan återhämtning och att ha konstant höga krav är skadligt för kroppen på lång sikt. Stress gör kvinnorna fysiskt trötta och hjärntrötta till den grad att de inte ens orkar öppna ögonen eller lyfta huvudet. Enligt Foldemo (2014) kan sjuksköterskor uppleva svårigheter att upptäcka den psykiska ohälsan när de möter patienter. En sjuksköterska behöver möta utmattningssyndrom på ett konstruktivt sätt. Detta kan ske genom samtal där sjuksköterskan kan utgöra en stödjande kontakt genom att vara lyhörd och visa empati men som också följer upp patienten samt hänvisar till behandlingar och personer som är mer specialiserade i psykisk ohälsa. Det är viktigt att ha rätt kunskap då detta kan påträffas i alla vårdkontexter.

Av resultaten framkommer att kvinnorna upplever att de behöver fasta kontakter vid psykisk ohälsa för att kunna må bättre. Ett tillfrisknande från ångest och depressionssyndrom tar lång tid samt tar mycket energi från kvinnorna. De blir erbjudna hjälp av olika vårdprofessioner men deras upplevelser av bemötandet har inte alltid varit tillfredsställande. Enligt ICN:s etiska kod är sjuksköterskans grundläggande ansvarsområden att lindra lidande, förebygga sjukdom,

främja hälsa och återställa hälsa. De skall också bemöta patienter med respekt (ICN, 2012). Kvinnorna beskriver att det dåliga bemötande påverkar dem negativt och att bristande kommunikation försvårar sjukdomen. Omvårdnad som omfattar ångest och depressionssyndrom kräver precis som annan ohälsa att patienten blir väl behandlad. I hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) anges att god vård skall ges på lika villkor. Då sjuksköterskor arbetar utefter hälso- och sjukvårdslagen har sjuksköterskan skyldighet att kommunicera med sina patienter men även involvera annan behörig personal för att vården skall leva upp till lagkravet. Kvinnorna upplever också att läkarens egna värderingar kan styra behandlingen. I sjuksköterskans möte med patienten är det viktigt att inte projicera sina värderingar eller förutfattade meningar över till patienten. Det är också av relevans att sjuksköterskan låter patienten vara med att bestämma hur dennes vård skall utföras. Den statliga myndigheten Inspektion för vård och omsorg (IVO, 2018) rapporterar att fler kvinnor upplever ett dåligt bemötande av vårdpersonal. Detta gäller både brister i undersökningar, behandlingarna, brister i samverkan mellan olika vårdverksamheter samt i den fortsatta vårdplaneringen (IVO, 2018). Patientens delaktighet i sin vård är viktigt för att följsamheten ska vara god. Om patienten inte får vara delaktig kan integriteten hotas. Att exempelvis anpassa informationen för individen gör det lättare för patienten att vara delaktig i att nå sina mål i sin vård och behandling. Detta ska då ske utifrån patientens förutsättningar och behov.

Kvinnor som har motivation och som behandlas av en psykoterapeut försöker förändra sitt negativa sinnestillstånd för att återta kontrollen över sitt liv. Psykoterapeuten kan föreslå alternativ till medicinska behandlingar som exempelvis fysisk aktivitet, fasta rutiner samt sätta sig själv i första hand vilket kan underlätta i vardagen. Dahlberg och Segesten (2010) menar, att ska hälsa råda måste människan kunna genomföra fysiska aktiviteter men ändå ha lugna stunder med vila kombinerat med en bra livsrytm, mening och sammanhang (Dahlberg & Segesten, 2010). Att ge råd om självhjälp som fysisk aktivitet kan även sjuksköterskan föreslå vid mötet med patienten. Troligtvis behövs professionell hjälp i ett senare skede men det börjar hos sjuksköterskan på exempelvis vårdcentralen som är första instans. I kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor anges att sjuksköterskan har en viktig roll i det interprofessionella arbetet runt patienten. Planering och att involvera andra berörda aktörer är viktigt för kontinuiteten i vårdkedjan (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Tillsammans med medicinsk behandling skapas bättre förutsättningar för ett mer långvarigt tillfrisknande. Vid ett möte med patienter som har ångest och depression är det viktigt att sjuksköterskan använder sig av ett stödjande förhållningssätt. Det innebär att sjuksköterskor inte ska vara dömande, sjuksköterskan ska vara lyhörd och erbjuda patienten en möjlighet att vara delaktig i sin vårdplanering. Det är viktigt att patienten följs upp, gärna av en och samma sjuksköterska om möjligt. Det kan få patienterna att känna sig trygga då sociala svårigheter ofta förekommer men det kan även hjälpa dem att hitta motivation och egna strategier som fungerar för dem i vardagen. Hälso-och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) anger att hälso-och sjukvårdspersonal ska förebygga ohälsa utifrån respekt för patientens självbestämmande och integritet (SFS 2017:30). Det är också upp till varje individ hur de vill gå tillväga och om de orkar. Med sin evidensbaserade kunskap om ohälsa ska sjuksköterskan i ett möte med en patient med psykisk ohälsa involvera både patient och närstående i vårdprocessen. Kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor (2017) anger att sjuksköterskans kompetens ska innefatta ett helhetsperspektiv på patientens situation. Det inkluderar kunskap om komplicerade behov och problem som rör kommunikation, fysisk aktivitet, sömn och vila, smärta samt psykosociala faktorer (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Av resultaten framkommer att ovillkorligt stöd från omgivningen är betydelsefullt för kvinnor med psykisk ohälsa. Det kan handla om vårdkontakter, kontakter och vänner på social media eller stöd från familjer. Kvinnorna upplever det som positivt att någon alltid finns vid deras sida, som lyssnar trots att de själva inte vill eller orkar. När sjuksköterskor träffar en patient inom olika vårdsammanhang är det sjuksköterskans uppgift att agera som stöd och hjälp. Sjuksköterskan ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen lindra lidande och främja hälsa genom att vara lyhörd och visa respekt för patienten (SFS 2017:30). Kvinnorna upplever att bloggandet kan skapa nya kontakter och ge ett annat slags stöd än vad familj och vänner kan erbjuda. De upplever detta som positivt men att det har sina baksidor. Hoge, Bickham och Cantor (2017) beskriver kopplingar mellan ångest och depressionssymtom till dagens användning av social media. Att använda sig av social media behöver dock inte enbart betyda något negativt utan det kan också skapa en gemensamhet i exempelvis en online-grupp. Genom ett ökat stöd och uppmuntran kan det leda till lägre nivåer av psykisk smärta (Hoge et al., 2017). Trots den negativa kritiken fortsätter kvinnorna att skriva då det positiva stödet väger upp och att behovet av att informera och upplysa om psykisk ohälsa blir till ett viktigt moment för dem i deras sjukdom. Ohlsson (2017) konstaterar att psykisk ohälsa och personliga kriser är ett bra sätt att ta bort tabustämpeln som finns och för att bekräfta hur stort problemet egentligen är. Sjuksköterskan kan agera bollplank åt patienten men också vara noga med att bekräfta patientens lidande och smärta för att få patienten att öppna upp och berätta om sitt eller sina orsaker till sitt lidande.

Konklusion

Denna studie har bidragit med kunskaper och förståelse för kvinnors upplevelser av psykisk ohälsa. Resultatet visar hur svårt det är att leva med ångest och depression och att det är ett ökande problem hos kvinnor. Sjukdomarna startar ofta redan i ung ålder och skoltiden kan vara svår att hantera. Ett problem som medföljer ångest och depression är svårigheter med det sociala samspelet med andra och kan bli problematiskt i arbetslivet. När de söker vård upplever många kvinnor problem med bemötandet av vårdpersonalen och att behandlingar kan variera utifrån vilken läkare/ sjuksköterska de möter. I ett möte med en patient med psykisk ohälsa är det viktigt att sjuksköterskan har ett personcentrerat förhållningssätt samt ser patienten och hela dess livsvärld. Resultatet visar även att den egna viljan, motivation och stöd från anhöriga och vänner avgör behandlingens utgångsläge och ger ett mer långvarigt resultat. Tillfrisknande från ångest och depressionssyndrom tar mycket energi och ett steg i läkeprocessen är rehabilitering och arbetsträning. Att skriva om upplevelserna i sina sjukdomar är något som hjälper kvinnorna och de får ett syfte och en anledning att fortsätta kampen för att göra psykisk ohälsa mer accepterat.

Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet

Resultatet i denna studie kan användas för att ge mer kunskap och ökad förståelse för psykisk ohälsa då sjuksköterskan kan möta denna ohälsa i olika vårdkontexter. Kunskap som studien bidrar till kan utgöra ett framtida stöd för sjuksköterskor i deras möten och i deras bemötande av psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa kan ge uttryck på många olika sätt och därför behövs en förändring i förhållningssättet hos vårdpersonalen gentemot patienterna. Upplevelserna av psykisk ohälsa är individuella och därför behövs en individanpassad vård då ångest och depressionssyndrom har många utgångslägen och nivåer. Ett förslag till förbättring är att ge dem som söker vård för psykisk ohälsa en fast vårdkontakt som ger kontinuitet genom hela vårdprocessen. En fast vårdkontakt är nödvändig för patienten då sociala svårigheter

uppkommer i samband med ångest och depression. Fortsatta studier kan förslagsvis vara att undersöka hur psykisk ohälsa uttrycker sig mellan könen och barn och unga. Studier kan också utföras för att undersöka om psykisk ohälsa hos kvinnor skiljer sig åt mellan länder. Det kan vara av intresse att undersöka hur möten med psykisk ohälsa upplevs ur en sjuksköterskas perspektiv för att få en djupare och bättre förståelse för patienten.

REFERENSER

Allgulander, C. (2014). Ångestsyndrom. *Klinisk psykiatri*. (s.191-209). Lund: Studentlitteratur AB.

Allgulander, C. (2014). Depression. *Klinisk psykiatri*. (s.171-184). Lund: Studentlitteratur AB.

Brodin, J. (2009). Barn i utsatta miljöer och livssituationer. *Socialmedicinsk tidskrift*, *86*, 185 – 191. Hämtad den 19 april från*:* http://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/29

Chenail, R. J. (2011). Qualitative Researchers in the Blogosphere: Using Blogs as Diaries and Data. *The Qualitative Report*, *16*, 249 - 254.

Cook, V. (2018). A Shocking Solution: Electroconvulsive Therapy and its Effects on Depression and Other Mental Illnesses. *Health, Wellness, and Life Sciences*, *3*, Hämtad den 3 oktober från: https://digitalcommons.butler.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1035&context=buwell

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & kultur.

Dahlborg Lyckhage, E. (2017). Att analysera berättelser (narrativer). I F, Friberg (Red.) *Dags för uppsats-vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur AB.

Danielsson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M, Henricsson. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod, Från idé till examination*. Lund. Studentlitteratur AB.

Deardorff, J., Hayward,C., Wilson, K., Bryson, S., Hammer, L. & Agras, S. (2007). Puberty and Gender Interact to Predict Social Anxiety Symptoms in Early Adolescence. *Journal of adolescent health*, *41*, 102–104. Hämtad den 29 april 2018 från:

https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(07)00107-3/fulltext

Eastham, L. (2011). Research Using Blogs for Data: Public Documents or Private Musings? *Research in Nursing & Health*, *34*, 353 – 361.

Eriksson, K. (1989). *Hälsans idé.* Stockholm. Norstedts Förlag AB.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. (2 : a uppl.). Stockholm: Liber AB.

Foldemo, A. (2014). Mötet med individer med psykisk ohälsa i olika öppenvårdsformer. I. I, Skärsäter (red). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur AB.

Folkhälsomyndigheten. (2015) *Psykisk ohälsa vanligare bland tonåringar som ser familjens ekonomi som dålig.* Hämtad den 13 april 2018 från:

https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2015/december/psykisk-ohalsa-vanligare-bland-tonaringar-som-ser-familjens-ekonomi-som-dalig/

Försäkringskassan (2014). *Socialförsäkringsrapport 2014:15*. Hämtad den 29 augusti 2018 från https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/c2918160-aaa2-4974-9597-177f7e73caa1/socialforsakringsrapport-2014-15.pdf?MOD=AJPERES

Gustavsson, G. (2014). Stress, utbrändhet och utmattningssyndrom. I. I, Skärsäter (Red). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa - på grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur AB.

Hantsoo, L. & Epperson, C.N., (2015). Premenstrual Dysphoric Disorder: Epidemiology and Treatment. *Current Psychiatry Reports, 17*, 87. doi:10.1007/s11920-015-0628-3.

Hedman Ahlström, B., (2014). Familje- och barnperspektivet – hur det är att leva som närstående. I. I, Skärsäter (red). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur AB.

Hoge, M. Bickham, B. & Cantor, J. (2017). Digital Media, Anxiety, and Depression in Children. *Pediatrics, 140*, 76 - 80. DOI: https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758G

International Council of Nurses. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, Övers. Rev. utg.*). Hämtad från Svensk sjuksköterskeförenings webbplats:
http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etikpublikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf (Originalarbete publicerat 1953/2012)

Karpyak,VM., Biernacka, JM., Geske, JR., Abulseoued, OA., Brunner, MD., Chauhan, M., … Mrazek, DA. (2016). Gender-specific effects of comorbid depression and anxiety on the propensity to drink in negative emotional states. *SSA/ Sociaty for the study of addiction, 111*, 1366-1375. doi: doi: 10.1111/add.13386

Keim-Malpass,J., Steeves, R., & Kennedy, C. (2014). Internet ethnography: A review of methodological considerations for studying online illness blogs. *International Journal of Nursing Studies, 51*, 1686 – 1692.

Lindgren, BM. (2014). Självskadebeteende. I. I, Skärsäter (Red). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur AB.

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I B Höglund Nielsen & M Granskär (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Malak, M.Z & Khalifeh, A.H. Anxiety and depression among school students in Jordan: prevalence, riskfactors, and predictors. *Perspective Psychiatric Care*, *54*, 242–250. https://doi.org/10.1111/ppc.12229

McGrandles, A. & Duffy T. (2012). Assessment and treatment of patients with anxiety. *Nursing Standard*, *26*, 48 - 56. Doi: 10.7748/ns2012.05.26.35.48.c9082

Myndigheten för Inspektion för vård och omsorg (2018). *Sammanställning av klagomål till patientnämnderna 2017*. [powerpoint presentation]. Hämtad den 13 oktober 2018 från: https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/ovrigt/patientnamnderna-2017.pdf

Mychailyszyn, MP., Beidas, RS., Benjamin, CL., Edmunds, JM., Podell, JL., Cohen, JS. och Kendall, PC. (2011). Assessing and Treating Child Anxiety in Schools. *Psychology in the Schools*, *48*, 223-232. doi: 10.1002/pits.20548

Ohlsson, R. (2017). Public discourse on mental health and psychiatry: Representations in Swedish newspapers. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness & Medicine*, *22*, 298-314. Hämtad den 29 april, 2018 från: http://journals-sagepub-com.libraryproxy.his.se/doi/pdf/10.1177/1363459317693405

Ottosson, J-0. (2015). *Psykiatri*. (8:e uppl.). Stockholm. Liber AB.

Pantic, I. (2014). Online Social Networking and Mental Health. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, *17*, 652–657. Doi:10.1089/cyber.2014.0070

Priebe, G. & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. I M, Henricsson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod, Från idé till examination*. Lund. Studentlitteratur AB.

Segesten, K. (2012). Användbara texter. I F. Friberg (Red.) *Dags för uppsats, vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund. Studentlitteratur AB.

SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Justitiedepartementet. Hämtad den 13 oktober 2018 från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Shams-Alizadeh, N., Maroufi, A., Rashidi, M., Roshani, D., Farhadifar, F., & Khazaie, H. (2018). Premenstrual dysphoric disorder and suicide attempts as a correlation among women in reproductive age. *Asian Journal of Psychiatry, 31,* 63-66. doi.org/10.1016/j.ajp.2018.01.003

Sjöström, N. & Skärsäter, I. (2014). Ångestsyndrom. I. I, Skärsäter (red). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur AB.

Sjöström, N. (2014). Suicid. I. I, Skärsäter (red). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur AB.

Skott, C. (2012). Berättelser – narrativ analys och tolkning. I M. Henricson. (Red.) *Vetenskaplig teori och metod, Från idé till examination*. Lund. Studentlitteratur AB.

Skärsäter, I. (2014). Förstämningssyndrom. I. I, Skärsäter (red). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå.* Lund: Studentlitteratur AB.

Skärsäter, I., Ali, L. (2014). Att använda internet vid datainsamling. I M. Henricson. (Red.) *Vetenskaplig teori och metod, Från idé till examination*. Lund. Studentlitteratur AB.

Socialstyrelsen. (2010*). Ledsna barn* (Artikelnr 2010-3-7). Hämtad den 26 april 2018 från: https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17952/2010-3-7.pdf

Socialstyrelsen (2017a). *Nationella riktlinjer 2017, vård vid depression och ångestsyndrom - Stöd för styrning och ledning.* Hämtad den 29 augusti 2018 från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20743/2017-12-4.pdf

Socialstyrelsen (2017b). *Hälsan allt bättre - men oro och ångest ökar*. Hämtad den 3 oktober 2018 från: http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2017/halsanalltbattre-menangestochorookar

Socialstyrelsen (2003). *Utmattningssyndrom - stressrelaterad psykisk ohälsa*. Hämtad den 4 oktober 2018 från: https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10723/2003-123-18_200312319.pdf

Socialstyrelsen. (2018). *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem. Systematisk förteckning. Svensk version 2018 Del 1 (3)*. Hämtad den 29 april, 2018 från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20928/2018-4-12.pdf

Socialstyrelsen (u.å.). Statistikdatabasen. Hämtad den 7 september 2018 från: http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/diagnoserispecialiseradoppenvard

Sorhagen, NS, Wurster, TJ. (2017). Income within context: relative income matters for adolescent social satisfaction and mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, And Allied Disciplines*, *58*, 736-743. doi:10.1111/jcpp.12695

Sulkowski, M. L., Joyce, D. K., & Storch, E. A. (2012). Treating Childhood Anxiety in Schools: Service Delivery in a Response to Intervention Paradigm. *Journal of Child and Family Studies*, *21*(6), 938-947. DOI: 10.1007/s10826-011-9553-1

Svensk sjuksköterskeförening (2017). Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor. Hämtad den 13 oktober 2018 från: https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf

Tiller, J.W. (2013). Depression and anxiety. *The Medical Journal Of Australia*, *199* (6 Suppl), 28-31. Doi: 10.5694/mja12.10628

Vetenskapsrådet (1990). *Forskningsetiska principer inom humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad den 16 oktober 2018 från: http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf

Blogglänkar

1) Http://socialfobiangest.blogg.se/#
2) Http://tillbakatilllivetnu.blogspot.com/ , Http://www.tillbakatilllivet.n.nu/
3) Http://guldmedadhd.se/
4) Https://sorgmantel.wordpress.com/
5) Http://frkenduktig.blogg.se/
6) Http://www.johannatoftby.se/
7) http://saramodigh.bloggplatsen.se/