



EXAMENSARBETE

Våren 2013

Sektionen för hälsa och samhälle  
Omvårdnad

# Att leva med bipolär sjukdom.

Författare

Emelie Nilsson

Handledare

Irene Persson

Examinator

Gerth Hedov

# Att leva med bipolär sjukdom

Författare: Emelie Nilsson

Handledare: Irene Persson

Litteraturstudie

Datum: 2013-01-08

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Bipolär sjukdom innebär perioder av mani och depressioner vilket kan medföra svårigheter för personer som drabbats. För att kunna förstå och hjälpa dessa personer behöver sjukvårdspersonal kunskap om hur sjukdomen upplevs och hanteras. **Syfte:** att belysa hur personer med bipolär sjukdom upplever och hanterar sin sjukdom. **Metod:** En allmän litteraturstudie genomfördes med kvalitativa artiklar. **Resultat:** Personernas inställning till diagnosen och behandling varierade och relationen till sjukvårdspersonalen var betydelsefull. Svårigheterna att hantera och bemöta sjukdomen orsakade känslor av osäkerhet, okontrollerbarhet och instabilitet. Sjukdomen påverkade självförtroendet och självkänslan och orsakade upplevd stigmatisering och problem i relationer. För att kunna hantera bipolär sjukdom krävdes egen acceptans, kunskap och insikt, struktur i vardagen samt stöd från närstående. **Diskussion:** Resultaten diskuteras utifrån Antonovskys teori om känsla av sammanhang, KASAM. Problematiken kring acceptans av sjukdomen och motivation till fortsatt behandling är viktig kunskap för sjukvårdspersonal, liksom att sjukvårdspersonal har personernas försämrade självkänsla och upplevda stigmatisering i åtanke. Detta för att hjälpa personerna att känna KASAM och få ett mer salutogent perspektiv. Patientutbildning bör anpassas efter varje individs behov. **Slutsats:** Lyhördhet för hur varje individ upplever och hanterar sitt liv med bipolär sjukdom krävs, samt att vården anpassas därefter. Därvid kan patienternas KASAM ökas.

Nyckelord: Bipolär sjukdom, uppleva, hantera



# Living with bipolar disorder

Author: Emelie Nilsson

Supervisor: Irene Persson

Literature review

Date: 2013-01-08

## Abstract

**Background:** Bipolar disorder involves periods of mania and depression, which may cause difficulties for those affected. In order to understand and help those affected, health care providers need to be aware of the subjective experience and coping skills of their clients. **Purpose:** To examine how people with bipolar disorder experience and handle their illness. **Method:** A literature review of relevant qualitative articles was conducted. **Results:** subjects' attitudes towards the diagnosis and treatment varied and the relationship with healthcare professionals was relevant. The disorder was accompanied with feelings of uncertainty, uncontrollability and instability. It also affected self confidence, self-esteem, caused an experience of stigma and relationship difficulties. Coping strategies included acceptance, information, structure of everyday life and family support. **Discussion:** Antonovskys theory about sense of coherence, SOC, was used for the discussion Acceptance and motivation to treatment are key-topics for health care professionals. Clients lower self- esteem and the issue of stigma needs to be addressed. This might increase the clients SOC and facilitate the move towards a salutogenic perspective. Patient information should be adapted to individual needs. **Conclusion:** Awareness of individual experiences and skills is necessary. The clients care and treatment needs to be adapted accordingly.

Keywords: bipolar disorder, experience, handle

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>BAKGRUND</b> .....	<b>5</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>7</b>
<b>METOD</b> .....	<b>7</b>
<b>RESULTAT</b> .....	<b>9</b>
Upplevelse av diagnos, medicinering samt vården och dess insatser.....	10
Upplevda svårigheter relaterat till sjukdomen och tillhörande symtom.....	11
Upplevelser i mötet med omgivningen.....	14
Hantering av bipolär sjukdom.....	16
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>21</b>
Metoddiskussion.....	21
Resultatdiskussion.....	24
<b>REFERENSER</b> .....	<b>33</b>

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Artikelöversikt

Bilaga 3 Röda korsets granskningsmall

## BAKGRUND

Bipolär sjukdom är relativt vanligt förekommande i Sverige. År 2007 uppskattades 70 000 personer ha diagnosen bipolär sjukdom. Fördelningen var jämn mellan män och kvinnor. Bipolär sjukdom innebär perioder med maniska och depressiva tillstånd. En manisk period yttrar sig ofta i form av att personen har förhöjd sinnestämning eller är lättirriterad under minst en veckas tid. Individen ska även ha minst tre av följande symtom för att kunna identifieras som manisk: förhöjd självkänsla, minskat sömnbehov, vara pratsam, osammanhängande, lätt distraherad eller ha en ökad aktivitet. I en depressiv period kan personen däremot känna sig nedstämd och trött, ha påverkad aptit och problem med sömnen. Individen kan även ha svårt att koncentrera sig, känna sig värdelös och ha skuld känslor. Mellan dessa perioder med mani eller depressioner upplevs personen ofta som frisk och neutral i sitt stämningsläge (Allgulander, 2008).

När man som sjuksköterska möter en patient med bipolär sjukdom kan det vara viktigt att vara medveten om hur han/hon upplever sin sjukdom. Personens upplevelse, eller livsvärld, är hur människan upplever ett fenomen i sin vardag just nu. Detta är inget han/hon reflekterar över utan något som tas för givet. En människas livsvärld förändras hela tiden utifrån hur ens liv ser ut och i vilken situation personen befinner sig i. En individs livsvärld kan till exempel förändras om hon/ han går från att vara frisk till sjuk. Personen upplever då saker på ett annorlunda sätt i sitt medvetande jämfört när han/hon var frisk. Därmed har personens livsvärld förändrats (Birkler, 2007).

Något som eventuellt kan påverka en människas livsvärld och som kan vara av vikt för en individ som lever med bipolär sjukdom kan vara hans/ hennes copingförmåga. Personens copingförmåga är ett mått på hur bra han/hon hanterar att leva med den osäkerhet och oro som sjukdomen kan innebära utan att bli förtvivlad. En människa kan ha bra copingförmåga och klarar av en psykisk påfrestande situation som den är genom att påverka omgivningens och sitt eget sätt att hantera den. En persons copingförmåga påverkar således hur mycket skada en sjukdom och den psykologiska stress som den medför, orsakar hos individen (Brattberg, 2008).

Personer med bipolär sjukdom medicineras ofta dagligen både i terapeutiskt och profylaktiskt syfte vilket de ofta behöver göra resten av livet. Ett komplement till den medicinska behandlingen är att utbilda de sjuka och deras anhöriga om sjukdomen och tidiga tecken på mani eller depression. På så vis minskar risken för återinsjuknande. Ett annat komplement kan vara psykoterapi och stödjande/ motiverande samtal hos psykolog eller terapeut. Detta kan göras dels i syfte att på längre sikt kunna hantera och leva med sin sjukdom och därmed också må bättre med sin sjukdom. Det kan även behövas besök hos psykolog eller terapeut när personen hamnar i depressiva eller maniska perioder för att komma ur dessa. I en del fall kan psykoterapi och medicinsk behandling kombineras. Vid svår mani eller depression, då individen är för upprymd eller för nedstämd för att kunna ta emot någon psykoterapeutisk eller medicinsk behandling kan det bli aktuellt att använda sig av elektrokonvulsiv behandling. Denna behandling innebär att patienten sövs och får muskelavslappnande medel. Därefter tillsätts ström till den ickedominerande hjärnhalvan. Detta leder till samma aktivitet i hjärnan som ett epileptiskt anfall och visar sig hos patienten i form av darrningar och ryckningar i händer och fötter. Denna behandling sker oftast inom slutenvård och upprepas vanligen tre gånger i veckan sammanlagt sex till tolv gånger. Efter detta får patienten antidepressiva läkemedel för att hon/ han inte ska återinsjukna (Allgulander, 2008).

Ett problem med denna patientgrupp kan vara attityden till medicinering. Det kan vara svårt att motivera personer med bipolär sjukdom till att ta sin medicin då de ofta är rädda för bieffekter av medicinerna samt/eller att de förnekar sitt sjukdomstillstånd. Andra anledningar till att personer med bipolär sjukdom inte tar sina mediciner kan vara att de inte får tillräckligt mycket stöd från sin omgivning, att de saknar insikt i sin sjukdom eller har bristande rutin kring sina mediciner. En annan orsak kan vara att de inte har möjlighet att betala sina mediciner (Sajatovic, Levina, Fuentes- Casianoa, Cassidy, Tatsuokab & Jenkins, 2011). Detta dilemma är viktigt för personal inom vården att ha i åtanke, dels för att kunna motivera patienterna till behandling men även för att få ett holistiskt synsätt på de drabbade och bemöta dessa personer på ett värdigt sätt i vården (Birkler, 2007). En annan aspekt som också är viktig för vårdpersonal när de möter personer med bipolär sjukdom är att sjukdomen kan påverka personernas liv i stor utsträckning både socialt, ekonomiskt och deras hälsa (Allgulander, 2008). För att man som sjuksköterska ska kunna förstå patientens

situation och därmed ge bra vård, krävs det även att han/hon försöker förstå hur patienten upplever sin livsvärld och hur den förändras med sjukdomen. Detta innebär att sjuksköterskan måste sätta sig in i hur patienten upplever sin sjukdom och hur den påverkar den enskilda människan och dennes synsätt på vardagen (Birkler, 2007).

## **SYFTE**

Syftet var att belysa hur personer med bipolär sjukdom upplever och hanterar sin sjukdom.

## **METOD**

En allmän litteraturstudie med fokus på kvalitativa studier har gjorts för att få en översikt över kunskapsläget inom det valda problemområdet (Friberg, 2006).

### *Urval*

Urval från litteratur har gjorts med hjälp av databaserna Cinahl, PubMed och PsycINFO. Dessa databaser användes då de innehåller vetenskapliga tidskriftsartiklar, forskningsrapporter och avhandlingar inom omvårdnad, psykologi och medicin vilket är litteraturstudiens huvudområden (Forsberg & Wengström, 2008). Sökorden Bipolar disorder, experience, living with, quality of life, coping och qualitative användes i olika kombinationer. Den Boolska sökoperatören AND användes mellan de olika sökorden. Inklusionskriterierna i detta arbete var att personerna som intervjuades i artiklarna skulle vara över 19 år och ha diagnosen bipolär sjukdom. I de fall där personerna inte hade erhållit diagnosen bipolär sjukdom exkluderades artiklarna.

### *Undersökningens genomförande*

Informationssökningen påbörjades genom att en inledande litteratursökning gjordes. På så vis bildades en uppfattning om hur mycket artiklar det fanns att tillgå inom detta område. Vidare gjordes en avgränsning. Denna avgränsning gjordes med hjälp av urvalskriterier i form av att artiklarna skulle vara ”peer reviewed”, skrivna på engelska och ha en mänsklig population. Abstracten i de artiklar som framkom lästes sedan igenom. De olika sökningarna resulterade i tolv relevanta artiklar, se sökschema (bilaga 1). Ytterligare tre artiklar hittades via manuell sökning utifrån de tolv artiklarnas referenslistor. En presentation av de valda artiklarna kan läsas i artikelöversikten (bilaga 2).

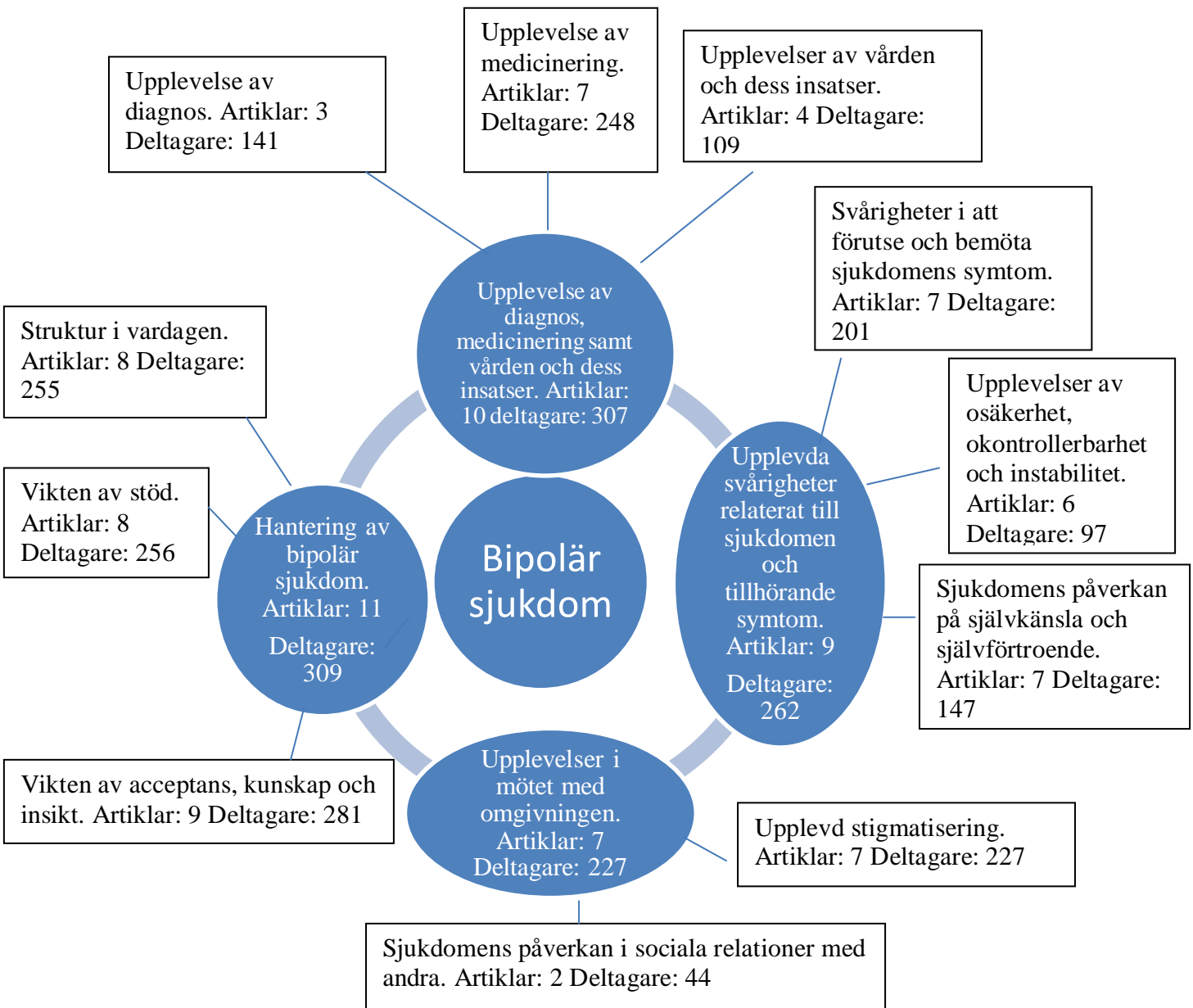
Vidare kvalitetsgranskades de artiklar som tagits fram. Kvalitetsgranskning gjordes enligt röda korsets granskningsmall (Bilaga 3). Denna mall har tagits fram av Röda korsets högskola och är ett hjälpmedel när kvaliteten och användbarheten ska bedömas på en vetenskaplig artikel. Mallen bestod av totalt 39 frågor uppdelade på åtta huvudområden; konklusion och/ eller diskussion, syfte, bakgrund, metod, resultat, diskussion och/ eller konklusion, innebörden av studien för den praktiska vården och sammanfattande helhetsbedömning. Anledningen till att diskussion och/ eller konklusion nämns två gånger är att diskussionen och/ eller konklusionen ska läsas innan resten av artikeln läses. Detta för att den som granskar ska få en utgångspunkt i den fortsatta läsningen och därmed lättare kunna bedöma relevansen i artikeln (Röda korsets högskola, 2005). Frågorna 4k, 5b, 7c, och 8d togs bort från granskningsmallen då författaren ansåg att de inte var relevanta till artiklarna. Det blev således slutligen 35 relevanta frågor till varje artikel. Vidare beslutade författaren att för att kvaliteten i artiklarna skulle ses som hög skulle minst 25 av dessa frågor kunna besvaras. Detta resulterade i att alla artiklar som valts ut från litteratursökningen ansågs ha tillräckligt hög kvalitet för att kunna användas i litteraturstudien.

De femton relevanta artiklarna analyserades sedan med inspiration från Fribergs (2006) förklaring av innehållsanalys. Det första steget i denna analys var att läsa igenom artiklarna flera gånger för att få en uppfattning om vad de handlade om. Sedan identifierades nyckelfynd i varje enskild artikels resultatdel. Det vill säga att det innehåll i att artiklarnas resultat som svarade på litteraturstudiens syfte togs ut. Varje artikels nyckelfynd sammanställdes sedan och följdes av att de olika artiklarnas nyckelfynd jämfördes med varandra. Detta för att finna likheter och skillnader i de olika fynden. Utifrån dessa skillnader och likheter bildades sedan olika teman som resulterade i fyra olika kategorier. Dessa fyra kategorier bildade således litteraturstudiens resultat.



## RESULTAT

Studiens resultat består av totalt fyra huvudkategorier och elva underkategorier. Dessa framkom vid analysen av de femton artiklar som utgör dataunderlag för denna studie. Dessa artiklar berör totalt 359 deltagare. I figuren nedan kan utläsas hur många artiklar och deltagare varje kategori och underkategori innefattar.



### Figurtext:

Illustration över resultatdelens kategorier och underkategorier samt hur många artiklar och deltagare varje kategori innefattar. Bilden visar även den komplexitet som bipolär sjukdom innebär genom att visa att alla kategorier och dess innehåll påverkas av varandra.

## *Upplevelse av diagnos, medicinering samt vården och dess insatser.*

### **Upplevelse av diagnos.**

Att få diagnosen bipolär sjukdom kunde upplevas på olika sätt. Några ansåg att det var en lättnad att få diagnosen bipolär sjukdom då det förklarade de symtom man upplevt. En del ansåg tvärt emot att diagnosen innebar en chock vilket kunde leda till förnekelse, misstro och ilska på diagnosen (Proudfoot, Parker, Benoit, Manicavasa, Smith & Gayed, 2009, Russel & Browne, 2005). Denna förnekelse ledde ibland till minskad följsamhet i behandlingen och ledde på så sätt till återfall i sjukdomen (Pollack & Aponte, 2001).

### **Upplevelse av medicinering.**

Även om många ansåg att det var viktigt att inta sina mediciner (Dahlqvist-Jönsson, Wijk, Skärsäter & Danielsson, 2008, Lim, Nathan, O'Brien-Malone & Williams, 2004) och att få rätt medicin för att må bra med sin sjukdom (Russel & Browne, 2005), fanns det de som hade svårt att motivera sig till att inta medicin. Detta kunde bero på att de upplevde behovet av att inta mediciner som ett tecken på att de inte var normala utan istället var någon de inte ville vara. Andra upplevde att behovet av att ta mediciner och dess effekter bidrog till minskad känsla av självständighet och att man därför ville undvika att ta dem (Crowe et al., 2012). Vissa upplevde också att medicinen ledde till att de förlorade sin identitet då de förlorade sina grundläggare känslor för vad som var normalt. En annan anledning till att personerna hade svårt att motivera sig till medicinering var att de kände frustration över att behöva testa sig fram till rätt mediciner och att behöva vänta för att se om de var rätt (Proudfoot et al., 2009). Många upplevde också en oro över medicineringen och dess negativa bieffekter, men andra menade att de negativa effekterna av medicinerna var hanterbara om de kände fördelarna med dem (Proudfoot et al., 2009). Även om det fanns ett visst motstånd mot medicinering hos en del med bipolär sjukdom menade andra att det var viktigt att ha medicinerna och kunna anpassa dosen efter hur man mådde för att förbli välmående i sin sjukdom (Murray, Suto, Hole, Hale, Amari & Michalak, 2011, Suto, Murray, Hale, Amari & Michalak, 2010).

## **Upplevelse av vården och dess insatser.**

Många ansåg att relationen till läkare och övrig sjukvårdspersonal avgjorde huruvida de fullföljde behandling och medicinering eller inte. En del upplevde att stigmatisering i sjukvården kunde vara ett problem (Michalak, Yatham, Kolesar & Lam, 2006) och andra ansåg att det var av stor vikt att man hade en bra relation med sjukvården som baserades på respekt och samarbete (Murray et al., 2011, Suto et al., 2010). Några upplevde att det var svårt att motivera sig till att ta sina mediciner om de kände sig misstrodda eller inte var nöjda med sin läkare. Däremot om de kände tillit och respekt till läkaren kunde de lättare motivera sig till att medicinera (Wang, Tse & Michalak 2009). Många ansåg att det var viktigt att uppleva autonomi i vården och känna att man var aktiv i sjukvårdsprocessen och inte blev beroende av sjukvården för att må bra (Michalak et al., 2006).

## *Upplevda svårigheter relaterat till sjukdomen och tillhörande symtom.*

### **Svårigheter i att förutse och bemöta sjukdomens symtom.**

En del personer med bipolär sjukdom upplevde att de inte alls kunde se varningstecken på att en episod i sjukdomen var på väg och därmed inte heller kunde förutsäga en sådan. Andra upplevde att det ibland kunde vara svårt att förstå vad som hände när man var på väg in i en episod trots att man såg varningstecken på att den skulle komma (O'Leary, Page & Jenkins, 2000, Lim et al, 2004). Även om personerna kunde upptäcka och förstå att symtomen var på väg, upplevde många svårigheter i att bemöta dessa. Till exempel upplevde personer med bipolär sjukdom i vissa perioder att kapaciteten att tänka och agera var sänkt och att tidsuppfattningen då påverkades eller försvann. Sjukdomen kunde då leda till att det dagliga livet liksom att tänka och förstå saker kunde kännas svårt och betungande. Att hela tiden behöva lägga mycket tid på att tänka och försöka förstå sig själva, andra och olika situationer i vardagen gjorde att personerna upplevde att sjukdomen hela tiden tog tid ifrån det vardagliga. Detta kunde också leda till att personerna kände sig onormala och dumma. Att det upplevdes kräva stor ansträngning att hela tiden försöka förstå sig själv och sin omgivning gjorde att det var svårt att uppnå tillräcklig kapacitet på ett arbete (Rusner, Carlsson, Brunt & Nyström, 2009).

När individerna hamnade i en manisk period kunde de uppleva ett extremt bra självförtroende, att de inte hade några problem alls och att de hade energi till att göra vad som helst. De kunde även få en känsla av att man kunde göra många saker samtidigt, att man fick ökad kapacitet och att livet var oändligt och utan begränsningar. Dessa upplevelser gjorde att mani ofta associerades med tillfredsställelse, men detta tillstånd satte ofta känslor och sans ur funktion och det kunde bli svårt att hantera livet och ta bra beslut (Rusner et al., 2009). Detta ledde ofta till konsekvenser utanför personens kontroll. Dessa konsekvenser bidrog ofta till skam och svårigheter efter en manisk period (Crowe et al., 2012) och många upplevde att det var svårt att komma tillbaka till verkligheten och det liv de haft innan de blev maniska (O'Leary, Page & Jenkins, 2000). Denna känsla kunde förvärras av en efterföljande depression eller att den speciella intensiteten som upplevdes i och med sjukdomen, ledde till mörka perioder och tankar om sig själv (Crowe et al., 2012). I dessa perioder upplevde individerna det som om deras sinne var ur funktion. De tänkte enbart negativt och det blev då svårt att hoppas på en förändring (Rusner et al., 2009). Denna problematik kring sjukdomen och dess symtom kunde ibland leda till att personen som drabbats av sjukdomen fick tankar på att ge upp när de inte såg någon möjlighet att bli bra. Det kunde då gå så långt att döden blev en lösning (Dahlquist-Jönsson et al., 2008).

Det fanns dock de som upplevde att bipolär sjukdom och dess symtom även medförde positiva saker. Till exempel upplevde en del att de fått ökad empati (Parker, Paterson, Fletcher, Blanch & Graham, 2012). Andra upplevde att sjukdomen medfört att de blivit känsligare för om personer i ens omgivning led (Sajatovic et al., 2008). De menade också att de fått en ökad självkänedom (Parker et al., 2012), blivit starkare som personer eller fått insikt i att de var tvungna att lugna ner tempot i livet och istället umgås mer med sina nära och kära (Sajatovic et al., 2008). Andra upplevde att de hade fått en ökad förmåga att känna av sitt eget och omgivningens tillstånd. Därmed kunde de direkt känna kyla eller värme från omgivningen (Rusner et al., 2009). De menade att sjukdomen hade lett till att de blivit mer kreativa och hade bättre framgång med sina kreativa idéer i både de depressiva och maniska perioderna. Några upplevde att de hade ökad produktivitet i sina maniska perioder (Parker et al., 2012) och många upplevde också att de var mer utåtriktade, kommunikativa, sociala och hade fått en ökad förmåga att skaffa vänner när de var maniska (Parker et al., 2012, O'Leary, Page & Jenkins, 2000).

## **Upplevelse av osäkerhet, okontrollerbarhet och instabilitet.**

Individerna upplevde att symtomen i sjukdomen innebar stora omvälvningar i livet och att episoderna kändes som ett avbrott i livet. Detta på grund av att de ofta avbröt relationer, anställningar m.m. (Lim et al, 2004). Dessa avbrott i vardagen upplevdes som en ständig påminnelse om de begränsningar som sjukdomen och dess symptom medförde och gjorde att personerna blev osäkra på sig själva. Osäkerhet i sig var hos vissa även ett symptom eller en konsekvens av de olika episoderna vilket förvärrade osäkerheten på sig själv ytterligare (Dahlquist-Jönsson et al., 2008). Till exempel kunde personerna ibland vara medvetna om sin sjukdom och ibland inte vilket ledde till att de blev osäkra på om de kunde lita på sig själva (Rusner et al., 2009, Proudfoot et. al., 2009). En annan bidragande orsak till att personer med bipolär sjukdom blev osäkra på sig själva var att de ibland inte visste om de det upplevde var äkta eller symptom från sjukdomen (Proudfoot et. al., 2009). Många upplevde även att det tog lång tid att återhämta sig efter en episod i sjukdomen. Detta, samt den instabilitet som sjukdomen kunde medföra i tankar och känslor, ansågs leda till ytterligare osäkerhet och instabilitet i självuppfattningen (Lim et al, 2004, Crowe et al., 2012).

Då de olika symtomen i bipolär sjukdom ofta påverkade beteendet hos den sjuka gjorde detta att de kände sig besegrade och oförmögna att kontrollera sin sjukdom, sig själv och sitt liv. Sjukdomens olika symptom kombinerat med hur andra reagerar på dem gav personerna en känsla av att vara utom kontroll (Crowe et al., 2012). De upplevde sig då som hjälplösa och att de inte hade kontroll över sina episoder (Lim et al, 2004). Några upplevde att symtomen gav en känsla av att man inte kunde hantera situationer och sina egna tankar och att detta inte gick att stoppa (O'Leary, Page & Jenkins, 2000 ).

## **Sjukdomens påverkan på självkänsla och självförtroende.**

Även om det fanns de som menade att ett liv med bipolär sjukdom bidrog till personlig tillväxt, nya perspektiv på livet och en förståelse för att livet kan förändras (Dahlquist-Jönsson et al., 2008), var det många som upplevde att bipolär sjukdom påverkade deras känslor, speciellt beträffande självkänsla (Michalak et al., 2006, Crowe et al., 2012 ). Många personer med bipolär sjukdom uppfattade sig själva och sina liv som bristfälliga och misslyckade vilket innebar minskat självförtroende (Crowe et al., 2012, Rusner et al., 2009, Lim et al, 2004). Ett

sådant misslyckande kunde till exempel vara att man upplevde sig ha mindre självständighet i samband med sjukdomen vilket ledde till minskad självkänsla och därmed en känsla av personligt misslyckande. Sjukdomen ledde också till en stark känsla av besvikelse och självförakt. Detta självförakt ökade när man insåg att personer i ens omgivning blev besvikna eller bedömde deras trötthet som ovilja eller lathet. Det visade sig att även när personer med bipolär sjukdom hade bättre perioder och hade kontakt med sig själva upplevde de skuld och skam för det de gjort när de varit svagare (Rusner et al., 2009).

Många som hade bipolär sjukdom menade att sjukdomen genomsyrade hela livet och att den var sammanflätad med ens identitet (Rusner et al., 2009, Sajatovic et al., 2008). Detta ledde till att många menade att sjukdomen och problematiken kring denna kunde leda till en negativ eller hopplös framtidsvision och oro för att inte kunna göra det man vill i framtiden (Dahlquist-Jönsson et al., 2008, Lim et al, 2004, Rusner et. al., 2009 ). Bland annat upplevde de att deras sjukdom hindrade dem från att fullborda mål (Sajatovic et al., 2008). Sjukdomen innebar därmed mycket oro för hur den skulle påverka personens förmåga att skaffa sig och bibehålla relationer, arbete, utbildning, familj och hur man skulle få det finansiellt (Dahlquist-Jönsson et al., 2008, Proudfoot et al., 2009, Rusner et al., 2009). Vissa menade dock att stunder när de mådde bättre ledde till en positivare framtidstro. Man vågade då tro på att man skulle kunna få en funktion och en meningsfull existens i samhället där man hade en utbildning eller ett arbete, en familj och sociala relationer (Dahlquist-Jönsson et al., 2008).

### *Upplevelser i mötet med omgivningen.*

#### **Upplevd stigmatisering.**

En del av personerna med bipolär sjukdom upplevde att sjukdomen sågs som något negativt i samhället. De menade att det sätt på vilket diagnosen användes i samhället ledde till att personer de mötte såg bara diagnosen och inte personen bakom den (Russel & Browne, 2005). Rädslan för att bli stigmatiserad i samhället kunde ibland leda till att personer som hade bipolär sjukdom valde att inte berätta för någon, eller bara för några få, att det hade sjukdomen (Michalak et. al. 2006, Wang Tse & Michalak, 2009). Hur personer med bipolär sjukdom uppfattades av andra och de fördomar som personerna möttes av upplevdes bidra till

osäkerhet och många menade också att de var en bidragande faktor till att det var svårt att acceptera sjukdomen (Dahlquist-Jönsson et al., 2008). En del upplevde sig vara isolerade och avvisade från samhället till följd av sin sjukdom (Lim et al, 2004). Även om en del personer med bipolär sjukdom menade att stigmatiseringen gentemot personer med sjukdomen minskat nu jämfört med förr och några menade till och med att stigmatisering bara var något man skapade eller uppfattade själv (Wang, Tse & Michalak 2009), så var det många personer med bipolär sjukdom som upplevde stigmatisering till följd av sjukdomen. Denna stigmatisering upplevdes som något plågsamt, frustrerande och svårt att hantera (Wang, Tse & Michalak 2009, Proudfoot et. al, 2009). Bland annat upplevde många stigmatisering i samband med arbete (Michalak et al., 2006) både när de försökte få anställning (Lim et al, 2004), men de upplevde också att stigmatisering i arbetet ledde till degradering eller andra komplikationer i deras karriär (Michalak et al., 2006). Vårdbehov eller att bli långtidsfunktionshindrad till följd av sin sjukdom ledde till finansiella svårigheter vilket medförde att personer med bipolär sjukdom kände sig beroende och stigmatiserade i samhället (Michalak et al., 2006). Känslan av att vara annorlunda förstärktes då vilket även bidrog till självstigmatisering (Crowe et al., 2012). Många menade dock att om man hade tillgång till stöttning minskade känslan av stigmatisering och isolering till följd av sjukdomen (Proudfoot et al., 2009).

### **Sjukdomens påverkan i relationer med andra.**

Många med bipolär sjukdom ansåg att sjukdomen påverkade både den sociala och intima relationen till andra både positivt och negativt. Vissa menade till exempel att de fått en närmare relation till sin familj tack vare att de drabbats av bipolär sjukdom (Michalak et al., 2006). Andra menade att sjukdomen gjorde det svårt att ha intima relationer. Detta kunde bero på att de inte kunde berätta om sin sjukdom och att de tog mediciner varje dag (Wang, Tse & Michalak 2009), men det kunde också upplevas svårt på grund av att man fick en känsla av minskad självständighet i intima relationer. Detta kunde gälla både känslomässigt och finansiellt (Michalak et al., 2006).

Att sjukdomen påverkade de sociala relationerna på många sätt upplevdes av många med bipolär sjukdom. En del tyckte till exempel att det var svårt att vara med i olika regelbundna, sociala gemenskaper. Detta då symtomen i sjukdomen kunde leda till att man först kunde vara

delaktig, sedan tvingas vara borta ett tag för att sedan när man kom tillbaka upplevde förödmjukelse (Michalak et al., 2006). Vidare skaffade man sig ofta vänskapsrelationer efter hur man mådde. De perioder då man mådde sämre skaffade man sig ofta mindre passande umgänge, medan man ofta skaffade sig stabila vänner som gynnade välmåendet när man själv mådde bättre.

### *Hantering av bipolär sjukdom.*

#### **Vikten av acceptans, kunskap och insikt.**

Många personer med bipolär sjukdom menade att det krävdes fler åtgärder än att medicinera för att må bra i sin sjukdom. En sådan åtgärd kunde till exempel vara att gå i terapi (Murray et al., 2011, Suto et al., 2010). En grupp menade emellertid att mediciner och terapi inte var tillräckligt för att de skulle klara av sin sjukdom utan att det krävdes fler insatser (Pollack & Aponte, 2001). Ett viktigt steg i att kunna må bra med sin sjukdom upplevdes vara att acceptera och ta ansvar för den (Russel & Browne, 2005, Dahlquist-Jönsson et al., 2008, Rusner et al., 2009). Många upplevde dock att det var svårt att acceptera att man hade en psykisk sjukdom, att det tog lång tid (Dahlquist-Jönsson et al., 2008, Pollack & Aponte, 2001) och att längtan efter ett normalt liv där man mådde bra ibland kunde leda till förnekelse av sjukdomen (Dahlquist-Jönsson et al., 2008). Om man trots detta klarade av att acceptera sjukdomen och samtidigt kunde förstå att sjukdomen bara var en del av en själv, ökade självkänslan och man fick ökat hopp inför framtiden (Dahlquist-Jönsson et al., 2008, Michalak et al., 2006). Andra menade också att om man klarade av att acceptera sjukdomen, förbli medveten om den och inte valde att förneka den, hade man möjlighet att leva ett normalt liv trots sin sjukdom (Rusner et al., 2009). En del menade även att om man accepterade sin sjukdom hade man lättare för att själv hantera den samt fick ökad följsamhet i sin behandling (Pollack & Aponte, 2001). Några menade att mindfulness kunde vara till hjälp för att öka acceptansen i sjukdomen. Till exempel menade de att mindfulness gjorde att man blev mer accepterande gentemot förändringar i humöret och att man fick större självacceptans och kunde acceptera diagnosen bättre (Chadwick, Kaur, Swelam, Ross & Ellet, 2011).



Vidare ansåg många att för att man skulle klara av sin sjukdom och må bra med den krävdes det att man skaffade sig kunskap om sjukdomen (Dahlquist-Jönsson et al., 2008, Murray et al., 2011, Suto et al., 2010). En del menade att om man fick kunskap om sin sjukdom och tillgång till hjälp ökade deras hopp om att klara av en framtid med sjukdomen. Andra upplevde att det var viktigt att se de olika episoderna i sjukdomen som erfarenheter och se dessa som en process i att lära sig om sin sjukdom. Många upplevde att ökad kunskap om sjukdomen gav förklaring och hjälp till att förstå de humörsvängningar som sjukdomen innebar samt gjorde det lättare att märka sjukdomens mönster och variationer över tid (Dahlquist-Jönsson et al., 2008). Kunskapen gjorde också att man enklare kunde känna igen olika faktorer som utlöser episoder i sjukdomen och att se tidiga varningstecken på att en episod är på väg (Proudfoot et al., 2009). Många upplevde att om man kunde bli medveten om sig själv och hur man reagerar på sin omgivning och därmed skaffa sig förmågan att se små förändringar i sitt psykiska, fysiska och emotionella tillstånd, fick man en vaksamhet som var viktigt för att kunna känna igen när det behövdes olika strategier för att undvika att komma in i en ny episod (Russel & Browne, 2005).

Genom att få ökad kunskap och kontroll över sjukdomen minskade också rädslan man hade för den (Dahlquist-Jönsson et al., 2008, Russel & Browne, 2005). Några av de med bipolär sjukdom menade att innan de fick kunskap och insikt i sin sjukdom kunde den upplevas som något mödosamt. Med hjälp av insikten i sin sjukdom kunde de lättare förstå sina känslor och att de inte var ensamma om att känna som de gjorde. Detta ledde till en lättnad som gjorde sjukdomen lättare att hantera. Insikten i sjukdomen ledde också till att personerna blev mer motiverade till att lära sig om sin sjukdom och att de insåg att folk i deras närhet behövde få veta om deras sjukdom (Dahlquist-Jönsson et al., 2008). En del ansåg att denna insikt i kombination med erfarenheterna personer med bipolär sjukdom får av att leva med sjukdomen, gjorde att sjukdomens inverkan på livet minskade med tiden (Russel & Browne, 2005).

## Vikten av stöd

Många menade att det var av stor vikt att ha ett socialt nätverk för att kunna må bra i sin sjukdom (Murray et al., 2011, Suto et al., 2010) och att det var viktigt att ha någon att prata med och berätta om sin sjukdom för (Dahlquist-Jönsson et al., 2008, Rusner et al., 2009, Sajatovic et al., 2008, Wang, Tse & Michalak 2009). Många ansåg också att familjen var ett viktigt stöd i sjukdomen. Några menade att om man hade stöd från sin familj och kände ett ansvar för dem, ledde detta till att man kände sig tvingad att möta de utmaningar och negativa effekter som sjukdomen medförde (Wang, Tse & Michalak 2009).

Ett stöttande nätverk upplevdes också vara viktigt då det förutom stödet i sig, gav ett säkerhetsnät som kunde hjälpa personerna att sätta gränser, se tidiga varningstecken och sätta upp strategier för att minska eventuell skada till följd av sjukdomen (Russel & Browne, 2005). Personer med bipolär sjukdom upplevde att det var bra att föra vidare sina kunskaper om sjukdomen och dess tidiga varningstecken till familj och vänner. Detta för att få hjälp att se tidiga varningstecken och att få hjälp att ta till olika strategier samt få stöd och på så sätt förbli bra (Murray et al., 2011, Suto et al., 2010). En del menade till och med att det var nödvändigt med stöd och ett socialt nätverk för att kunna få hjälp att se tidiga varningstecken på att en episod är på väg att bryta ut (Michalak et al., 2006) och många tog familj och vänner till hjälp för att hålla koll på eventuella förändringar i humör och beteende (Russel & Browne, 2005). Ett hjälpmedel som många ansåg var till stor hjälp var att göra en ”må bra-plan”. Denna plan kunde då innehålla instruktioner för vad individen själv eller dennes anhöriga eller vänner skulle göra när man märkte att tecken på att en episod var på väg. Denna ”må bra plan” kunde vara allt från en muntlig överenskommelse med sina anhöriga och vänner, till ett skriftligt dokument som de anhöriga eller individen själv skulle följa när varningssignaler upptäcktes (Murray et al., 2011, Suto et al., 2010, Russel & Browne, 2005).

En del personer upplevde att det var ett stort stöd att ha en religion eller filosofi. Några menade att en tro eller filosofi hjälpte dem att acceptera sitt tillstånd och behålla en inre frid trots sin sjukdom. Att ha en tro kunde även göra att man kände hopp och hade en känsla av att aldrig vara ensam och alltid kunna få stöd när man behövde (Wang, Tse & Michalak 2009).

## **Struktur i vardagen.**

De flesta hanterade sjukdomen och dess symtom genom att anpassa vardagen på olika sätt (Russel & Browne, 2005). Några upplevde att det var svårt att leva i en strukturerad vardag och att det var svårt att följa ett strikt schema. De föredrog därför att ha en mer flexibel vardag t.ex. med flextider på jobbet så att de kunde jobba mer när de mådde bättre och mindre när de mådde sämre (Michalak et al., 2006). Många ansåg dock att för att öka chanserna att förbli välmående var det bättre att försöka ändra sin vardag till en lugn tillvaro med mindre stress och att detta uppnåddes via planering och tydliga rutiner (Dahlquist-Jönsson et al., 2008, Michalak et al., 2006). Att följa rutiner och göra saker regelbundet ansågs leda till struktur i livet vilket hjälpte personerna att känna sig balanserade och kontrollerade (Murray et al., 2011, Suto et al., 2010). Denna rutin kunde fås på många olika sätt t.ex. genom att ha ett yrke, ägna sig åt sociala aktiviteter, fritidsaktiviteter, spirituella sysselsättningar m.m. (Michalak et al., 2006).

Att få regelbunden och tillräcklig sömn upplevdes vara en grundpelare för att förbli välmående i sin bipolära sjukdom. Även ”vaken vila” såsom läsa, titta på tv eller dyl., var viktigt då det ökade chanserna att orka ha ett bra socialt liv och ett fungerande arbete (Murray et al., 2011, Suto et al., 2010). Vidare ansågs regelbunden och hälsosam mat vara till stor hjälp för att behålla sitt välmående och en del undvek även sådan mat och dryck som kunde påverka humöret, t.ex. socker, koffein eller alkohol. Regelbunden träning upplevdes också vara en fungerande hjälp för att må bra (Murray et al., 2011, Suto et al., 2010, Russel & Browne, 2005). När det gällde träning upplevdes framförallt utomhusaktiviteter ha en hälsosam effekt, men det viktigaste var att träningsformen passade den enskilda individen (Murray et al., 2011, Suto et al., 2010).

Andra aktiviteter som kunde vara till hjälp för att bevara välmående var olika kreativa aktiviteter, t.ex. måla och utbilda sig. Detta då det kunde ge utlopp för den känslomässiga intensitet som en del upplevde till följd av sin sjukdom (Rusner et al., 2009). En del menade också att kreativa aktiviteter främjade personen till fokus på att bli medveten om vad de gjorde och på att förbli bra (Murray et al., 2011, Suto et al., 2010). Även att få tid till sig själv (Jönsson et al., 2008) och att ägna sig åt olika reflektiva och meditativa övningar ansågs vara

till hjälp för att må bra med sin sjukdom. Detta kunde vara allt från att ägna sig åt att skriva dagbok till att utöva yoga och meditation (Murray et al., 2011, Suto et al., 2010). En sådan aktivitet kunde t.ex. vara mindfulness. Denna metod ansågs vara till stor hjälp för personer med biolär sjukdom då den upplevdes leda till att de blev mer fokuserade på nuet och då fick ökad medvetenhet. Detta istället för att fokusera på de negativa och svåra tankar och känslor som sjukdomen kunde medföra t.ex. skam, skuld, oro och ängslan. Upplevelsen av att mindfulness reducerade de negativa tankarna i samband med bipolär sjukdom medförde att personerna kände att det var en hjälp i att förebygga stress och extrema humörförändringar och att de därmed lättare kunde ta bra beslut (Chadwick et al., 2011).

Oavsett vilken aktivitet personer med bipolär sjukdom valde att ägna sig åt för att få struktur, ansåg många att det var viktigt att lära sig vara uppmärksam på sitt humör och i vilken utsträckning man engagerade sig i de olika aktiviteterna för att kunna märka olika förändringar i dessa. Om man lyckades få denna självkontroll kunde man anpassa aktiviteterna utifrån sitt humör och därmed undvika att man blev överväldigad (Murray et al., 2011, Suto et al., 2010, Chadwick et al., 2011). Vidare ansåg många personer med bipolär sjukdom att oavsett vilken strategi man valde för att hantera sin bipolära sjukdom, var det viktigt att observera att varje individ hade sin förklaring till varför de fått sjukdomen och därmed hade sitt sätt att hantera den på (Pollack & Aponte, 2001). De ansåg också att det var viktigt att acceptera hjälp för att kunna hantera sjukdomen (Dahlquist-Jönsson et al., 2008) och att det krävdes tid och erfarenhet innan man hade lärt sig känna igen vad som triggade igång sjukdomen, se tidiga varningstecken och hittade den strategi som passade bäst (Russel & Browne, 2005).

# DISKUSSION

## *Metoddiskussion*

Syftet i denna litteraturstudie var att belysa hur personer med bipolär sjukdom upplevde och hanterade sin sjukdom. Därför ansågs kvalitativa artiklar vara en lämplig informationskälla. Detta då kvalitativa studier strävar efter att skapa förståelse för patienters upplevelser, erfarenheter, behov och dylikt i ett visst fenomen (Friberg, 2006). I några artiklar som använts i studien har både kvantitativa och kvalitativa metoder använts, men författaren har då endast valt ut information från den kvalitativa delen av studierna.

En styrka i metoden var att alla sökningar gjorts med samma sökord och samma avgränsningar i tre olika databaser. Därmed vet man att samma områden söktes igenom på alla tre databaserna. En annan styrka är att de databaser som använts för litteratursökning framför allt inriktar sig på litteraturstudiens huvudområden nämligen forskning inom omvårdnad, psykologi och medicin (Forsberg & Wengström, 2008). På så sätt ökade möjligheterna att finna relevanta artiklar till litteraturstudien vilket författaren anser höjer studiens trovärdighet (Polit & Beck, 2008).

Trots detta kan en svaghet i arbetet vara att det inte gjorts sökningar i fler databaser. Eventuellt hade detta lett till att fler relevanta artiklar hade hittats. De sökord som använts på de olika databaserna var relevanta och breda, vilket ökade möjligheterna att få fram relevanta artiklar. Möjligtvis hade fler relevanta studier hittats om fler eller andra sökord använts. Sökningar med andra sökord gjordes, men detta resulterade enbart i samma artiklar som hittats i tidigare sökning eller artiklar som inte var relevanta för ämnet. Detta kan tyda på att alla relevanta artiklar inom området redan hade hittats men det kan också bero på att sökorden varit för snarlika i de olika sökningarna, vilket därmed lett till att inga nya relevanta artiklar framkommit. Anledningen till att ordet qualitative togs med i sökorden var att det förväntades öka chanserna att finna kvalitativa artiklar där personernas egna, subjektiva upplevelser av att leva med bipolär sjukdom och hanteringen av den, beskrevs. Detta utan att det blev några begränsningar till följd av skalor eller klassifikationer. I några av artiklarna har förvisso kvantitativa metoder använts utöver de kvalitativa, men endast den kvalitativa datan i dessa

studier har då tagits ut. Det finns dock en risk att kvalitativa artiklar också missats då ordet kvalitativ inte nödvändigtvis måste finnas med i en kvalitativ artikel. Det användes även få mesh-termer och trunkeringar vid sökningarna vilket minskar möjligheterna ytterligare att hitta alla relevanta artiklar.

Då endast studier som publicerats på engelska togs ut finns det en risk att författaren inte tillgodogjort sig studier från länder som inte är engelskspråkiga. Detta kan ha påverkar litteraturstudiens resultat till viss del. Till exempel kan kulturella skillnader i hur man upplever och hanterar bipolär sjukdom missats på grund av att studierna inte publicerats på engelska. Vidare finns det en risk att författaren till litteraturstudien har översatt texten fel i de olika artiklarna och därmed misstolkat innebörden av studierna. Även om författaren försökte undvika missförstånd och misstolkningar genom att fråga utomstående vad de ansåg att texten i artiklarna innebar, finns alltid en risk för tolkningsfel när författaren översätter artiklarnas text. En faktor som höjer studiens trovärdighet är att författaren tagit hjälp av utomstående vid analysen av de olika studierna. Därmed har risken att fastna i ett spår vid analysen minskat.

Om sökningarna gjorts på flera databaser och med andra eller fler sökord hade eventuellt fler studier hittats. Om man då hade hittat fler artiklar med samma resultat som de artiklar som redan hittats, kunde detta styrkt litteraturstudiens resultat. På så vis hade tillförlitligheten i litteraturstudien ökat (Polit & Beck, 2008). Det kunde också ha lett till att fler olikheter och olika uppfattningar kommit fram i litteraturstudiens resultat. Vidare hade skillnader i upplevelser och hantering av bipolär sjukdom i olika länder och kulturer eventuellt visat sig tydligare om studier på andra språk hade använts.

Studiens verifierbarhet styrks av att författaren har refererat till- och tydligt beskrivit vilken mall som använts för att granska artiklarnas kvalitet samt hur denna är uppbyggd (Polit & Beck, 2008). Författaren har även beskrivit vilka frågor som tagits bort från granskningsmallen samt hur man tagit ställning till om kvaliteten på artiklarna var hög eller låg, vilket höjer verifierbarheten ytterligare. I beskrivningen av analysen framgår att författaren analyserat med inspiration av Fribergs innehållsanalys (Friberg, 2006). Detta kan tyckas vara lite oklart och kan därmed sänka litteraturstudiens verifierbarhet till viss del. Dock

har en tydlig beskrivning av författarens tillvägagångssätt gjorts vilket höjer verifierbarheten i litteraturstudien något samt ökar tillförlitligheten och trovärdigheten i studien (Polit & Beck, 2008).

Trots att författaren tydligt har beskrivit tillvägagångssättet vid analysen av artiklarna kan innehållet i de olika studierna tolkas på olika sätt. Därför kan en tydlig beskrivning av tillvägagångssättet aldrig garantera att tolkningen av analysen inte hade blivit annorlunda om någon annan gjort den. Om en annan författare hade gjort samma studie igen hade troligtvis ett liknande resultat framkommit, men kanske med en annan vinkling utifrån hur artiklarnas resultat och den informationen som tagits ut ur artiklarna, tolkats.

Då studierna som användes i denna litteraturstudie innefattade personer med olika typer av bipolär sjukdom anses litteraturstudiens resultat vara överförbart till personer med alla typer av bipolär sjukdom (Forsberg & Wengström, 2008). Då de flesta studierna i artiklarna som använts till detta arbete är utförda i den så kallade västvärlden, Sverige, Canada, Irland, USA, England, Australien och Nya Zeeland, anser författaren att litteraturstudiens kan överföras till personer med bipolär sjukdom i västvärlden. Detta då kraven från samhället och kunskapen om sjukdomen eventuellt ser annorlunda ut i västvärlden än i en del utvecklingsländer.

Resultatets kulturella överförbarhet kan diskuteras. Då studierna som använts till litteraturstudien gjorts i länder där kulturerna är olika och i länder som är mångkulturella kan den kulturella överförbarheten ses som ganska bred. Författaren har till exempel använt sig av en studie gjord i Hong- Kong som visar ett annat sätt att se på och hantera bipolär sjukdom. Trots detta kan man anta att många kulturer missats och att man därmed inte kan säga att resultatet kan överföras till alla kulturer. Även resultatets överförbarhet till andra religioner kan ses som bred då det finns många olika religioner i de länder där studierna utförts. Dock går det inte att utläsa så mycket om de olika deltagarnas religiösa tillhörighet i de olika studierna. Därmed kan man inte garantera att religiösa skillnader finns hos de olika deltagarna. Detta gör att författaren anser att resultatets religiösa överförbarhet inte kan fastställas i denna litteraturstudie. Då båda könen fanns representerade i de olika artiklarna som använts, anser författaren att litteraturstudiens resultat är överförbart till både män och

kvinnor med bipolär sjukdom. Då alla deltagarna var över nitton år och det var ett brett intervall i de olika deltagarnas ålder (19-83), anser författaren att litteraturstudiens resultat kan överföras till vuxna i alla åldrar med bipolär sjukdom.

När författaren påbörjade litteraturstudien fanns en förförståelse om att personer som drabbats av bipolär sjukdom ansåg att det i hög grad påverkade deras liv negativt (Birkler, 2008). Författaren hade även en förförståelse om att personer som hade sjukdomen ansåg att det var svårt eller omöjligt att hantera den och att medicinering var det enda sättet att hantera sjukdomen med. För att undvika att denna förförståelse skulle påverka litteraturstudiens resultat försökte författaren hela tiden var medveten om sin förförståelse och försökte även vara extra öppen för studier som motbevisade den. På så vis minskade risken för att författarens förförståelse skulle påverka litteraturstudiens resultat. Något som tyder på att förförståelsen satts åt sidan är att det i litteraturstudiens resultat dels visade sig att det fanns de personer med bipolär sjukdom som kunde se positiva effekter av sin sjukdom. Vidare visade det sig i litteraturstudiens resultat att personer med bipolär sjukdom hade en rad olika strategier och hjälpmedel utöver sina mediciner som kunde hjälpa dem att må bra i sin sjukdom.

## *Resultatdiskussion*

Följande huvudfynd från litteraturstudiens resultat kommer att diskuteras:

- svårigheterna kring att acceptera diagnosen bipolär sjukdom och att motivera sig till medicinering.
- sjukdomens påverkan på självkänslan
- stigmatisering till följd av bipolär sjukdom
- upplevda behov av acceptans, kunskap och stöd i sin sjukdom för att öka möjligheterna att hantera den.

Fynden kommer att diskuteras med anknytning till Antonowskys teori om KASAM.

Begreppet KASAM innebär känsla av sammanhang och togs fram av Antonowsky 1970.

Antonowsky menade att en människa aldrig är antingen frisk eller sjuk utan rör sig hela tiden mellan dessa två tillstånd. Han menade att KASAM var det som avgjorde var på denna skala man befann sig. Begreppet KASAM består av tre delar:



- Begriplighet- som innebär att en person som drabbas av motgångar ser dessa som förutsägbara, begripliga och strukturerade.
- Hanterbarhet- vilket innefattar huruvida personen som drabbas av en motgång har resurser till sitt förfogande för att klara av en motgång eller inte. Dessa resurser kan vara saker som personen själv kan påverka, men det kan också vara olika resurser från andra i omgivningen.
- Meningsfullhet- innebär huruvida en utmaning man möts av upplevs vara värd att investera sitt engagemang och sin energi i. Det vill säga om man har motivation till att ta sig an problemet man möts av (Antonowsky, 1991).

Ett centralt fynd som framkom i denna litteraturstudie var att det kunde upplevas svårt för personer med bipolär sjukdom att hantera att få sin diagnos och därvid behöva medicinera varje dag. Litteraturstudiens resultat visade att många personer med bipolär sjukdom hade svårt att acceptera att det hade sjukdomen. Vidare framkom det att ett flertal hade svårt att motivera sig till att ta sina mediciner. Detta då de upplevde att de förlorade sin identitet och sin autonomi, men också var oroliga över medicinens bieffekter. Det framkom att relationen till sjukvårdspersonalen var en viktig faktor för huruvida personerna fortsatte sin behandling eller inte.

Detta resultat styrks av en studie som Clatworthy, Bowskill, Rank & Horne, har gjort (2007). Denna studie tar upp att personer med bipolär sjukdom har svårt att motivera sig till att fullfölja sin behandling och medicinering på grund av att de är rädda för bieffekter, inte anser eller förstår att de behöver ta mediciner eller för att de inte har accepterat sin sjukdom (a.a). Detta resultat styrks också av studien gjord av Sajatovic et al. (2011) som belyser problematiken kring att motivera personer med bipolär sjukdom till behandling. Även denna studie tar upp att anledningen till att personer med bipolär sjukdom kan uppleva det svårt att motivera sig till behandling kan vara att de upplever rädsla för medicinens bieffekter, att de förnekar sitt sjukdomstillstånd eller saknar insikt i sin sjukdom. Utöver detta tar studien också upp att en anledning till att personerna saknar motivation till behandling kan vara att de

upplever minskat stöd från sin omgivning (a.a). Även detta styrker litteraturstudiens resultat om att en bra relation till sjukvårdspersonalen är viktig för att personerna ska fortsätta sin behandling.

Denna problematik kring att acceptera sin sjukdom och att få motivation till att fullfölja sin behandling kan även knytas an till Antonowskys teori om KASAM (Antonowsky, 1991). Man kan utifrån resultatet i denna litteraturstudie ana att de som har svårt att acceptera sjukdomen och att motivera sig till behandling upplever en låg grad av KASAM. Detta då det utifrån resultatet går att utläsa att de upplever minskad grad av både begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (a.a). Att personerna har svårt att acceptera sin sjukdom kan ses som att de har en låg grad av begriplighet. Detta då det kan vara svårt att förklara för sig själv och begripa varför man fått sjukdomen och att man då istället väljer att förneka sin sjukdom. Vidare kan man ana att dessa personer känner en lägre grad av hanterbarhet. Detta då det i resultatet framgick att personerna ansåg att en bra relation till sjukvårdspersonal var viktigt för att behandlingen skulle upprätthållas. Resultatet kan tolkas som att eftersom personerna själva inte har de resurser som krävs för att klara av att acceptera sin sjukdom och upprätthålla sin behandling har de mindre hanterbarhet. Det krävs därför en bra relation med sjukvårdspersonalen som resurs. Om de däremot inte har en bra relation till vårdpersonalen kan hanterbarheten istället sjunka. Slutligen kan det utifrån detta resultat även anas att personernas problematik kring att acceptera sin sjukdom och att fullfölja sin behandling beror på att de känner en minskad grad av meningsfullhet. Då personerna känner att de förlorar sin autonomi och identitet när de medicinerar och samtidigt är rädda för medicinens bieffekter kan det vara svårt att vilja lägga sin energi och sitt engagemang på att försöka motivera sig till medicinering. Därmed upplevs även en minskad grad av meningsfullhet.

Författaren anser att det är viktigt att sjukvårdspersonal försöker få kunskap om den problematik som finns hos personer med bipolär sjukdom vad gäller acceptans av sjukdomen samt motivation till behandling. Det är viktigt dels att de blir medvetna om att problematiken finns, men även att de får kunskap om vad orsakerna kan vara till att personerna inte accepterar sin sjukdom eller inte vill fortsätta sin behandling. Denna kunskap ger personalen möjligheter att öka individernas grad av KASAM och därmed även möjlighet att hjälpa

patienterna att acceptera sin sjukdom samt öka deras motivation för behandling. Genom att uppnå detta kan risken för återfall i patienternas sjukdom minska. Detta i sin tur, ökar troligtvis möjligheterna för patienterna att hantera sin sjukdom själv och därmed få en känsla av autonomi och självständighet i sin sjukdom.

Ett annat fynd som framkom i denna litteraturstudie var att bipolär sjukdom upplevdes påverka självkänslan hos de personer som fått diagnosen. I litteraturstudiens resultat framkom det att många personer med bipolär sjukdom upplevde att deras självkänsla påverkats negativt på grund av att de såg sig själva och sina liv som misslyckade och bristfälliga till följd av sjukdomen och dess symtom. Ett sådant misslyckande kunde till exempel vara att man upplevde en minskad självständighet. Det framkom också att sjukdomen och dess symtom innebar en stor påverkan på personens vardag. Denna påverkan på vardagen sågs som en påminnelse om de begränsningar som sjukdomen innebar och ledde till en osäkerhet på sig själv vilket i sin tur ansågs påverka självkänslan negativt. En annan faktor som visade sig påverka personens självkänsla var den skuld och skam som uppkom när de i sina ”friska” perioder kom på vad de gjort mot sina vänner och sin familj under de perioder då de mått sämre i sin sjukdom. Detta resultat, att bipolär sjukdom påverkar personens självkänsla, inte bara när de har symtom utan även när de har bättre perioder, styrks av en studie som Knowles, Tai, Jones, Highfield, Morris & Bentall har gjort (2007). I denna studie framkommer det att förutom att självkänslan påverkas till följd av symtomen i sjukdomen, är självkänslan också påverkad i de perioder i sjukdomen då symtomen avtagit eller är helt borta (a.a).

Vidare kan även detta resultat styrkas genom Antonowskys teori om KASAM (Antonowsky, 1991). Detta då det utifrån resultatet kan anas att anledningen till att personer med bipolär sjukdom upplever en förändrad självkänsla är att de upplever en minskad grad av framför allt hanterbarhet och begriplighet till följd av sjukdomen och dess symtom och därmed upplever en minskad grad av KASAM. Anledningen till att den förändrade självkänslan kan ses som en effekt av minskad hanterbarhet är, att den påverkan sjukdomen och dess symtom har på synen på sig själv, troligtvis beror på att man upplever att man inte har resurser till att förutse och

hantera sjukdomen och dess symtom i vardagen. Samtidigt har personen inte någon hög grad av begriplighet då han/hon inte kan få förståelse för hur man ska ta sig an symtomen i sin sjukdom så att de inte påverkar vardagen och självkänslan.

Att bipolär sjukdom påverkar självkänslan är något som författaren till denna litteraturstudie anser är av stor vikt för sjukvårdspersonal att ha i åtanke när de möter denna patientgrupp. Inte minst för att hjälpa dessa personer att se sin situation ur ett mer salutogent perspektiv och på så vis få dem att inte bara se det sjuka och problemen utan fokusera på det som är positivt i sjukdomen och i deras personlighet (Antonowsky, 1991). På så vis kan sjukvårdspersonalen förhoppningsvis bidra till att förbättra personernas självkänsla i den mån det är möjligt.

Ett annat fynd som framkom i litteraturstudiens resultat var att personer med bipolär sjukdom upplever stigmatisering till följd av sin sjukdom. Det framgick att personer med bipolär sjukdom upplevde att deras sjukdom sågs som något negativt i samhället. Detta ledde till att många med bipolär sjukdom lät bli att berätta för någon att de hade sjukdomen eller bara berättade för några få. Stigmatiseringen i samhället innebar också att de upplevde stigmatisering i samband med arbete. De ansåg att den påverkade deras möjligheter att få anställning och att den också ledde till degradering i arbetet och påverkade deras karriär negativt. Detta resultat styrks av en studie gjord av Thomé et al. (2012). Denna studie visar dels att personer med bipolär sjukdom upplever stigmatisering, men den visar även ett samband mellan stigmatisering och minskad funktion hos personer med bipolär sjukdom. Det visade sig att ju högre grad av stigmatisering personer med bipolär sjukdom upplevde, desto sämre funktion fick de (a.a). En tanke som slog författaren när detta framkom var vad som var orsak och vad som var verkan i denna fråga. Är det stigmatiseringen som sänker funktionen hos personen med bipolär sjukdom eller den sänkta funktionen till följd av att personen har bipolär sjukdom som ger upphov till stigmatiseringen? Oavsett vilket, anser författaren att detta lätt kan bli en ond cirkel i personernas arbetsliv och i deras liv i stort. Denna eventuella onda cirkel måste man försöka bryta genom att minska stigmatiseringen gentemot personer med bipolär sjukdom.

Författaren menar att även detta fynd om stigmatisering i samhället och arbetslivet kan kopplas till Antonowskys teori om KASAM (Antonowsky, 1991). Personer med bipolär sjukdom kan anses ha minskad grad av meningsfullhet då de låter bli att berätta eller bara berättar för några att det har bipolär sjukdom. Detta då anledningen till att de inte berättar troligtvis är att de upplever att det inte är någon mening då folk bara kommer att se dem på ett annorlunda sätt om de berättar om sin sjukdom. Problematiken kring den upplevda stigmatiseringen kan även kopplas till minskad grad av hanterbarhet då personerna troligtvis låter bli att berätta om sin sjukdom på grund av att de känner att de inte har tillräckliga resurser för att då kunna bemöta och hantera de svårigheter de möts av i samhället. På så vis kan antas att personer med bipolär sjukdom upplever en minskad grad av KASAM (a.a) till följd av stigmatisering.

Författaren anser att det är av stor vikt att sjukvårdspersonal har detta fynd i åtanke när de möter personer med bipolär sjukdom. Genom att vara medveten om att dessa personer upplever sig stigmatiserade kan man som sjukvårdspersonal dels minska riskerna för att de upplever stigmatisering i vården, men även ge dem verktyg till att klara av att bemöta den upplevda stigmatiseringen i samhället bättre. Författaren anser vidare att det är viktigt att även gå utanför sjukvårdens dörrar och försöka nå ut med information om bipolär sjukdom till så många samhällsmedborgare som möjligt för att på så vis undvika stigmatisering gentemot dessa personer.

Ett annat fynd som framkom i litteraturstudiens resultat var att personer med bipolär sjukdom upplevde att för att kunna hantera sin sjukdom och må bra med den krävdes det att man accepterade den, fick kunskap och insikt i sin sjukdom, och att man fick stöd från familj och vänner. Av litteraturstudiens resultat framgick att många personer med bipolär sjukdom ansåg att om man klarade av att acceptera sin sjukdom hade man större möjligheter att själv kunna hantera den. Vidare ansågs det att för att kunna hantera sjukdomen krävdes det att man fick kunskap om sin sjukdom. Genom ökad kunskap ökade både förståelsen för- och vaksamheten på sjukdomen och dess symtom. På så sätt ansågs sjukdomen bli lättare att handskas med. Vidare menade många att deras kunskap om sjukdomen gav en ökad insikt i den egna sjukdomsbilden men även bidrog till uppfattningen att personernas närstående behövde få

vetskap om sjukdomen. Genom att låta närstående få kunskap om sjukdomen och låta dem ta del av den kunskap personerna själva hade om sin bipolära sjukdom, upplevde de att de kunde få stöd och hjälp från sina närstående för att må bra i sin sjukdom.

Detta resultat styrks av att socialstyrelsen i sina riktlinjer för vård av personer med bipolär sjukdom skriver att det är viktigt att utbilda både patienter och deras närstående om sjukdomen. Detta för att öka patientens stöd från närstående, förbättra patientens förmåga att fungera i vardagen och minska risken för återinsjuknande (Socialstyrelsen 2010). Resultatet styrks ytterligare av en studie som Sajatovic, Davies, & Hrouda (2004) har gjort. Denna studie visade att om utbildning gavs till personer med bipolär sjukdom och deras närstående om medicinerna och deras för- och nackdelar, hur man blev vaksam på sin sjukdom och hur man hanterade sin sjukdom själv, ökade följsamheten i personernas behandling.

Författaren anser att även detta resultat kan styrkas med Antonowskys teori om KASAM (Antonowsky, 1991). Detta då man genom att få ökad acceptans, kunskap och insikt i sin sjukdom samt stöd från anhöriga kan öka graden av KASAM i sitt liv trots sin sjukdom. För det första kan anas att acceptans, kunskap och insikt i sjukdomen samt stöd från anhöriga, leder till ökad grad av begriplighet för patienten. Detta då man genom dessa faktorer kan förutse de problem, det vill säga symtomen, som är på väg. När dessa infinner sig upplevs de som begripliga då man genom sin kunskap och insikt i sjukdomen kan förstå att det är en effekt av denna. Vidare kan anas att personerna även får en ökad grad av hanterbarhet i sitt liv med sjukdomen om han/ hon får acceptans, ökad kunskap och insikt i sin sjukdom samt får stöd från närstående. Detta då personen troligtvis upplever att dessa faktorer ger honom/henne tillräckliga resurser för att kunna hantera de prövningar som han/hon möts av i sin sjukdom. Dessa resurser kan då dels vara kunskap och insikt i sjukdomen men även resurser i form av ett stöttande nätverk runt omkring sig med vilka man kan prata om sin sjukdom. Personerna i detta nätverk kan även hjälpa till att se tecken på symptom och på så vis undvika att dessa bryter ut helt. Slutligen kan anas att acceptans, kunskap och insikt i sjukdomen samt stöd från anhöriga kan öka meningsfullheten hos personer med bipolär sjukdom. Detta då man genom acceptans, kunskap och insikt får ökad förståelse för att sjukdomen och dess symptom är värda att lägga energi och engagemang i och att man därmed kan få möjlighet att må så bra som

möjligt. Även stöd från anhöriga kan öka meningsfullheten i personens liv med sjukdomen. Detta då man troligtvis känner ökad motivation att bemöta de svårigheter som sjukdomen innebär om man känner att man har stöd från sina närstående.

Eftersom Socialstyrelsen redan tagit upp vikten av att utbilda patienter och deras anhöriga för att personer med bipolär sjukdom ska må så bra som möjligt, finns troligtvis denna kunskap redan ute i vården. Författaren anser dock att det inte bara är av vikt att sjukvården utbildar patienterna och deras anhöriga utan att vårdpersonal även har i åtanke att informationen måste anpassas efter varje individs behov. Det är av stor vikt att man som sjukvårdspersonal inte bara ger patienten allmän information om sjukdomen och sedan hänvisar till stödgrupper eller dylikt. Man bör istället vara lyhörd för patientens frågor och problem kring sjukdomen och anpassa informationen utifrån dessa. Författaren anser vidare att det även är viktigt att försöka se om patienten har någon närstående att ta hjälp ifrån för att på så sätt öka möjligheterna att han/hon ska må så bra som möjligt med sin sjukdom. Om denna möjlighet inte finns måste kanske sjukvården lägga lite extra tyngd på att patienten får stöd och någon att prata med. Om patienten däremot har närstående som kan vara till hjälp i hanteringen av sjukdomen är det viktigt att man involverar dem i vården. Till exempel kan man försöka få med dem ibland när patienten har möten med sjukvårdspersonal. På så vis bidrar man till att närstående får förståelse för sjukdomen och på så vis lättare kan stötta personen det gäller i sin sjukdom.

## *Konklusion.*

Resultatet i denna litteraturstudie visar att bipolär sjukdom är en komplex sjukdom som påverkar många olika aspekter av livet hos de personer som drabbats av den. Det framgår också att varje individ har sitt sätt att hantera sjukdomen på vilket ökar dess komplexitet ytterligare. För att sjukvården ska kunna ge så god och individanpassad vård som möjligt till personer med bipolär sjukdom krävs det att de är lyhörda för varje individs livsvärld med sjukdomen (Birkler 2007), det vill säga hur personen upplever och hanterar sitt liv med sin sjukdom. Genom att vara lyhörd för patientens behov och anpassa vården efter dessa kan sjukvården bidra till att öka personernas KASAM (Antonowsky, 1991) och på så sätt troligtvis bidra till att han/ hon får en bättre copingförmåga (Brattberg, 2008) vilket förhoppningsvis även leder till att han/hon mår bättre med sin sjukdom. Då studiens resultat även visar att stöd från närstående är en viktig del i hur personer med bipolär sjukdom upplever och klarar av att hantera den, föreslår författaren vidare forskning på hur närstående till personer med bipolär sjukdom på bästa sätt kan stötta sina nära. Sådan forskning kan till exempel bedrivas genom att man intervjuar personer med bipolär sjukdom och deras närstående om vad de anser att närstående kan göra för att underlätta för sina nära i deras situation. Detta skulle troligtvis generera mycket kunskaper tillbaka till vårdande personal. För närstående skulle det också innebära en känsla av delaktighet och en trygghet i att vara en del av den vårdande processen och kunna bidra till ny kunskap.



## Referenser

- Allgulander, C. (2008). *Introduktion till klinisk psykiatri*. Lund: Studentlitteratur
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur
- Birkler, J. (2008). *Vetenskapsteori*. Stockholm: Liber
- Brattberg, G. (2008). *Att hantera det ohanterbara – om coping*. Stockholm: Värkstaden
- Chadwick, P. Kaur, H. Swelam, M. Ross, S. Ellett, L. (2011). Experience of mindfulness in people with bipolar disorder: A qualitative study. *Psychotherapy Research* 21(3), 277-285 \*
- Clatworthy, J. Bowskill, R. Rank, T. Parham, R. Horne, R. (2007). Adherence to medication in bipolar disorder: A qualitative study exploring the role of patients' beliefs about the condition and its treatment. *Bipolar Disorders*, 9(6), 656-664.
- Crowe, M. Inder, M. Carlyle, D. Wilson, L. Whitehead, L. Panckhurst, A. O'Brien, A. Joyce, P. (2012). Feeling out of control: a qualitative analysis of the impact of bipolar disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 19, 294-302\*
- Dahlqvist Jönsson, P. Wijk, H. Skärsäter, I. Danielsson, E. (2008). Persons living with bipolar disorder- Their view of the illness and the future. *Issues in Mental Health Nursing* 29, 1217-1236 \*
- E. Michalak, E. N. Yatham, L. Kolesar, S. W. Lam, R. (2006). Bipolar disorder and quality of life: A patient- centered perspective. *Quality of life research* 15, 25-37\*
- E. Pollack, L. Aponte, M. (2001). Patients' perceptions of their bipolar illness in a public hospital setting. *Psychiatric Quarterly*. 2(72), 167-179.\*
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur

Friberg, F (red) (2006). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur

G. Proudfoot, J. B. Parker, G. Benoit, M. Manicavasagar, V. Smith, M. Gayed, A. (2009). What happens after diagnosis? Understanding the experiences of patients with newly-diagnosed bipolar disorder. *Health Expectations* 12, 120-129\*

J. Russell, S. L. Browne, J. (2005). Staying well with bipolar disorder. *Australian and New Zealand Journal of psychiatry*. 39, 187-193\*

Knowles, R. Tai, S. H. Jones, S. Highfield, J. Morriss, R. Bentall, R. (2007). Stability of self-esteem in bipolar disorder: Comparisons among remitted bipolar patients, remitted unipolar patients and healthy controls. *Bipolar Disorders*, 9(5), 490-495

Lim, L. Nathan, P. O'Brien- Malone, A. Williams, S. (2004). A qualitative approach to identifying psychosocial issues faced by bipolar patients. *The journal of nervous and mental disease*. 12(192), 810-817\*

Murray, G. Suto, M. Hole, R. Hale, S. Amari, E. E. Michalak, E.(2011). Self-management strategies used by "high functioning" individuals with bipolar disorder: from research to clinical practice. *Clinical psychology and psychotherapy* 18, 95-109\*

O'Leary, E. C. Page, Richard. Jenkins, J. (2000). The awareness of mania as reported by bipolar persons. *Psychology* 4(27), 42-47\*

Parker, G. Paterson, A. Fletcher, K. Blanch, B. Graham, R. (2012). The "magic button question" for those with a mood disorder- Would they wish to re-live their condition? *Journal of affective disorders* 136, 419- 424\*

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. London: Lippincott Williams & Wilkins.

Rusner, M. Carlsson, G. Brunt, D. Nystöm, M. (2009). Extra dimensions in all aspects of life- the meaning of life with bipolar disorder. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 4, 159-169\*

Röda Korsets Högskola. (2005). *Värdera och referera, APA: Vad är en vetenskaplig artikel?* Hämtad 4 oktober, 2012, från Röda Korsets Högskola,

[http://www.rkh.se/?page\\_id=483](http://www.rkh.se/?page_id=483)

Sajatovic, M. Davies, M. R. Hrouda, D (2004). Enhancement of treatment adherence among patients with bipolar disorder. *Psychiatric Services*, 3 (55), 264

Sajatovic, M. H. Jenkins, J. Safavi, R. A. West, J. A. Cassidy, K. J. Meyer, W. R. Calabrese, J. (2008). Personal and societal construction of illness among individuals with rapid- cycling bipolar disorder: A life- trajectory perspective. *Am J Geriatr. Psychiatry*. 16 (9), 718-726\*

Sajatovic, M. Levina, J. Fuentes-Casiano, E. A. Cassidy, K. Tatsuoka, C. H. Jenkins, J. (2011). Illness experience and reasons for nonadherence among individuals with bipolar disorder who are poorly adherent with medication. *Comprehensive Psychiatry* 52, 280-287.

Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010- Stöd för styrning och ledning*. Hämtad 17 december, 2012, från Socialstyrelsen,

<http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/17948/2010-3-4.pdf>

Suto, M. Murray, G. Hale, S. Amari, E. E. Michalak, E. (2010). What works for people with bipolar disorder? Tips from the experts. *Journal of affective disorders* 124, 76-84\*

Thomé, E. S. Dargél, A. A. Migliavacca, F. M. Potter, W. A. Jappur, D.M.C. Kapczinski, F. Ceresér, K. M. (2012). Stigma experiences in bipolar patients: The impact upon functioning. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 19 (8), 665-671.

Wang, G. Tse, S. E. Michalak, E. (2009). Self- management techniques for bipolar disorder in a sample of New Zealand Chinese. *International journal of therapy and rehabilitation* 11(16), 602-608\*

## Bilaga 1

### Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (t.ex. fritext, abstract, nyckelord, MESH-term)	Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
121108	PsycINFO	Bipolar disorder and experience and qualitative	Peer reviewed, English, Age group: Adulthood (18 yrs and older) Population: Human	Abstract (bipolar disorder) Abstract (experience) All fields (qualitative)	37	Studierna hade annat perspektiv, handlade om andra sjukdomar, substansanvändning i samband med bipolär sjukdom, träning med personer med bipolär sjukdom, medicinföljsamhet, orsak till sjukdom, behandlingsmetoder, upplevelser specificerat till utbrottet av sjukdomen eller specificerat till upplevelse av stigmatisering, föräldraskap och bipolär sjukdom m.m. En studie exkluderades då personer under 18 år intervjuats vilket ej passade in på litteraturstudiens inklusionskriterier	8

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (t.ex. fritext, abstract, nyckelord, MESH-term)	Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
121108	PsycINFO	Bipolar disorder- and living with- and qualitative	Peer reviewed, English, Age group: Adulthood ( 18 yrs and older) Population: Human	Abstract (bipolar disorder) Abstract (living with) All fields (qualitative)	12	Studierna berörde substansanvändning, återhämtning, anhörigperspektiv , HIV och bipolär sjukdom, andra domäner än patientdomänen eller fanns i tidigare sökning.	1
121108	PsycINFO	Bipolar disorder- and quality of life- and qualitative	Peer reviewed, English, Age group: Adulthood ( 18 yrs and older) Population: Human	Abstract ( bipolar disorder) Abstract (quality of life) All fields ( qualitative)	16	Studierna handlade om bipolär sjukdom och arbetsfunktion, bipolär sjukdom och livskvalitet, bipolär sjukdom och sluta röka, behandlingsmetoder, andra domäner än patientdomänen, uppfattning om behandlingsföljsamhet, andra sjukdomar än bipolär sjukdom, hur sen diagnos påverkar sjukdomen, eller fanns artiklarna i tidigare sökning.	2

<b>Datum</b>	<b>Databas</b>	<b>Sökord och boolesk operator</b> (and, or, not)	<b>Begränsningar</b>	<b>Typ av sökning</b> (t.ex. fritext, abstract, nyckelord, MESH-term)	<b>Antal träffar</b>	<b>Motiv till exklusion av artiklar</b>	<b>Utvalda artiklar</b>
121108	CINAHL	Bipolar disorder- and coping- and qualitative	Peer reviewed, Human, English Language, Language: English Age group: all adult	Abstract (bipolar disorder) Abstract (coping) All text (qualitative)	3	Artiklarna handlar om en annan domän än patientdomänen eller finns i tidigare sökning.	1

## Bilaga 2

### Artikelöversikt

<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamlingsmetod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
Chadwick, P Kaur, H Swelam, M Ross, S Ellet, L England 2011	Experience of mindfulness in people with bipolar disorder: A qualitative study.	Att utforska upplevelser av att utföra mindfulness och hur detta påverkar deltagarnas förmåga att leva med och hantera bipolär sjukdom.	12 personer med diagnosen bipolär sjukdom som haft episod av depression eller mani inom det senaste året och upplevde att de hade svårt att hantera deras bipolära sjukdom. De skulle ha gått på minst fyra tillfällen med mindfulnessövningar. Datainsamlingsmetod: Kvalitativ, semistrukturerad intervju.	Tematisk analysmetod.	Deltagarna upplevde att mindfulness kunde leda till bättre fokusering på nuet och bredare medvetenhet i känslor och tankar, men att det var en stor utarmning att lyckas. De ansåg att mindfulness gjorde att de snabbare kunde märka förändringar i humöret och att dessa då inte blev så överväldigande och därmed lättare att hantera. Vidare ansåg de att mindfulness ledde till bättre acceptans av diagnosen och förändringar i humöret och bidrog till mer självacceptans. De upplevde det viktigt att anpassa övningarna till humöret. Mindfulness upplevdes även minska den negativa påverkan av sjukdomen t.ex. ängslan, oro, skuld m.m. och att man med hjälp av mindfulness kunde hantera negativa tankar bättre. Deltagarna upplevde sålunda att mindfulness till viss del kunde förebygga extrema humörsvägningar.	Hög då den svarade på 32 av 35 relevanta frågor i röda korsets granskningsmall.

<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamlingsmetod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
Crowe, M Inder, M Carlyle, D Wilson, L. Whitehead, L Panckhurst, A O'Brien, A Joyce, P Nya Zeeland 2012	Feeling out of control: a qualitative analysis of the impact of bipolar disorder.	Att undersöka hur bipolär sjukdom påverkar livet för personer diagnostiserade med denna sjukdom.	21 personer med bipolär sjukdom som fick vård på kommunal mental hälso- och sjukvård. Datainsamlingsmetod: Induktiv metod.	Tematisk analysmetod.	Deltagarna upplevde att bipolär sjukdom påverkade deras liv och självkänsla. Det upplevdes svårt att hantera symtomen och andras reaktioner på sjukdomen vilket gjorde att de fick en känsla av att vara utom kontroll. Många ansåg att sjukdomen gjorde det svårt att skaffa sig en uppfattning om sig själv. Upplevd stigmatisering gjorde att de blev restriktiva med vem de berättade om sin sjukdom för. Deras symtom påverkade beteendet vilket fick dem att känna att de inte hade kontroll över sjukdomen och sina liv. Medicinering och råd från sjukvården upplevdes som en förlust av autonomi. Denna upplevda förlust ledde till minskad självkänsla och en känsla av personligt misslyckande.	Hög då den svarade på 30 av 35 relevanta frågor i röda korsets granskningsmall



<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamlingsmetod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
Dahlqvist Jönsson, P Wijk, H Skärsäter, I Danielsson, E Sverige 2008	Persons living with bipolar disorder- Their view of the illness and the future.	Att beskriva vad det innebär att leva med bipolär sjukdom baserat på individers syn på sjukdomen och framtiden.	Deltagarna var 18 personer som hade diagnosen bipolär sjukdom och behandlades i öppenvården. Datainsamlingsmetod: kvalitativ intervju.	Kvalitativ innehållsanalys.	Att acceptera sjukdomen kunde ta lång tid men om man lyckades var den lättare att hantera och leva med. Deltagarna upplevde även att sjukdomen ledde till att man blev osäker på sig själv och att man hade en strävan efter att förstå sjukdomen och kunna förklara symtomen både för sig själv och för andra. Om man fick ökad kunskap och förklaringar till sin sjukdom var den lättare att hantera. Vissa av deltagarna hade negativ framtidstro av olika anledningar medan andra hade positiv framtidstro.	Hög då den svarade på 30 av 35 relevanta frågor i röda korsets granskningsmall

<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamlingsmetod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
E. Michalak, E N. Yatham, L Kolesar, S W. Lam, R Canada 2006	Bipolar disorder and quality of life: A patient-centered perspective.	Beskriva patientens upplevelse av hur bipolär sjukdom påverkar livskvaliteten.	Personer med bipolär sjukdom som vårdas i öppenvården, var ineliggande eller deltog i olika stödgrupper, familjemedlemmar till personer med bipolär sjukdom, vårdare med erfarenhet av vård av personer med bipolär sjukdom och experter på bipolär sjukdom. Datainsamlingsmetod: kvalitativa intervjuer.	Kvalitativ dataanalysmetod.	En del upplevde att rutin var en viktig faktor för att kunna hantera sjukdomen. Andra uttryckte svårigheter att hantera ett strukturerat liv och föredrog flexibilitet. Regelbundna mat- och sömnvanor var viktiga för att må bra. Vissa upplevde att social support och socialt nätverk var viktigt för att få hjälp att se varningssignaler i sjukdomen. Sjukdomen upplevdes leda till stigmatisering i arbetet. En del menade också att stigmatisering i sjukvården var ett problem. De upplevde att sjukdomen påverkade självkänslan och identiteten och att den även påverkade sociala och intima relationer. Det upplevdes svårt att skilja på vad som var riktiga upplevelser och vad som var sjukdom. För vissa blev behovet av en religiös tro starkare när de var depressiva.	Hög då den svarade på 30 av 35 relevanta frågor i röda korsets granskningsmall

<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamlingsmetod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
E. Pollack, L Aponte, M USA 2001	Patients' perceptions of their bipolar illness in a public hospital setting.	Att beskriva uppfattningen om sjukdom hos personer inlagda på ett offentligt sjukhus för behandling av bipolär sjukdom.	15 patienter som var inneliggande på sjukhus för sin bipolära sjukdom från olika etniska grupper. Datainsamlingsmetod: kvalitativ, strukturerad intervju.	Tematisk innehållsanalys.	Det upplevdes ta lång tid att identifiera och acceptera sjukdomen och i början fanns oftast förnekelse, ilska och förtvivlan vilket ledde till minskad behandlingsföljsamhet. Sjukdomen upplevdes skada självidentiteten. En del menade att det inte räckte att få medicin och möten med en psykiatriker för att klara av sjukdomen. Många upplevde att de kände sig bortkopplade från andra och att de inte kunde uppfylla sina drömmar. Några upplevde att medicin hjälpte dem att kontrollera sjukdomen men en del av deltagarna menade att det fanns ytterligare saker man kunde göra, t.ex. kontrollera och utbilda sig själv, hantera stress, ha kontakt med sin läkare eller delta i religiösa aktiviteter.	Hög då den svarade på 31 av 35 relevanta frågor i röda korsets granskningsmall

<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamlingsmetod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
G. Proudfoot, J B. Parker, G Benoit, M Manicavasagar, V Smith, M Gayed, A Australien 2009	What happens after diagnosis? Understanding the experiences of patients with newly-diagnosed bipolar disorder.	Att utforska de upplevelser och svårigheter som patienter möter efter att de fått diagnosen bipolär sjukdom.	26 personer med nydiagnostiserad bipolär sjukdom (fått diagnosen inom de senaste 12 månaderna) som kommunicerar med en informerad stödperson över internet. Datainsamlingsmetod: Kvalitativ metod.	Fenomenologisk innehållsanalys.	Deltagarna upplevde oro för medicineringen och dess negativa bieffekter, men en del menade ändå att det var möjligt att uthärda dessa om de kände att medicinen hjälpte. Många upplevde oro dels för att inte kunna hantera symtomen men även inför att en ny episod skulle komma eller för vad diagnosen och medicineringen skulle innebära för deras självkänsla och identitet. Vissa kände misstro, chock, förnekelse och ilska över diagnosen. Andra kände lättnad över att ha fått diagnos och förklaring på varför man mådde som man gjorde. Många upplevde att det var viktigt att ha förmåga att känna igen utlösande faktorer och varningssignaler på sjukdomen för att få kontroll. Några upplevde att sjukdomen ledde till att de blev osäkra på om det de upplever var verkligt eller sjukdom.	Hög då den svarade på 30 av 35 relevanta frågor i röda korsets granskningsmall

<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamlingsmetod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
J. Russel, S L. Browne, J Australien 2005	Staying well with bipolar disorder.	Att utreda hur personer med bipolär sjukdom undviker episoder av sjukdomen och förblir bra. Studien undersöker också vilken roll personliga, sociala och omgivningsfak torer har i att hjälpa personer med bipolär sjukdom att förbli bra.	100 personer med bipolär sjukdom som förblev bra i sin sjukdom. Detta innebar att de inte skulle haft någon episod i sin sjukdom på minst två år. Datainsamlingsmetod: Kvalitativa semistrukturerade intervjuer och frågeformulär med öppna frågor .	Tematisk innehållsanalys.	Deltagarna upplevde att större kontroll över sjukdomen bidrog till mindre rädsla. De menade att erfarenheter man fick av sjukdomen och insikt i den ledde med tiden till mindre påverkan på livet. De ansåg det viktigt att episoderna i sjukdomen sågs som erfarenheter. Deltagarna upplevde att sjukdomen sågs som något negativt i samhället. Ett första steg i att klara av att hantera sin sjukdom var att få rätt diagnos och att acceptera den. Vissa upplevde att det var en lättnad att få diagnosen, andra fick en chock som ledde till förnekelse. Några menade att det var viktigt att vara medveten om sin sjukdom och att vara vaksam på hur man besvarade olika faktorer i sin omgivning. Detta för att kunna märka när det behövdes strategier för att undvika episoder i sjukdomen. Faktorer som deltagarna upplevde som viktiga för att må bra var bl.a.: hälsosam mat, träning, rätt mediciner och stöttande nätverk. Viktig var att göra en plan för vad som skulle göras om tidiga varningstecken upptäcktes.	Hög då den svarade på 28 av 35 relevanta frågor i röda korsets granskningsmall

<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamlingsmetod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
Lim, L Nathan, P O'Brien - Malone, A Williams, S Australien 2004	A qualitative approach to identifying psychosocial issues faced by bipolar patients.	Att använda en klient-fokuserad undersökning för att identifiera de psykosociala frågorna och svårigheter som bipolära patienter möter.	18 personer med bipolär sjukdom typ 1 som vårdas inom öppenvården. Datainsamlingsmetod: kvalitativa intervjuer eller fokusgrupp diskussioner med öppna frågor.	Fenomenologisk dataanalys.	Deltagarna upplevde sig vara ostabila till följd av att sjukdomens påverkan på humöret. De upplevde att återhämtningen efter en episod kunde ta lång tid och bidra till osäkerhet och instabilitet. Sjukdomens symtom upplevdes leda till stora omvälvningar i livet och episoderna upplevdes som avbrott som ofta resulterade i förstörda relationer, arbetslöshet m.m. Många kände sig hjälplösa och att de inte kunde påverka eller kontrollera sin sjukdom och sina episoder utan mediciner. Vissa upplevde att de inte kunde förutsäga sina episoder eller se tidiga varningstecken. Andra upplevde sig själva och sina liv som bristfälliga och misslyckande och kände minskat självförtroende. Vidare upplevde en del av deltagarna att de blev isolerade från samhället pga. sin sjukdom. Många upplevde att sjukdomen bidrog till stigmatisering. Svårigheterna i att få stabilitet i sitt humör och i sitt liv gav en känsla av hopplöshet inför framtiden.	Bra då den svarar på 27 av 35 relevanta frågor

<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamlingsmetod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
Murray, G Suto, M Hole, R Hale, S Amari, E E. Michalak, E Australien och Canada 2011	Self-management strategies used by "high functioning" individuals with bipolar disorder: From research to clinical practice.	Att ge en beskrivning av själv-hanteringsstrategier som anses som effektiva hos en grupp bra fungerande individer och utforska dessa resultat utifrån ett kliniskt perspektiv.	33 personer med diagnosen bipolär sjukdom som fungerade bra med sin sjukdom. Datainsamlingsmetod: Kvantitativa graderingsskalor och individuella kvalitativa intervjuer eller kvalitativ gruppintervju	Tematisk innehållsanalys.	Tillräcklig, regelbunden sömn, "vaken vila" och regelbunden sund mat var viktigt för att förbli välmående. Regelbunden träning och reflektiva och meditativa övningar ansågs också behjälpliga för att må bra. Dessa faktorer upplevdes ge rutiner som ledde till struktur i vardagen vilket gjorde att deltagarna kände sig balanserade. Det var viktigt att vara uppmärksam på sitt humör och sitt engagemang i de olika aktiviteterna så att eventuella förändringar upptäcktes. Genom denna självkontroll anpassade man aktiviteter efter sitt humör. En annan faktor som hjälpte deltagarna att må bra var mediciner. Det upplevdes viktigt att förstå sin sjukdom och att föra kunskapen vidare till sina nära för att få stöd och hjälp. Andra viktiga faktorer för att må bra var att ha positiva sociala möten och ha en bra relation till sin sjukvårdspersonal. Det ansågs även vara till hjälp att göra en plan för hur man själv och andra skulle agera om varningstecken började visa sig.	Hög då den svarade på 26 av 35 relevanta frågor i röda korsets granskningsmall

<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamlingsmetod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
O'Leary, E C. Page, R Jenkins, J Irland och Georgien 2000	The awareness of mania as reported by bipolar persons.	Att undersöka hur personer med bipolär sjukdom upplever mani.	4 personer med manisk version av bipolär sjukdom som medverkade i handledningsgrupp inom öppenvården. Datainsamlingsmetod: Intervju med en öppen fråga.	Fenomenologisk innehållsanalys.	Många upplevde att det var svårt att komma tillbaka till det vanliga livet efter en manisk episod . En del menade att det var svårt att känna igen symptom och varningstecken på mani. Andra ansåg att det var svårt att förstå vad som hände i perioderna. Trots detta menade en del att man i det undermedvetna visste vad som hände när man höll på att bli manisk. Deltagarna upplevde en känsla av att inte kunna hantera situationer och sina egna tankar. De upplevde sig själva som mer sociala och kommunikativa när de var maniska.	Hög då den svarade på 26 av 35 relevanta frågor i röda korsets granskningsmall.
Parker, G Paterson, A Fletcher, K Blanch, B Graham, R Australien 2012	The "magic button question" for those with a mood disorder- would they wish to re-live their condition?	Att fastställa några positiva aspekter på att leva med förstämningssj ukdom och indirekt ta reda på frågan: "om du kunde leva ditt liv igen, skulle du trycka på den magiska knappen för att uppleva ett liv utan en förstämningssj ukdom?"	335 personer med diagnosen bipolär sjukdom som blivit remitterade till en klinik där man erbjöds diagnostik och råd om hur man skulle hantera sin sjukdom. Datainsamlingsmetod: Kvalitativt frågeformulär.	Kvalitativ dataanalys.	Deltagarna upplevde att sjukdomen ledde till att de fick ökad empati, förhöjd kreati vitet och ökad självkänedom. De upplevde även att produktiviteten ökade när de var uppåt och att de var mer utåtriktade och sociala till följd av sjukdomen. Genom att försöka identifiera utlösande faktorer för sjukdomen och få kontroll över den som helhet upplevdes förståelsen öka.	Hög då den svarar på 32 av 35 relevanta frågor i röda korsets granskningsmall



<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamlingsmetod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
Rusner, M Carlsson, G Brunt, D Nyström, M Sverige 2009	Extra dimensions in all aspects of life- the meaning of life with bipolar disorder.	Att utforska den existentiella meningen med livet med bipolär sjukdom.	Tio personer med diagnosen bipolär sjukdom. Datainsamlingsmetod: kvalitativ intervju.	Fenomenologisk dataanalys.	Sjukdomen innebar upplevelser av annan intensitet. Denna upplevda intensitet ansågs bl.a. påverka graden av aktivitet hos deltagarna och leda till ökad känslighet för hur de runt omkring mår. Den upplevdes även leda till intensiva tankar och reflektioner som kunde göra det svårt att förstå sig själv och livet samt lätt medföra en känsla av att bli missförstådd. Det var viktigt att ha en nära relation till någon man hade förtroende för. Sjukdomen ledde till att relationer till andra påverkades, vilket orsakade stort lidande. Sjukdomen bidrog till en stark upplevelse av självförakt och besvikelse. Den upplevdes leda till bra självförtroende när personerna var uppåt men många kände sig i övrigt osäkra på huruvida de kunde lita på sig själva. Sjukdomen upplevdes vara sammanflätad med personligheten och därför hela tiden påverka livet. De menade att man genom att reflektera över sin sjukdom behöll kontakten med sig själva och därmed lättare kunde acceptera den.	Hög då den svarar på 29 av 35 relevanta frågor i röda korsets granskningsmall

<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamlingsmetod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
Sajatovic, M H. Jenkins, J Safavi, R A. West, J A. Cassidy, K J. Meyer, W R. Calabrese, J USA 2008	Personal and societal construction of illness among individuals with rapid-cycling bipolar disorder: A life- trajectory perspective.	Att undersöka den subjektiva upplevelsen av sjukdom hos 19 män och kvinnor med snabb-cykel bipolär sjukdom som får vård på en akademisk psykiatrisk klinik.	19 personer med snabb-cykel bipolär sjukdom som får vård på en akademisk psykiatrisk klinik. Datainsamlingsmetod: kvalitativ, semistrukturerad, öppen, intervju, kvantitativ graderingsskala och observationer.	Grounded theory-metod.	Deltagarna upplevde att sjukdomen ledde till social stigmatisering och många valde därför vilka de berättade om sjukdomen för. De menade att om man pratade om sin sjukdom med andra och fick stöd var det lättare att hantera den. En del av deltagarna upplevde att sjukdomen påverkade livet i stor utsträckning då den förstörde planer och gjorde det svårt att uppfylla mål. Andra upplevde att det var svårt att skilja sin identitet från sjukdomens identitet och att det därför var svårt att säga hur sjukdomen påverkade livet. En del upplevde även positiva effekter av sjukdomen, t.ex. ökad känslighet för hur andra mårde samt att de blev starkare som personer.	Hög då den svarade på 30 av 35 relevanta frågor i röda korsets granskningsmall

<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamlingsmetod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
Suto, M Murray, G Hale, S Amari, E E. Michalak, E Australien och Canada 2010	What works for people with bipolar disorder? Tips from experts.	Att sammanställa och kritiskt utvärdera själv- hanteringsstrat egier som används av bra fungerande personer med bipolär sjukdom.	32 personer med bipolär sjukdom som fungerade bra med sin sjukdom. Datainsamlingsmetod: Kvantitativa graderingsskalor och individuella semistrukturerade kvalitativa intervjuer eller kvalitativa intervjuer i grupp.	Tematisk innehållsanalys.	Deltagarna upplevde att tillräcklig och regelbunden sömn, ”vaken vila”, rätt anpassad träning, och regelbundna, sunda matvanor var viktigt för att må bra. Även olika reflektiva och meditativa övningar kunde vara till hjälp. Dessa faktorer upplevdes ge rutiner vilket ledde till mer struktur i livet och en känsla av stabilitet. Det upplevdes vara viktigt att vara observant på i vilken mån man ägnade sig åt de olika aktiviteterna så att eventuella varningstecken märktes. Att använda mediciner och själv kunna övervaka doseringen upplevdes viktigt för att förbli välmående. Det var viktigt att göra en plan som kunde följas om varningstecken upptäcktes. Deltagarna menade också att det var viktigt att lära sig om sin sjukdom för att få ökad förståelse. Genom att föra kunskapen vidare till sin familj kunde man få stöd och hjälp. Ett socialt nätverk och en bra relation till sjukvården upplevdes vara viktigt för att förbli bra.	Hög då den svarar på 31 av 35 relevanta frågor i röda korsets granskningsmall

<b>Författare Land År</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Urval Datainsamlingsmetod</b>	<b>Genomförande Analys</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kvalitet</b>
Wang, G Tse, S E. Michalak, E Nya Zeeland, Hong- Kong och Canada 2009	Self- management techniques for bipolar disorder in a sample of New Zealand Chinese.	Att betrakta hur Nya Zeeland- kineser med bipolär sjukdom hanterar deras tillstånd och återfår och upprätthåller välmående genom att använda själv- hanteringsstrat- egier.	9 personer med bipolär sjukdom med erfarenhet av att hantera bipolär sjukdom och kunskap om tillämpning av självhanteringsstrategie- r. Datainsamlingsmetod: individuella, kvalitativa intervjuer	Induktiv, kvalitativ, dataanalys.	Några deltagare menade att deras tro ledde till att de accepterade sin situation samt gav dem ökat hopp och en känsla av att aldrig vara ensamma. Vissa ansåg att det var viktigt att ha tålamod för att kunna hantera frustrationen och stressen som sjukdomen orsakade. Familjen upplevdes vara ett stort stöd som kunde hjälpa personerna att se det som var positivt men också att möta utmaningar och negativa effekter som sjukdomen medförde. En del menade att sjukdomen gjorde det svårt att ha intima relationer. Relationen till läkare kunde avgöra om de tog sina mediciner eller inte. En del av deltagarna upplevde det svårt att hantera stigmatisering vilket ledde till att de höll sin sjukdom hemlig. Andra menade att stigmatisering var något man skapade själv och att berätta om sjukdomen var bästa sättet att hantera den på.	Hög då den svarade på 30 av 35 relevanta frågor i röda korsets granskningsmall

## Bilaga 3

### Mall för granskning av vetenskapliga artiklar

Detta är ett hjälpmedel för att bedöma vetenskapliga artiklars kvalitet och användbarhet för Dina studiesyften. Besvara inte kriterierna med endast Ja eller Nej. Motivera alltid Din bedömning. Alla frågor är inte relevanta för alla artiklar.

<b>Börja med slutet!</b> <b>1. Konklusion och/eller diskussion.</b> (eng. Conclusion/discussion)	<b>Egna anteckningar</b>
Försök att inledningsvis skapa Dig en uppfattning om forskarens konklusioner och/eller diskussion. Det ger dig en utgångspunkt i den fortsatta läsningen. Det är viktigt att veta vad presentationen av artikeln ska leda till för att kunna bedöma relevansen i vad som representerar underlaget för forskarens argumentation.  <b>a) Vilka resultat dominerar diskussionen och/eller konklusionen?</b> b) Formulera Din uppfattning om konklusionen/diskussionen. Det kommer att vara en värdefull utgångspunkt i Din vidare läsning.	
<b>2. Syfte</b> (eng. Purpose, Aim)	
<b>a) Vad är syftet med studien/undersökningen?</b> b) Finns det några specifika frågeställningar formulerade? c) <b>Verkar det rimligt i förhållande till Din egen utgångspunkt?</b>	
<b>3. Bakgrund</b> (eng. Introduction, Background, Literature review, Conceptual framework)	
<b>a) Refererar författaren till tidigare forskning? Om ja, vilken?</b> <b>b) Presenteras en teori som utgör ramen för studien? Om ja, vilken/vilka?</b> <b>c) Finns viktiga termer och/eller begrepp definierade? Om ja, vilken/vilka?</b> <b>d) Förtydligas eller förklaras det i bakgrunden varför denna studie är nödvändig? Om ja, med vilka argument?</b> <b>e) Beskriver forskaren sin egen förförståelse eller sitt eget synsätt (viktigt i studier med kvalitativa data). Om ja, hur?</b> <b>f) Verkar bakgrunden rimlig i förhållande till Din egen utgångspunkt och författarens syfte?</b>	

Detta förstår jag inte:

---

---

<b>4. Metod</b> (eng. Method: Study setting, Sample, Participants, Procedure, Intervention)	
<p>a) Vilken typ av studie utfördes (ex. experiment. hermeneutisk textanalys)?</p> <p>b) I vilken miljö genomfördes studien ex. sjukhus, skola, laboratorium)?</p> <p>c) <b>Urval</b> (vem, vilka, vad undersöktes)? Beskrivs ev. försökspersoner, var de unika på något sätt eller “normaltyper”.</p> <p>d) Hur gick man tillväga för att välja deltagare/försökspersoner (ex. slumpmässigt urval, konsekutivt, strategiskt urval)?</p> <p>e) Hur många deltagare/försökspersoner ingick i studien?</p> <p>f) Erhölls godkännande från etisk kommitté? Beskrivs det hur försökspersonernas identitet skyddades och frivillighet garanterades?</p> <p>g) Hur gick datainsamlingen till (ex. mätningar, enkäter, intervjuer, observationer)?</p> <p>h) Verkar metoden för datainsamlingen och ev. val av försökspersoner rimliga och relevanta i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte?</p> <p>i) På vilket sätt <u>analyserades</u> materialet (statistiska metoder, begreppsanalys. viss tolkningsmetod etc)?</p> <p>j) Användes beskrivande statistik (tabeller, figurer, stapeldiagram etc) och/eller statistiska analyser? Om ja, vilka?</p> <p>k) Vid statistisk analys, vilka variabler undersöktes?</p> <p>l) Beskrivs hur validitet och reliabilitet (kvantitativa analyser), trovärdighet och överförbarhet (kvalitativa analyser) säkerställdes?</p> <p>m) Tycker Du att metodavsnittet ger en tydlig beskrivning av tillvägagångssättet? Skulle det vara möjligt att göra om (replikera) studien genom att följa metodbeskrivningen?</p> <p>n) Verkar metoden som helhet rimlig i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte? Finns det svagheter av betydelse för just Dina syften?</p>	

Detta förstår jag inte:

---



---



---

<b>5. Resultat</b> (eng. Results, Findings)	
<b>a) Beskriv resultaten av undersökningen.</b> b) Om statistiska analyser använts identifiera de resultat som är statistiskt signifikanta och ange signifikansnivån. c) Vid tolkande analyser, ange teman och/eller kategorier. Verkar resultaten logiska, tillförlitliga och trovärdiga?	
<b>6. Diskussion och/eller konklusion</b> (eng. Discussion, Conclusion, Implications for further research)	
<b>Läs nu diskussion och konklusion igen.</b> <b>a) Vilka slutsatser drar forskaren?</b> <b>b) Vilka begränsningar diskuterar forskaren?</b> <b>c) Räkna upp förslag på fortsatt forskning, forskarens och/eller egna.</b> <b>d) Verkar detta rimligt i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte?</b>	
<b>7. Innebörden av studien för den praktiska vården</b> (eng. Clinical implications, Implications for practice)	
<b>a) Vilka resultat kan ha betydelse för den praktiska vården enligt forskaren?</b> <b>b) Anser Du att resultaten är lämpliga att omsätta i praktiskt vårdarbete? Om ja, i vilken miljö?</b> <b>c) Hur skulle användandet av dessa resultat förändra arbetet på Din avdelning? Beskriv utifrån tidsaspekter, arbetsbelastning, ekonomi, juridiska och etiska aspekter, kvalitet för vem/vilka grupper.</b>	
<b>8. Sammanfattande helhetsbedömning</b>	
<b>a) Syftet: varför har undersökningen gjorts?</b> <b>b) Genomförandet: på vilket sätt har undersökningen gjorts?</b> c) Kvaliteten: hur bra <u>anser du</u> att undersökningen är? <b>d) Relevans: är denna studien relevant för dina patienter?</b>	

Detta förstår jag inte:

