



**Karolinska  
Institutet**

**Institutionen för neurobiologi,  
vårdvetenskap och samhälle**  
Sjuksköterskeprogrammet  
Omvårdnad  
Examensarbete C-nivå, 10p/15 hp  
Vårterminen 2008

---

# Vietnamesers Illness Explanatory Model av depression.

Finns det mottaglighet för depressionens prevention genom mindfulness behandling?

# Vietnamese Illness Explanatory Model of Depression.

Is there susceptibility for depression prevention through Mindfulness intervention?

**Författare: Katarina Mark**

Handledare: Maria Niemi, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle

Examinator: Torkel Falkenberg, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle



**Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle**

Sjuksköterskeprogrammet

Omvårdnad

Examensarbete C-nivå, 10p

Vårterminen 2008

## Vietnamesers Illness Explanatory Model av depression

### **Sammanfattning**

I två randomiserade kontrollerade studier har det visats att Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) har signifikant minskat återfallsfrekvensen av sjukdomen depression. Vid Enheten för Integrativ Vård, Karolinska Institutet, föregår en forskningsstudie om mindfulness meditation och dess användbarhet vid postpartum depressioner i Vietnam. Denna uppsats var en andra kvalitativ innehållsanalys av intervjuer som ingick i en förstudie, ansatsen var att kartlägga uppfattningen om depression hos vårdpersonal och hos lekmän. Detta gjordes för att mindfulness behandling kan erbjudas så att det passar vietnamesernas egen Illness Explanatory Model (EM). Intervjuer gjordes via en vinjett som trots att den baserats på västerländskt klassificeringssystem, DSM-IV, men genom att svaren sedan grupperats och analyserats med hjälp av Kleinmans EM:s verkar ha uppnått en tillräckligt hög grad av emic information för att svara på vår fråga: hur skall vi erbjuda mindfulness behandling för att den skall bli framgångsrik? Från intervjumaterialet kan man dra slutsatsen att den skall erbjudas på vårdcentraler. Vidare bör personalen på vårdcentralen delta i, utbildas i och kunna informera om mindfulness behandling för att ha insikt i vad mindfulness meditation innebär och bli kompetenta att utbilda i det. Behandlingen bör ges i gruppform för främjandet av spridningen till potentiella patienter som inte själva söker sig till vårdcentralen.



**Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle**

Sjuksköterskeprogrammet

Omvårdnad

Examensarbete C-nivå, 10p

Vårterminen 2008

## Vietnamese Illness Explanatory Model of Depression.

### **Abstract**

In two randomized controlled studies it has been shown that Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) has significantly decreased the relapse rate of depression. At the Unit for Studies of Integrative Health Care, Division of Nursing, Karolinska Institutet, a research study is taking place about mindfulness and its applicability for postpartum depression in Vietnam. This paper presents a second qualitative content analysis of interviews that were part of a pre-study where the aim was to map the conception of depression of medical professionals as well as lay mothers. This was done so that Mindfulness treatment could be offered in a manner that suits the Vietnamese Illness Explanatory Model (EM) of depression. The interviews were done via a vignette which, although it was based on a western system of classification, DSM-IV, through having been grouped and analyzed with Kleinmans EM:s seems to have reached a sufficient emic level of information to be able to answer our question: how shall we offer Mindfulness treatment successfully? From the interview material it is possible to draw the conclusion that the treatment should be offered at health centres. Furthermore, the staff at the health centres should participate in, be educated in and be able to inform about Mindfulness meditation and what it entails and be competent to educate in it. Treatment is suggested to be given in group form as to spread out information to potential patients who otherwise may not seek help from the health centre.

# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>1</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>2</b>
<b>Innehållsförteckning</b> .....	<b>3</b>
<b>Problemområde</b> .....	<b>5</b>
<i>Depression från vietnamesiskt perspektiv</i> .....	5
<i>Antropologiska aspekter på psykiatrisk klassificering</i> .....	6
<i>Redan framtagna diagnostiska hjälpmedel</i> .....	7
<i>Mindfulness behandling av depression</i> .....	7
<b>Problemformulering</b> .....	<b>8</b>
<b>Teoretisk referensram</b> .....	<b>8</b>
<b>Syfte</b> .....	<b>9</b>
<b>Metod</b> .....	<b>9</b>
<i>Datainsamling:</i> .....	9
<i>Vinjett, depression:</i> .....	9
<i>Dataanalys:</i> .....	10
<i>Datavalidering:</i> .....	10
<b>Resultat</b> .....	<b>11</b>
1. <i>Definitioner</i> .....	11
2. <i>Behandlingar/Åtgärder</i> .....	12
3. <i>Orsaker</i> .....	13
4. <i>Konsekvenser</i> .....	14
<b>Diskussion</b> .....	<b>16</b>
<i>Metoddiskussion</i> .....	16
<i>Resultatdiskussion</i> .....	17
Var skall behandling erbjudas? .....	18
Finns kompetensen?.....	19
Implikationer för sjuksköterskan och sjukvården .....	20
<b>Slutsatser</b> .....	<b>20</b>
<b>Referenser:</b> .....	<b>21</b>
<b>Bilaga 1.</b> .....	<b>23</b>

## **Inledning**

Under en praktikperiod på en psykiatrisk mottagning deltog jag i en konferens om sömn och sömnproblem. Som en del i konferensen fick vi en genomgång av mindfulness meditation och fick även prova på att utföra tekniken tillsammans i grupp.

Senare under ett individuellt samtal med sjuksköterskan som hållit föredraget fick jag mer information, bland annat en liten ”kom ihåg lapp” med de viktiga punkterna i en mindfulness meditation, som jag numera delar ut till människor jag träffar. Jag började själv använda mig av mindfulness meditationen som ett sätt att hantera stress och fick till min förvåning ett snabbt resultat av välbefinnande och möjlighet att ”ladda om” fort och effektivt.

Med denna bakgrund i egen erfarenhet tycker jag det skall bli intressant att fördjupa mig i en del av en forskningsstudie som föregår vid Enheten för Integrativ Vård och som handlar om mindfulness meditation och dess användbarhet vid postpartum depressioner i Vietnam. Studien utförs av Maria Niemi, doktorand, och forskningsprojektet heter: ”Toward improving mental healthcare in the context of maternal depression in Vietnam”.

Mindfulness meditation är baserat på buddistiska tankegångar och har kanske på det viset en naturlig koppling till vietnameser som gör att metoden kan bli framgångsrik. Som en del i forskningsstudien om mindfulness ingår det en studie om hur man ser på definitionen av begreppet depression. Om man skall applicera mindfulness metoden så måste man veta om det finns en mottaglighet för metoden, alltså en uppfattning om depression. Skall man vårda och behandla depression måste man veta hur människor tänker om depression.

Det finns intervjuer gjorda baserade på en vinjett, de intervjuade är 9 sjuksköterskor och 9 patienter i Vietnam. Min uppsats skall utgöras av en andra läsning och analys av 6 av dessa intervjuer, 3 från varje intervju grupp.

Om mindfulness metoden kan bevisas framgångsrik vid botande av depressioner i tillräckligt många studier, såväl kvalitativa, som den ovan nämnda, och kvantitativa, skulle metoden kunna appliceras inom många områden inom vården. Kan den användas som ett instrument inte enbart inom psykiatrin utan även vid mer tillfälliga depressioner som drabbar patienter inom den somatiska vården vid allvarligare sjukdomstillstånd, hantering av smärttillstånd och de livs förändringar detta ofta medför för patienten?

Kan metoden vara en teknik som lärs ut på grundutbildningen av alla sjuksköterskor och något av ett verktyg som sjuksköterskor kan använda vid behov? Skulle de kunna starta meditationsgrupper på sin egen avdelning för patienterna, och även i personalgruppen för att till exempel bättre kunna hantera stress?

## Problemområde

I Sverige är depression en folksjukdom, här drabbas 45 % av kvinnor och 20 % av män av depression någon gång i livet. Har man en gång drabbats av depression är det 50 % risk att man drabbas igen inom loppet av två år (Allgulander, 2005). Depression är ett stort ohälsoproblem runt om i världen. I Vietnam var år 2002 prevalensen av depression 2,47 % (population 82 miljoner). Detta är en globalt sett väldigt låg siffra som författarna relaterar till flera olika orsaker: primärvårdens personal hanterar oftast enbart fysiska sjukdomar, avsaknad av avskildhet i mötet mellan patient och läkare och vietnamesers generella ovilja mot att diskutera negativa känslor med andra. Detta innebär att siffran inte har så mycket med den egentliga prevalensen att göra (Nguyen, Hunt, & Scott, 2005).

**Depression:** (296,31) enligt DSM-IV, egentlig depression, recidiverande, lindrig. Enligt Allgulander (2005) är typiska tecken på egentlig depression enligt DSM-IV: nedstämdhet (ledsnad, tomhet) och/eller minskat intresse eller glädje som pågått minst ett par veckor större delen av tiden, samt minst fyra av följande symtom:

- Viktnedgång eller – uppgång
- Sömnstörning
- Agitation eller hämning (upphetsad och rastlös eller trög, svarslatens)
- Svaghetskänsla (brist på energi, trött)
- Panikattacker förekommer
- Skuldkänslor
- Minskad tanke och koncentrationsförmåga
- Tankar på döden

### *Depression från vietnamesiskt perspektiv*

I vårt dagliga liv inom en och samma kultur och språkområde är det som alla vet vanligt med missförstånd människor emellan. Detta blir ännu tydligare när vi försöker kommunicera över språk och kultur barriärer. Således finns det även inom psykiatrin kulturella skillnader och som Eisenbruch (1983) visat i sin studie av Fru Xuyen, en 46 årig vietnamesisk mamma med kronisk huvudvärk och flera andra symtom, kan missförstånd lätt uppstå mellan personal och patienten. Fru Xuyens världsbild byggde på idéer från buddism, taoism och konfucianism medan Eisenbruch, själv psykiatriker, trodde att patienten led av depression.

Fru Xuyens egen uppfattning var att hon led av något som refereras till som ”wind illness” (vind sjukdom, ff. översättning) som enligt Eisenbruch är ett av de vanligaste klagomålen i sydost asiatiska samhällen. Termen refererar till olika kombinationer av organisk patologi, psykosomatisk obalans och att vara besatt av andar; alltså störningar i kroppen, känslor och beteenden under en och samma diagnos. Dessutom trodde Fru Xuyen att hennes problem berodde på att hon inte hade ”gjort månaden”, vilket enligt kinesisk medicin innebär postpartum ritualer med stränga regler för hur en nyförlöst kvinna skall hantera sig själv och sitt barn under den första månaden efter förlossning. Enligt inhemska tradition drabbades Fru Xuyen av den värsta sortens av ”wind illness”, den som luktar på en skadlig lukt. Enligt henne själv hade hon efter förlossningen absorberat ”menstrual wind illness” direkt in i hennes hjärna genom skalpen. Slutligen blev Fru Xuyen hjälpt med akupunktur behandling men alla hennes symtom försvann dock inte.

Eisenbruch (1983) refererar till Kleinman (1980) och konkluderar att det är väldigt viktigt att i en studie och även i kliniskt arbete förstå patientens egen förklaringsmodell till sin sjukdom och sin situation. Han beskriver också de kulturella skillnader som finns inom Vietnam som essentiella att ha kunskap om. Variationen på hur pass influerade människor är av kinesisk medicin varierar mycket inom landets olika delar.

### ***Antropologiska aspekter på psykiatrisk klassificering***

Detta kan sägas med begrepp som utvecklats inom antropologin: emic och etic. Ett emiskt synsätt innebär att man informerar sig om etnografiskt centrala begrepp i en kultur för att så att säga förstå den inifrån. Ett etic synsätt innebär att man söker finna universella ingredienser i en företeelse och förminskar kulturella skillnader, ett så kallat utifrån perspektiv (Eisenbruch 1983; Phan & Silove, 1997, 1999).

Phan och Silove (1999) beskriver hur detta gap mellan forskares uppfattning om och kunskap om traditionella vietnamesiska helares konstruktion av mentala sjukdomar och deras symtomatologi baseras på en okunskap om den holistiska synen. Den baseras på ett eklektiskt system av kosmologi, metafysik och övernaturliga trossystem där uppfattningen om fysisk och mental hälsa i sin tur baseras på nivån av harmoni hos individen i kosmos. Detta är eventuellt oförenligt med de reduktionistiska principer som styr västerländsk taxonomi. Västerländskt tänkande baseras i stor utsträckning på den Cartesianska dualismen mellan kropp och själ där vietnamesisk kultur poängterar den integrerade föreställningen om mänsklig existens influerade av Buddhism, Taoism och Konfucianism (Phan & Silove, 1999).

Som en illustration av hur kulturella trossystem kan te sig i kliniskt arbete redogör Phan (2000) för en vietnamesisk vårdgivares oförståelse inför västerländsk psykiatrisk behandling som att de bara pratade och pratade och det kan inte resultera i något. Vidare finns det på vietnamesiska inget tydligt begrepp för depression (Kinzie et al., 1982; Phan & Silove, 1997). Till trots för detta har Phan och Silove (1999) i en granskning av vietnamesisk icke medicinsk litteratur hittat gällande känslor som ledsamhet, ilska, osäkerhet, sorg, irritation, nervösa känslor, avundsjuka, hat, kärlek med mera. Phan och Silove konkluderar att det finns en stark förbindelse mellan emotionella tillstånd och fysiska störningar och vice versa; ett uttryck för det holistiska synsättet.

Kinzie et al. (1982) beskriver att det är inte enbart begreppet depression som inte kan översättas direkt utan även orden: psykiatri och schizofreni. De beskriver de ord som kommer närmast ordet depression som: nervsvaghet, stort mentalt tillstånd, patienterna klagat på tillstånd som huvudvärk, ryggvärk och insomni. Phan och Silove (1997) refererar till Vo (1986) som föreslår att det vietnamesiska språket är kontextbaserat medan engelska är konceptbaserat.

Ytterligare kulturella komplikationer för att ställa diagnos och behandla depression i Vietnam som delvis redan nämnts är enligt Nguyen, Hunt, & Scott, (2005) flera: 1:a att depression tidigare var ansett som ett politiskt nederlag i en idealistisk kommunistiskt samhälle, 2:a att kunskapen hos primärvårdens läkare är undermålig, 3:e att patienter sällan diskuterar deras känslomässiga problem med deras läkare, 4:e att vietnameser sällan visar eller diskuterar deras negativa känslor med andra och 5:e att avskildhet i mötet mellan läkare och patient sällan existerar.

Enligt Hassan (1998) är ett gemensamt ideal för konfucianism, taoism och buddism begreppet harmoni som gör sig gällande i alla aspekter av tillvaron i Vietnam. Det praktiseras olika typer av traditionell medicin i Vietnam som är influerade av klassisk kinesisk medicin, och författaren menar att i detta sino-vietnamesiska synsätt är begreppet balans centralt, så att sjukdom anses som en obalans som kan bero på inre och yttre omständigheter, fysiska såväl som psykiska orsaker (Hassan, 1998).

Karasz (2005) har gjort en jämförande studie i New York där målet var att undersöka människors benägenhet att söka professionell behandling för depression. De två grupper som jämfördes var en vit medelklass grupp och en grupp av sydasiatiskt ursprung. Resultatet av undersökningen blev att de med sydasiatiskt ursprung är mindre benägna att söka professionell hjälp, de konseptualiserar depression som ett socialt problem eller emotionella reaktioner till situationer medan den vita medelklass gruppen var mer benägen att se depression som en sjukdom som kräver professionell behandling.

### ***Redan framtagna diagnostiska hjälpmedel***

Det har utvecklats ett antal olika diagnostiska hjälpmedel för att överbrygga gapet mellan forskarens/klinisk utövers kunskap om och förståelse av vietnamesers psykiatriska sjukdomar och patientens egna upplevelser och situation. 1982 utvecklade Kinzie et al. VDS, Vietnamese Depression Scale, i USA för att undersöka den vietnamesiska populationen i Amerika. Nguyen et al. (2005) gjorde en studie där de applicerade VDS i Vietnam och de drar slutsatsen att verktyget måste utvecklas för att passa till vietnamesiskt förhållande och vidare att det inte innehåller någon mätning av sömnstörning som författarna anser som vanligt bland deprimerade vietnameser.

Phan och Silove (1999) beskriver detta problem som att västerländskt baserade forskare har en tendens att försumma inhemska konstruktioner av mental ohälsa och symptomatologi när de studerar etniskt diversifierade samhällen. VDS var dock utvecklad för att rikta sig mot befolkningen i USA och inte i Vietnam. Som Kleinman (1980) uttrycker det om man inte placerar sjukdom i en kontext av mening så finns det inget fundament för beteende alternativ, ingen guide för hjälp sökande beteende och tillämpningen av specifik terapi (Kleinman, 1980).

Ett annat hjälpmedel är PVPS, Phan Vietnamese Psychiatric Scale, som utvecklades av Phan, Steel och Silove (2004). De har här använt etnografiska metoder för att söka fånga en kulturell förståelse för psykiatrisk och emotionell smärta. Verktyget omfattar flera områden och frågorna är indelade i sektioner: affektiv depression, psykovegetativ depression, ångest, och somatiska symtom.

### ***Mindfulness behandling av depression***

Forskning har visat att sårbarheten för att en patient som en gång varit diagnostiserad med depression kommer att återfalla beror på upprepade repetitioner med depressivt humör och negativa tankar, nedvärderande tankar av sig själv och hopplöshet i tankemönster. Detta leder i sin tur till förändringar såväl på det kognitiva planet som på det neurologiska planet. Dessutom hävdar forskarna att processen som sätter igång depression verkar bli progressivt mer autonom ju fler episoder av depression som har upplevts (Teasdale et al., 2000).



I denna och en annan studie av Teasdale och Ma har det visats att Mindfulness-Based Cognitiv Therapy (MBCT) har signifikant minskat återfallsfrekvensen av sjukdomen depression. Detta har skett först genom att den lärt patienterna att känna igen, upptäcka och öka medvetenheten om negativa tankemönster och känslor vid tillfällen för potentiella återfall och för det andra har metoden lärt patienterna att dissociera sig själva från en grubblande depressiv utveckling. Konsekvensen av dessa nya kunskaper resulterar i att patienten inte längre undviker de negativa tankemönster eller reagerar på dem på ett automatiskt sätt utan istället responderar med avsiktlighet och skicklighet gentemot dem. (Teasdale et al., 2000; Teasdale & Ma, 2004).

### **Mindfulness:**

Mindfulness är den medvetenhet som uppstår när vi uppmärksammar något avsiktligt, i nuet, som det är och fritt från bedömning, sagt av pionjären och läkaren Jon Kabat-Zinn (1994). På svenska refereras Mindfulness, som har sina rötter i buddismen, till som ”medveten närvaro.”

### **MBCT: Mindfulness-Based Cognitiv Therapy.**

Mindfulness har integrerats med kognitiv beteendeterapi för att hjälpa depressionspatienter som återfaller. Fokus för MBCT är decentrering från tankarna, vikten läggs vid *processen* av att uppmärksamma tankar och känslor ögonblick för ögonblick utan att döma. (Teasdale et al., 2000; Teasdale & Ma, 2004).

Utbildningsmöjligheter: Bangors universitet i Wales, England, en utbildning som leder till lärarcertifiering i MBCT eller akademisk mastersexamen i mindfulness baserade tillämpningar (MBCT, MBSR). Bangor universitetet har även en distansutbildning. Den amerikanska utbildningen omfattar 5 steg. Efter steg 2 kan man leda sina egna grupper, men för att bli certifierad lärare fordras hela utbildningen.

## **Problemformulering**

Då vietnameser inte söker vård specifikt för depression uppstår problemet hur vi skall erbjuda mindfulness behandling? Hur får vi kontakt med potentiella patienter och var och i vilken form skall behandling erbjudas för att vara mest framgångsrik? (Nguyen et al., 2005)

## **Teoretisk referensram**

Arthur Kleinman är såväl antropolog som psykiatriker och verksam i transkulturell psykiatri. Som teoretisk referensram används Arthur Kleinmans Illness Explanatory Model (EM). När man studerar patienters och familjers EM:s talar de om för oss hur vi skall förstå en given episod av sjukdom och hur vi skall välja och utvärdera speciella behandlingsformer. Vidare förklarar Kleinman att såväl personal som patienter och deras familjer har EM. De erbjuder förklaringar av sjukdom och behandling så att de kan guida oss bland tillgängliga behandlingars metoder och terapier och ger en personlig och social mening relaterat till erfarenheten av att vara sjuk. Vidare är EM ett verktyg man kan använda för att designa sjukvårds interventioner så att de passar till patienten och sjukdomen, så att gapet mellan intervention, patient och personal blir så ringa som möjligt (Kleinman, 1980).

## **Syfte**

I denna uppsats är ansatsen att kartlägga uppfattningen om depression såväl hos vårdpersonal som hos patienter. Denna forskning görs så att mindfulness behandling kan erbjudas på ett sådant sätt att det passar vietnamesernas egen Illness Explanatory Model.

## **Metod**

### ***Datainsamling:***

Intervjuerna är gjorda i ett semiruralt område väster om Hanoi i norra Vietnam. Intervju personerna utgörs av en lekmanagrupp och en personal grupp. De har valts med en variation av ålder i lekmanagruppen och enda kriteriet var att de var mödrar. Personalgruppen består av variationer på yrke: läkare, At-läkare och barnmorskor med kriteriet att de i deras arbete har kontakt med mödrar under deras graviditet. Detta är så för att intervjuerna syftar att studera både depression och postpartum depression.

Vinjettintervjuer är en intervjuform där man läser en vinjett, en kort beskrivning av en persons situation och eller händelse och sedan ställer följdfrågor till respondenten. Vinjetterna som erkänner eventuell kulturell variation i sin konstruktion tillåter oss att hantera intervju informationen kulturkänsligt och få fram specifik information med kulturell variation (Torres, in press). Följdfrågorna till vinjetten är semistrukturerade och konstruerade efter Kleinmans Illness Explanatory Models kategorier (Kleinman, 1980).

Intervjupersonerna har intervjuats av en vietnamesisk forsknings assistent på vietnamesiska och simultantolkats av en annan forskningsassistent. Intervjuerna spelades in på ljudband, transkriberades på vietnamesiska och översattes till engelska. Under arbetet med denna uppsats har intervjuerna fortsatt varit på engelska och analysen har gjorts på engelska, därför är matris exemplet på engelska. De utsagor som är med i texten har översatts till svenska av författaren.

### ***Vinjett, depression:***

I några månader har en 30-årig kvinna sett väldigt ledsen ut, hon har varit miserabel och inte format ta hand om sitt hem och sina barn, dessutom pratar hon och rör sig långsamt. Hon säger att livet inte är värt att leva längre. Ingenting verkar kunna muntra upp henne. Hon beklagar sig över att hon ofta vaknar mitt i natten och inte kan somna om. Redan på morgonen känner hon sig utmattad och utan energi. En gång försökte hon begå självmord.

Följdfrågor:

1. Vad kallar du symptomen som beskrivits?
2. Tycker du att denna person har problem med sin hälsa?
3. Vilken sorts omständigheter tror du har orsakat att personen hamnat I den beskrivna situationen? Varför tror du det?
4. Vilken effekt tror du att dessa symptom har på personens liv?
5. Vad skulle du ge för råd till denna person?
6. Har du någonsin upplevt en liknande situation? Om så är fallet, vilka åtgärder togs då?

### ***Dataanalys:***

Intervjuerna analyseras med induktiv metod (Kirkevold, 2000) genom att bryta ner dem i: meningsbärande enhet, kondensering, kod, kategori och tema som utgör en kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). Meningsbärande enhet är en form av rådata, alltså intervjutexten som den är och indelad efter meningsbärande enheter. Kondensering är förkortningar av meningsbärande enhet och koderna utgör ytterliggare en abstraktionsnivå till. Samma abstraktionsprocess fortsätter när man delar in koderna i grupper av subkategorier, kategorier och slutligen till teman. Man kan välja att antingen hålla sig nära texten eller inte när man abstraherar. I detta arbete har abstraktionen föregått nära intervjumaterialet. För exempel på matris se bilaga 1.

Intervjuerna har även analyserats genom fyra frågeställningar med utgångspunkt i Kleinmans EM (Kleinman, 1980):

1. Vad är en depression?
2. Vad skall göras åt en depression?
3. Vad orsakar en depression?
4. Vad har depression för konsekvenser?

### ***Datavalidering:***

Analysen av intervjuerna presenteras i matriser. Detta ger analys processen en transparant kvalitet vilket säkrar validiteten, analysen kan följas och förstås av varje läsare (Graneheim & Lundman, 2004). All uppdelning i kategorier och att rätt uppgifter har hamnat i rätt kategorier har säkrats genom en medbedömare i form av handledaren för uppsatsen (Dahlberg, 1997).

### ***Etik:***

Då vietnameser helst inte talar om privata negativa känslor kan eventuellt intervjuerna anses som kränkande i det att de adresserar ett känsligt område. Vidare, de professionella som deltar i studien kan eventuellt känna sin yrkesidentitet och eller yrkesheder ifrågasatt om de inte vet tillräckligt, det vill säga visar sin inkompetens, vad angår depression. Eftersom intervjuerna görs via en vinjett så skall dessa etiska problem förhoppningsvis undvikas och frågorna upplevas mindre personliga. Vinjetter tillåter respondenten att distansera dem själva från ämnet som beskrivs så att de kan bestämma sig för om de vill respondera utifrån sig själva eller som om de var personen som beskrivs i vinjetten (Alexander & Becker, 1978).

## Resultat

Genomgående i intervjuerna är att alla har svarat på frågorna och inte uppvisat problem med att förstå eller respondera på den presenterade vinjetten. Den största skillnaden mellan gruppen mödrar och gruppen professionella är att mödrarna har gett mycket mer utförliga svar och förklaringar, ofta fyllda av motsättningar, än de professionella. Den analyserade mängden intervjutext räknad i antal ord skiljer sig markant mellan intervjugrupperna. I mödrarnas intervjuer är det den dubbla mängden ord mot i gruppen med de professionella.

Grupp	Mödrar (n=3)	Professionella (n=2)
Medel ålder	27 (26-29)	44 (40-48)
Antal barn	1,6 (1-2)	
Antal år i yrket		16,5 (7-26)
Kön	3 kvinnor	1 kvinna, 2 män

Figur 1: Demografisk data om intervjupersonerna. Mödrarna arbetade som jordbrukare och fabriksarbetare. De professionella var barnmorska, läkare och At-läkare. En av de professionella saknas det personliga uppgifter om.

Vid en första genomläsning av intervjuerna var det min uppfattning att mödrarna verkade ha en relativt tydlig bild av vad vinjetten speglar, förslag på behandlingsformer, orsaker och konsekvenser, medan de professionella verkade ha relativt sett mer knapphändig information och kunskap.

Materialet kommer nu presenteras närmare och analyseras för att upptäcka eventuella skillnader och likheter mellan grupperna utifrån Kleinmans 4 frågeställningar/teman. Resultat som inom endera gruppen eller bägge grupper ter sig speciellt eller intressant presenteras.

### 1. Definitioner

Kunskapen om depression varierade mycket inom båda grupperna och kategorierna sträckte sig från ”ingen kunskap”, ”lite insikt”, ”depression en sjukdom”, ”depression ovanligt” till att ”depression inte är en sjukdom”, med 6 subkategorier.

I gruppen mödrar har de gett en definition på vad depression är nästan dubbelt så många gånger som gruppen med de professionella har gjort. Trots detta är antalet svar oavsett grupp mycket få. Tyngdpunkten i svaren ges istället i form av förklaringsmodeller till vad som orsakat depressionen, som åtgärdsmodeller eller så ges definitionen i kombination med en orsaks- eller åtgärdsmodell:

(Vinjett). Vad tror du att dessa symtom beskriver?

*Jag tror att de är psykologiska sjukdomar. Hon måste ha lidit av något problem med familjen. (moder)*

eller:

(Vinjett) Vad tror du att dessa symtom beskriver?

*Jag skulle råda den kvinnan att vara lycklig och att få en hälsoundersökning för att få reda på vilka sjukdomar hon kanske har. (läkare)*

Det förekom även fall av felaktig information enligt biomedicinsk taxonomi som i följande exempel. Först ger denna läkare ett delvis adekvat svar på den första frågan:

Om en person inte vill prata med andra, ofta känner sig ledsen, orolig och livs trött och önskar begå självmord, finns det ett annat ord för dessa symtom bortsett från ”allvarligt nervöst sammanbrott”?

*De kallas mentala sjukdomar, eller schizofreni, och jag råder ofta dessa patienters anhöriga att ta med dem till ett mental sjukhus. (läkare)*

Men när intervjuaren sedan ställer en följdfråga så blir svaret att depression är en form av schizofreni:

Har du någonsin hört talas om depression?

*Det finns 2 sorters schizofreni, vilka är depression och ”thao cuong” (en annan sorts schizofreni). Om de vill begå självmord, betyder det att de lider av depression. Men de som har ”thao cuong” skriker de ofta, strävar och demolerar saker ofta. (läkare)*

Detta visar att läkaren svarar enligt det västerländska klassificeringssystemet DSM-IVs taxonomi men kunskapen är bristfällig och/eller sammanblandad med ett annat klassificeringssystem, som förklaringen av en annan sorts schizofreni: ”thao cuong”.

Ett svar som förekom två gånger hos mödrarna men inte alls hos de professionella, och som är en illustration på vad som tidigare refererades till som ett ordrikt språkbruk, var att depression är att vara ”galen”. Med ordrikt språkbruk syftas på att det används flera olika ord och/eller meningar för att beskriva samma sak.

Till exempel, om en av dina vänner plötsligt känner sig ledsen, inte vill ta hand om sina barn och ofta klagar över hennes ledsamhet, vilka problem lider hon av?  
*Hon sägs ofta vara galen. Och vi råder henne att inte göra så och att försöka uppfostra sina barn. (moder)*

Efter definitionen ”galen” kommer det direkt ett åtgärdsförslag, att patienten inte skall vara ledsen utan skall fokusera på att uppfostra sina barn.

## **2. Behandlingar/Åtgärder**

Intervju svar som innehåller förslag på behandlingar, vad man skall göra åt depressionen eller inte göra åt den är den största gruppen svar i båda grupperna. Kategorierna blev ”uppmana till handling”, ”sök lekmannahjälp för ökad känslomässig kontroll och för undvikande av social stigmatisering”, ”uppmana att inte handla” och ”förebrå patienten för misslyckad behandling”, och 20 subkategorier. Kategorin ”uppmana till handling” utgjorde hos de professionella hela 83 % av svaren medan hos mödrarna utgjorde den 30 %.

Likheterna i grupperna är att de flesta svar innehåller uppmaningar eller förslag på olika behandlingsformer eller former av hjälp som den deprimerade bör söka. De professionella svarade i denna kategori uteslutande med att ge råd om att söka professionell hjälp genom att vända sig till vårdcentraler eller, som de flesta förslagen, att söka vård vid psykiatrisk specialist sjukvård, vilket utgör 50 % av svaren:

Vad skulle du råda henne att göra om du träffade en sådan kvinna?

*Att vända sig till ett konsultationscentrum för att få en mental hälsoundersökning. Patienter som lider av allvarlig sjukdom skickas ofta till*

*högre nivåer av medicinska center. Det finns också Ba Trai centret i Ha Tay provinsen..... Ba Trai är namnet på det psykiatriska sjukhuset. (läkare)*

Hos mödrarna utgör denna subkategori däremot endast 15 % av svaren:

*Var skulle din vän få en hälsoundersökning?  
Normal sett, när de är sjuka, söker de sig oftast till sjukhus. Eller hon skulle kunna träffa en psykolog att prata med för att få mer kunskap. (moder)*

Den största skillnaden är att i gruppen mödrar så finns det en relativt stor kategori där den deprimerade uppmanas att söka hjälp från icke professionella, denna kategori finns inte alls i gruppen professionella. Kategorin är ”sök lekmanhjälp för ökad känslomässig kontroll och för att undvika social stigmatisering” med fyra subkategorier: ”råd och stöd”, ”ökad medvetenhet”, ”vara vaksam på socialt uppförande”:

*Hemma bör hon undvika att gräla med de andra, vilket kan göra henne mer ledsen. (moder)*

eller:

*Jag skulle råda henne att livet kommer bli väldigt svårt om man inte kan tjäna pengar. Så hon borde försöka hitta ett arbete, och bete sig som de andra, och inte uttrycka något egendomligt. Hon borde stå ut med situationen och försöka skaffa ett arbete... (moder)*

och ”positivt tänkande”:

*Hon hade huvudvärk vilken orsakats av för mycket tänkande. Jag uppmanade henne inte att ha en hälsoundersökning, jag rådde henne bara att vara lycklig. (moder)*

eller:

*...så hon skall inte tänka för mycket. (moder)*

Ytterligare en skillnad är att det i gruppen mödrar finns en kategori som inte uppmanar till handling, eller snarare utgörs den av nekanden men som på inget sätt utesluter andra förslag på behandlingar eller åtgärder i samma intervju. Det är alltså en fråga om att något kan vara bra som åtgärd eller behandling, något annat mindre bra:

*Jag uppmanade henne inte att gå till doktorn eller att äta traditionell medicin. (moder)*

eller:

*Min vän kände sig bara ledsen, hon hade ingen sjukdom, så det var inte nödvändigt för henne att få en hälsoundersökning. (moder)*

### **3. Orsaker**

Intervjusvaren på vad orsakerna till depression kan vara utgör den näst största gruppen svar i bägge grupperna. Det är nästan lika många svar som under behandlingar. Materialet uppvisar en stor likhet mellan grupperna i deras sätt att svara. Det blev fem kategorier: ”situationsrelaterat resonemang”, ”inte orsakat av situationsrelaterat resonemang”, ”orsakat av

hälsoproblem”, ”inte orsakat av hälsoproblem” och ”själsliga problem”, och med 10 subkategorier.

Den största kategorin i båda grupperna är ”situationsrelaterat resonemang” vilket betyder att orsaken uppges finnas i de situationer som de intervjuade tror att kvinnan befinner sig i och som orsakat depressionen. Detta kan vara äktenskapliga problem, att maken har problem, familjerelaterade problem, att de inte lyckats få en son, problem med svärföräldrar eller ingifta. Den största subkategorin i bägge grupperna är: ”orsakat av det sociala sammanhanget”:

*När hon ställs inför problem med maken, som gräl, kommer hon kanske att känna sig ledsen och ha negativa tankar. (moder)*

eller:

*Hon kanske lider av någon sjukdom, som en social sjukdom men hon måste också ta itu med sitt sociala anseende. (barnmorska)*

eller:

*De kanske är ledsna för att de fått en bebis med oväntat kön. (At-läkare)*

eller:

*Maken skulle inte bry sig mycket om henne. Många av mina vänner som har 2 döttrar känner sig också väldigt ledsna. En av dem bestämde sig för att bli gravid en tredje gång, då födde hon en son vilket hjälpte dem(hustrun och maken, (ff.anm.)) att älska varandra mer. (moder)*

Den näst största kategorin i båda grupperna är ”orsakat av hälsoproblem” som innehåller fem subkategorier varav de största är ”fysisk sjukdom som orsak”:

*Jag tror att den enda orsaken är att hon led av många sjukdomar, och därför kanske hon tänker att hennes liv är för miserabelt....(moder)*

eller:

*Då jag arbetade på förlossningsavdelningen, tror jag att de är ledsna och sömnlösa för att deras menstruationer är försenade. Men jag tror inte de är så ledsna att de bestämmer sig för att ta livet av sig. (At-läkare)*

och en subkategori som bara fanns en gång hos de professionella men fyra gånger hos mödrarna, nämligen ”psykologiska orsaker”:

*Jag tror att hon led av någon psykologisk sjukdom. Hennes psykologi är inte hälsosam. Till exempel, när alla behandlar henne som..... (moder)*

#### **4. Konsekvenser**

Antalet svar på vad konsekvenserna av en depression är utgör det minsta antalet svar i hela intervjuerna, i bägge grupperna. Kategorierna blev ”sociala implikationer”, ”hälsan blir lidande”, ”diskretion central” och ”livet implicerat”, med 8 subkategorier. Även detta är en illustration av att de intervjuade föredrar att svara med åtgärds- eller orsaksmodeller.

Svaren ter sig delvis lika, bägge grupperna anser att depression har allvarliga konsekvenser för patienten och för patientens närmaste familj.

Hur skulle sådana problem påverka henne och hennes familj?  
*När de är ledsna, vill de inte ta hand om sina familjer. (moder)*

eller:

Kommer en sådan kvinnas liv att påverkas?  
*Ja, visst. Hennes familj skulle också bli påverkad. (barnmorska)*

eller:

Tror du att hon lider av något hälsoproblem?  
*Jag tror att hennes hälsa skulle påverkas men mest på grund av hennes psykologi. Det kanske beror på de andras behandling av henne. (moder)*

eller:

Har en sådan kvinna något hälsoproblem?  
*Jag tror att det kanske är något relaterat till hennes hälsa, hennes familj. Sömnlöshet gör henne väldigt obekvämt och hennes hälsa skulle påverkas på ett dåligt sätt. (barnmorska).*

Hos de professionella förekom en subkategori som kallats ”avskildhet väsentlig” och som motsvaras av en annan subkategori hos mödrarna ”sociala livet påverkat”. Bägge illustrerar två sidor av vikten av personlig integritet i mötet mellan läkare och patient:

Om nu, till exempel, du alltid var ledsen, och du fick rådet att träffa en psykolog eller psykiatriker. Skulle du vara förlägen vid ett sådant tillfälle? Vad skulle din reaktion vara?

*Jag tror att jag initialt aldrig skulle gå med på det. För om det var mig det handlade om, skulle jag aldrig acceptera att jag hade en sådan sjukdom. Jag tror att de skulle vara väldigt förlägna, så vi skulle bli tvungna att använda mycket tid på att ge råd. (moder)*

eller:

Vill de dölja deras sjukdom?  
*Nej, det skulle de inte. De skulle fortsatt komma till oss för hälsoundersökning och behandling. Men de vill inte prata om deras sjukdom bland andra människor; de vill endast träffa läkaren. (läkare)*

Hos mödrarna förekom en kategori som måste anses som något allvarligare än de andra som bara fanns hos i den gruppen, ”livet implicerat”. De intervjuade uppger att hela livet skulle påverkas, inte bara en aspekt av det eller en del av det, vilket måste anses som en större konsekvens än någon annan.

Hur skulle hennes liv påverkas?  
*Hennes liv skulle påverkas för att de andra hade drivit henne in i den situationen. (moder)*

eller:

Tror du att hennes liv skulle påverkas?  
*Ja, självklart. (moder)*



## Diskussion

### *Metoddiskussion*

Först och främst måste det nämnas att tre personer i varje intervjugrupp är ett väldigt litet underlag för att dra långtgående konklusioner. Det kan mycket väl vara så att en åsikt eller uppfattning som i detta begränsade material framstår som en avvikande uppfattning i en större grupp skulle framstå som det mest prevalenta. I en kvalitativ studie är det dock inte meningen att representera hela populationen utan syftet är att få möjlighet att, som i denna studie, få djupare och komplexare uppfattning om de intervjuades uppfattning om depression. Det har framkommit intressanta EM som möjliggjort förslag på implementeringen av mindfulness som metod och dess mottaglighet, vilket var avsikten.

Vinjetten är baserad på den västerländska DSM-IV klassificeringen av depression och är inte specifikt utvecklad för att passa vietnameser såsom PVPS som utvecklats av Phan, Steel och Silove (2004). Man kan alltså säga att, att använda en vinjett som är baserad på den västerländska DSM-IV klassificeringen för att undersöka depression i ett icke-västerländskt samhälle är att närma sig den ”andra” kulturen, det främmande, med ett helt och hållet utifrån perspektiv, ett etic perspektiv. Phan et al. (2004) ändamål med framtagandet av PVPS var att skapa ett verktyg som har ett inifrån perspektiv, ett emic perspektiv, vilket enligt författarna själva till stor del lyckas. Fördelarna med vinjetten är att frågorna inte ställs direkt till intervjupersonen utan de går via den beskrivna personen i vinjetten och den intervjuade kan då välja att svara utifrån sig själv eller utifrån personen i vinjetten. Detta innebär att den intervjuade har möjlighet till att välja vilken grad av sin egen personliga erfarenhet de vill dela med sig och kan bibehålla en hög integritet om så önskas.

PVPS innehåller 55 frågor som är mer specifika än DSM-IV, de delar in depression i flera symptom områden och även i ett somatiskt. Vissa sätt att fråga efter symptom kan vara: ”var du blek eller hade mörka ringar under ögonen, eller kände du dig själsligen låg eller modlös?” vilket motsvaras av hur en del av de intervjuade svarar med ett svar som innehåller information på flera olika betydelsenivåer samtidigt. PVPS framstår som mer subtilt medan DSM-IV präglas av ett västerländskt tankesätt som är mera rakt på och lite fyrkantigt, Vo (1986) föreslår att det vietnamesiska språket är kontextbaserat medan engelska är konceptbaserat. Frågorna i PVPS är konstruerade för att representera ett emic perspektiv. Dock finns även alla de symptom som är beskrivna i den DSM-IV-baserade vinjetten med som depressions symptom i PVPS. Därmed kan man anta att symptom som är beskrivna i vinjetten inte är helt främmande från ett vietnamesiskt perspektiv.

Som vi sett i resultaten har vi fått en personlig och social mening relaterat till begreppet depression och som överbryggar gapet mellan emic och etic och ger oss ett svarsmaterial som ligger kultur specifikt nära vietnameserna. Kleinmans EM (1980) fungerar som förklaringsmodeller som översätter eller snarare överbryggar, transkriberar, det kulturella gapet i våra olika sätt att uttrycka oss, olika sätt att relatera till begrepp och gruppering av information. Det som var ett etic perspektiv har blivit ett emic perspektiv. Validiteten säkerställs av att vi hela tiden i materialet självt, via matriserna och analysen av dem med hjälp av Kleinmans EM, kan gå fram och tillbaka mellan de två perspektiven, resultatet blir transparent.

I redovisningen av resultaten framkom det en övergripande tendens i båda intervjugrupperna att det fanns färre svar på definitionen av depression och konsekvenserna av en depression. Det fanns desto mer svar under behandlingar/åtgärder och orsaker till depression. Detta svarar delvis till hur följdfrågorna till vinjetten är formulerade. Om man analyserar följdfrågorna

enligt Kleinmans fyra teman så är fråga 1 en definitionsfråga, fråga 2-3 är orsaksfrågor, fråga 4 är en konsekvensfråga och fråga 5-6 är behandlings/åtgärdsfrågor. Det finns bara en fråga om definitionen och en fråga om konsekvensen av depression medan det finns två frågor om orsaker och två frågor om behandlingar/åtgärder. Alltså kan man säga att intervju svaren korrelerar helt synkront med utformningen av vinjettens följdfrågor. Slutsatsen av svarsfrekvensen i sig blir att de intervjuade har svarat beredvilligt på alla frågor i båda grupperna. En viss benägenhet att föredra att svara på definitionsfrågan i form av orsaks och -åtgärdsmodell framkom dock vilket är den återstående förklaringen till att svarsfrekvensen varierar på de olika frågorna.

Dessutom var svarsfrekvensen väldigt lika i båda grupperna vilket betyder att ingen av intervju grupperna hade någon blockering vad gäller en viss fråga som hade kunnat indikera mer eller mindre kunskap inom ett område.

Den mest uppenbara skillnaden i intervju svaren var att mödrarnas svar var den dubbla mängden ord mot de professionellas. Det kan dock vara en fråga om att mödrarna använder sig av talspråk som i sig är mer omfångsrikt och nyanserat och att de professionella använder en medicinsk terminologi som är mindre ordrik och mer precis till sin karaktär. Dessutom har de professionella sin yrkeskompetens och heder att försvara medan mödrarna inte har det, de deltar i intervjun som privatpersoner. Intervjupersonernas användning av språket måste anses vara anledningen till att man vid en första genomläsning av intervjuerna kan få uppfattning att mödrarna verkade ha en tydligare bild av vad vinjetten alluderar. Resultaten uppvisar ingen sådan deviation så det måste skyllas språket och dess användning och skillnaden var således skimär och inte reell.

### ***Resultatdiskussion***

I ett i stora drag homogent svarsresultat var den största skillnaden av vikt för denna uppsats den att mödrarna hade en kategori under behandlingar/åtgärder för depression som inte fanns hos de professionella, nämligen kategorin: ”sök lekmannahjälp för ökad känslomässig kontroll och för undvikande av social stigmatisering”. En dryg tredjedel av svaren var i denna kategori och representerar rådgivning angående kontroll av det sociala beteendet, att ge/ta hjälp från närstående och undvikande av konflikter. Allt detta skall ske med hjälp av närstående och/eller omgivningens omdöme. Detta kan vid första påseende anses vara ett kritiskt resultat med tanke på implementeringen av mindfulness meditation som depressionsprevention, då en tredjedel av svaren inte indikerar att man skall söka hjälp vid någon form av vårdinrättning utan söka sig till sin sociala miljö och bekantskapskrets för hjälp att tillfriskna.

En nästan lika stor andel svar, knappt en tredjedel, finns under kategorin ”uppmåna till handling” hos mödrarna, vilken hos de professionella utgör 83 % av svaren under temat behandlingar/åtgärder. De professionella visar här tydligt att de tycker att personen i vinjetten behöver professionell vård. Dessutom är den största subkategorin ”sök behandling inom psykiatrisk vård” vilket visar att de har fackkunskap. Denna subkategori utgjorde hos de professionella hela 50 % av svaren under kategorin behandlingar/åtgärder medan det hos mödrarna endast utgjorde 15 %. Så i realiteten uppvisar resultaten en god fackkunskap om psykiatrisk sjukvård hos de professionella och relativt liten fackkunskap hos mödrarna, eller att mödrarna inte nyttjar den eller inte vet hur de skall nyttja den.

Resultaten i gruppen mödrar uppvisar trots detta övervägande andel uppmaningar till handling såsom de professionella om man anser kategorin ”sök lekmanhjälp för ökad känslomässig kontroll och för undvikande av social stigmatisering” som en aktiv handling. De uppmanas att söka hjälp av en närstående och inte lösa situationen helt själv, alltså måste det anses som en aktiv handlingsuppmaning.

Vidare är de negativa svaren, kategorin ”uppmana att inte handla”, som tidigare nämnts under resultaten, inte ett givet resultat i sig utan mödrarna svarade ofta med meningar som: ”inte den behandlingen/åtgärden men den här istället” varför deras nekande svar inte bär någon större tyngd än i sig självt eftersom det åtföljs av ett åtgärdsförslag, de står inte allena. De blir snarare ytterliggare en spegling av den tidigare beskrivningen av deras användning av språket, dess omfångsrikedom och avsaknad av den sorts precision som fanns i de professionellas språkbruk.

Således blir resultaten att den övervägande mängden svar under temat behandlingar/åtgärder i båda grupperna faller under kategorin ”uppmana till handling”. Detta måste anses vara ett positivt resultat relaterat till en implementering av mindfulness meditation. Att det finns en handlingsbenägenhet är en grundläggande förutsättningen och essentiellt för en ny behandlingsforms mottaglighet. Handlingsbenägenheten i sig reflekterar även insikten att depression är något man skall göra något åt; inte ignorera, förtränga eller försöka glömma.

### **Var skall behandling erbjudas?**

Då kommer vi till den viktiga frågan: var och i vilken form som behandlingen skall erbjudas. Som ovan beskrivits verkar mödrarna inte besitta tillräckligt med information om hur de skall finna eller nyttja specialist sjukvård såsom psykiatrisk sjukvård. Däremot svarade två av tre mödrar och tre av tre professionella att de anser att man skall söka behandling på vårdcentral. Vårdcentral verkar vara en plats som är tillräckligt känd och finns i närheten vilket betyder att tillgängligheten är hög. De psykiatriska inrättningarna ligger längre bort vilket skulle försvåra deltagande i behandling.

Två av tre mödrar uppger ”fysisk sjukdom som orsak”: att ett hälsoproblem eller medicinskt problem orsakar depression och hos de professionella uppger tre av tre detta. Detta innebär således en stor benägenhet att söka sig till närmaste vårdcentral för behandling. Phan och Silove (1999) har påvisat den starka förbindelsen som finns mellan emotionella tillstånd och fysiska störningar och vice versa som ett uttryck för ett holistiskt synsätt. I detta sammanhang kan det anses vara en fördel att denna starka förbindelse finns därför att även om patienterna söker sig till vårdcentral för vård av ett somatiskt problem, så kan de få hjälp av mindfulness om det erbjuds där och om adekvat diagnos kan ställas.

En förutsättning för att rätt diagnos skall ställas är att det finns möjlighet för ett förtroligt samtal mellan läkare och patient. Som det framkom under resultaten fanns det hos de professionella en subkategori som kallats ”avskildhet väsentlig” och som motsvaras av en annan subkategori hos mödrarna ”sociala livet påverkat”. Bägge illustrerar två sidor av vad Nguyen et al. (2005) refererade till att avskildhet i mötet mellan läkare och patient sällan existerar men som i intervjuerna uttrycks som ett behov. Att skapa avskildhet i mötet mellan läkare och patient är alltså en förutsättning för ett förtroligt samtal och möjlighet att ställa adekvat diagnos.

Vidare uppger en av mödrarna att orsaken är psykologisk och en annan att det är ett ”problematiskt tankesätt” vilket båda reflekterar insikter och kunskap om psykologi och om tankestrukturer och deras påverkan på vår hälsa. Enbart en av de professionella uppger att det är mentala problem som orsakat depressionen men som tidigare redovisat så uppvisade alla professionella att de skulle hänvisa patienten till specialist sjukvård vilket reflekterar insikt om psykologiska tillstånd. Det framstår dock som nödvändigt att personalen på ett vårdcentral måste delta i och utbildas i mindfulness meditation dels för att kunna rekommendera det som behandlingsmetod, för att själva förstå vad mindfulness meditation innebär och för att även bli kompetenta att utbilda i det.

Som Karasz (2005) visat i sin jämförande studie i New York så var de av sydostasiatiskt ursprung mindre benägna att söka professionell vård, de konseptualiserar depression som ett socialt problem eller som emotionella reaktioner till situationer. En annan aspekt av detta kan sägas vara det Vo (1986) föreslår att det vietnamesiska språket är kontextbaserat medan engelska är konceptbaserat. Resultaten visade också liknande aspekt genom en stor kategori i bägge grupperna som uppger ”situationsrelaterat resonemang” som orsakas förklaring till depressionen. Detta behöver inte vara ett problem som det framkom i Karasz studie att det blev för personerna i den sydostasiatiska gruppen: de sökte inte professionell vård utan ansåg depressionen, som något som var relaterat till deras olika livssituationer och inte som något som var behandlingsbart, något man skulle söka professionell vård för. I denna studie finns den tidigare så pass stora gruppen svar under kategorin ”sök lekmannahjälp för ökad känslomässig kontroll och för undvikande av social stigmatisering”, man uppmanar att man söker kunskap och information om sitt beteende hos den närmaste sociala omgivningen. Vilket visar att man pratar med sin närmaste omgivning om och söker kunskap hos den för hanteringen av depressionen och som skulle kunna få stora positiva konsekvenser för spridningen av mindfulness som metod efter initialskedet i implementeringen. Den sammantagna kunskapsnivån sett till inte enbart definitionsfrågan utan till deras EM:s, hos gruppen mödrar om depression måste anses vara hög, speciellt med tanke på deras begränsade utbildning. Detta indikerar också att man med stor sannolikhet får sin kunskap genom samtal med människor i sin omgivning: lekmannahjälp. Främst indikerar också det att människor samtalar med varandra om svåra saker såsom depression annars skulle mödrarna ha uppvisat större skillnader visavi de professionella i svaren. Detta medför även att behandling i grupp skulle vara det mest effektiva för spridningen av metoden.

### **Finns kompetensen?**

Nu återstår frågan om man kan erbjuda mindfulness behandling vid ett vårdcentral, om det finns den kompetensen. Tyvärr är nuvarande utbildningsmöjligheter relativt få som vid Bangors universitet i Wales, England, ges en utbildning som leder till lärarcertifiering i MBCT eller akademisk mastersexamen i mindfulness baserade tillämpningar (MBCT, MBSR). Bangor universitetet har även en distansutbildning. Den amerikanska utbildningen omfattar 5 steg. Efter steg 2 kan man leda sina egna grupper, men för att bli certifierad lärare fordras hela utbildningen. De är också tidskrävande och som Nygren, Sköld, Wahlberg och Åsberg (2006) kan man undra om det är nödvändigt med den avskräckande stora tidsåtgången i MBSR eller MBCT programmen när till exempel TM meditationen har ett mycket kortare utbildningsprogram? TM meditation har dock inte prövats kliniskt på ett lika effektivt sätt som MBCT och det har inte forskats lika mycket på hur TM fungerar för att motverka depressioner. Men forskning i sig skall väl inte betyda att man gör tillgängligheten till en metod svårare, speciellt inte om den anses framgångsrik? Det framstår som att onödigt sätt att

sätta stoppklossar för en metod. Det finns buddistiska sidor på Internet som ger relativt enkla och tydliga instruktioner i mindfulness meditation om man googlar på mindfulness.

För att mindfulness meditation som metod skall ha stor framgång i Vietnam krävs att möjligheten till behandlingen finns vid de flesta vårdcentraler vilket kräver många lärare och alltså en kortare utbildningstid. De långtgående konsekvenserna av om studien på mindfulness som depressionsprevention i Vietnam skulle lyckas, skulle tyda på att mindfulness kan vara ett globalt verktyg som passerar kulturella klassificeringssystem, vilket i sig självt vore ett fantastiskt resultat.

### **Implikationer för sjuksköterskan och sjukvården**

Nygren et al. (2006) beskriver också att det har gjorts och görs studier på implementering av mindfulness inom den somatiska vården. På National Institutes of Healths webbplats <http://www.clinicaltrials.gov> finns 46 olika pågående forskningsprojekt. De anser att de studier som finns har brister och inte har kartlagt eventuella biverkningar. Vidare anser Nygren et al. (2006) ”att eftersom det finns en risk för initial försämring av en eventuell psykisk sjukdom och att annan behandling fördröjs eller uteblir” så är viss medicinsk kunnskap hos gruppleadaren av vikt (s.3177). Detta kan tyda på att det borde passa in i sjuksköterskans roll.

Sjuksköterskan tillhör den personalkategori inom vården som träffar flest människor, såväl patienter, anhöriga som personal, vilket innebär stor möjlighet för spridning av kunskapen och/eller arrangemang av kurser för dessa grupper av människor. Detta utesluter inte att det skulle kunna vara en kunskap som många personalgrupper inom vården skulle kunna lära sig och agera ledare av kurser.

Mindfulness meditationens användnings- och implementerings möjligheter inom vården utgör ett spännande och relativt nytt forskningsområde och som skulle behöva utforskas av många sjuksköterskor på forskningsnivå för att kartläggas och utvecklas till sin fulla potential.

### **Slutsatser**

Ansatsen i denna uppsats var att kartlägga uppfattningen om depression såväl hos vårdpersonal som hos lekmän för att mindfulness behandling kan erbjudas så att det passar vietnamesernas egen Illness Explanatory Model. Intervjuer gjordes via en vinjett som trots att den baserats på västerländskt klassificeringssystem, DSM-IV, men genom att svaren sedan grupperats och analyserats med hjälp av Kleinmans EM:s verkar ha uppnått en tillräckligt hög grad av emic information för att svara på vår fråga: hur skall vi erbjuda mindfulness behandling för att den skall bli framgångsrik? Från materialet kan man dra slutsatsen att den skall erbjudas på vårdcentraler som framstår som de medicinska inrättningar som är mest kända, mest lättillgängliga och oftast refererade till som en plats man bör söka sig till för att få hjälp. Vidare bör personalen på vårdcentralen delta i och utbildas i mindfulness behandling för att kunna informera om behandlingen, kunna förstå vad mindfulness meditation innebär och för att även bli kompetenta att utbilda i det. Behandlingen bör ges i gruppform för att främja spridningen till potentiella patienter som inte själva söker sig till vårdcentralen.

## Referenser:

Allgulander, C. (2005). *Introduktion till klinisk psykiatri*. Studentlitteratur.

American Psychiatric Association, Washington, DC., (1994). *Quick Reference to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Pilgrim Press.

Alexander, C. S., Becker, H. L. (1978). The use of vignettes in survey research. *Public opinion quarterly*, 42, (3), 93-104.

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.

Eisenbruch, M. (1983). "Wind Illness" or Somatic Depression? A Case Study in Psychiatric Anthropology. *British Journal of Psychiatry*, 143, 323-326.

Granheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24, 105-112.

Hassan, I. (1998). *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Studentlitteratur, Lund

Kabat-Zinn, J. (2005). *Vart du än går är du där: medveten närvaro i vardagen*. (A. Björkhem övers.). Natur och Kultur. (Originalarbete publicerat 1994).

Karasz, A. (2005). Cultural differences in conceptual models of depression. *Social Science and Medicine*, 60, 1625-1635.

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering* (K. Larsson Wendtz, övers.). Lund: Studentlitteratur. (Originalarbete publicerat 1994).

Kinzie, D., Manson, S., Vinh, D., Tolan, N., Anh, B. & Pho, T. (1982). Development and Validation of a Vietnamese-Language Depression Rating Scale. *American Journal of Psychiatry*, 139 (10), 1276-1280.

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press.

Nguyen, N., Hunt, D. & Scott, C. (2005). Screening for Depression in a Primary Care setting in Vietnam. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193 (2), 144-147.

Nygren, Å., Sköld, C., Wahlberg, K., Åsberg, M. (2006). Mindfulnessmeditation – nygamal metod för att lindra stress. *Läkartidningen*, 42 (103), 3174-3177.

Phan, T. & Silove, D. (1997). The influence of Culture on Psychiatric Assessment: The Vietnamese Refugee. *Psychiatric Services*, 48 (1), 86-90.

Phan, T. & Silove, D. (1999). An Overview of Indigenous Descriptions of Mental Phenomena and the Range of Traditional Healing Practices Amongst the Vietnamese. *Transcultural Psychiatry*, 36 (1), 79-94.

Phan, T. (2000). Investigating the use of services for Vietnamese with mental illness. *Journal of Community Health*, 25 (5), 411-425.

Phan, T., Silove, D. & Steel, Z. (2004). An ethnographically derived Measure of Anxiety, Depression and Somatization: The Phan Vietnamese Psychiatric Scale. *Transcultural Psychiatry*, 41 (2), 200-232.

Teasdale, J. & Ma, H. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: Replication and Exploration of Differential Relapse Prevention Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (1), 31-40.

Teasdale, J., Williams, M., Soulsby, J., Segal, Z., Ridgeway, V. & Lau, M. (2000). Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (4), 615-623.

Torres, S. (in press). Aiming at culture-relevance within cross-cultural and ethnogerontology: can vignette methodology be of any help?

Vo, P. (1986). Tieng Vietva nguoi Vietnam o hai ngoai. [Vietnamese language and the exiled Vietnamese], *Vietnamese Language and Culture*. Redigerat av Tran, N. T., Nguyen, T. T. H., LY, L. L., Melbourne Australian, Vietnamese Community in Australia.

## Bilaga 1.

<b>Mothers 1</b>		
<b>Meaningunit</b>	<b>Condensed</b>	<b>Codes</b>
I think they are the symptoms of depression. (1)	Symtoms of depression (1)	Depression (1)
This is an obvious case. You think that sadness, the attempt to commit suicide, lack of contact with the others is the symptoms of depression. So do many people in your community suffer from depression? Just very few. (1)	Very few suffer from depression(1)	Depression not common (1)
I think they are psychological diseases. (2)	Psychological diseases. (2)	Psychological diseases. (2)
I didn't have any disease. I was completely healthy. (2)	Completely healthy. (2)	No disease (2)
Have you met anyone suddenly often felt sad, and didn't want to talk to anyone else? No, I haven't. (2)	Not met anyone who suddenly felt sad...(2)	No experience with depression in others (2)
What do you call those who have abnormal behaviours or speak about trivial things? Speak about trivial things? Yes. What are those people called? They are said to have mental diseases. (2)	They are said to have mental diseases. (2)	Mental diseases (2)
Have you ever met anyone suddenly became uncommunicative, suddenly didn't work, didn't want to share their feelings with anyone else? No, I haven't. (2)	Not met anyone who suddenly became depressed (2)	No experience with depression in others (2)
She is often said to be crazy (3)	Said to be crazy(3)	Crazy(3)
We call them crazy people. (3)	Crazy people. (3)	Crazy (3)

Exempel med meningsbärande enhet, kondenserat och kod som fortsätter i matrisen nedan med koder, subkategori, kategori och tema angående de intervjuade mödrarnas definitioner av depression.

<b>Mothers 2</b>			
<b>Codes</b>	<b>Sub category</b>	<b>Category</b>	<b>Theme</b>
Depression (1)	Mental disease	Depression a disease	Knowledge of depression varies greatly.
Mental diseases (2)			
Psychological diseases. (2)			
Crazy(3)			
Crazy(3)			
Depression not common (1)	Not common	Depression unusual	
No experience with depression in others (2)	No experience		
No experience with depression in others (2)			
No disease (2)	No disease	No disease	