

Upplevelser av att leva med bipolär sjukdom

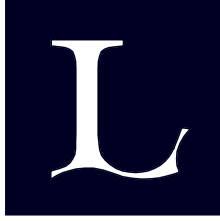
En litteraturstudie

Kerstin Eliasson
Elinor Jonsson

Luleå tekniska universitet

C- uppsats
Omvårdnad

Institutionen för Hälsovetenskap
Avdelningen för Omvårdnad



Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap
Avdelningen för omvårdnad

Upplevelser av att leva med bipolär sjukdom
– en litteraturstudie

Experiences of living with bipolar disorder
- a literature review

Kerstin Eliasson

Elinor Jonsson

Kurs: Omvårdnad C

Vårterminen 2008

Fristående kurs

Handledare: Ingalill Nordström

Upplevelser av att leva med bipolär sjukdom

- en litteraturstudie

Experiences of living with bipolar disorder

- a literature review

Kerstin Eliasson

Elinor Jonsson

Luleå Tekniska Universitet

Institutionen för hälsovetenskap

Avdelningen för omvårdnad

Abstrakt

Sedan mitten av 1990-talet har förekomsten av psykisk ohälsa ökat i Sverige, med allt ifrån psykoser till lättare psykiska problem som ängslan, oro, ångest, sömnproblem och bipolär sjukdom. Syftet med denna studie var att beskriva människors upplevelse av att leva med bipolär sjukdom. Åtta artiklar analyserades med kvalitativ innehållsanalys med manifest ansats. Analysen resulterade i åtta kategorier: att min förändrade självbild leder till förlust; att förstå och inte förstå sjukdomen; att möta en mängd barriärer och svårigheter; att sträva efter kontroll och stabilitet; att vara som andra, att inte bli en diagnos; att hitta strategier för att må bra; att det är viktigt med stöd och relationer; att acceptera och hoppas på framtiden. Studien visade att bipolär sjukdom innebar att livet förändrades. De lärde sig förstå sjukdomen och utlösande faktorer. De mötte många hinder och svårigheter. Kontroll och stabilitet var viktigt, livet förbättrades när de fick medicin. Att vara som andra kändes viktigt. Vikten av stöd från familj, vänner och arbetskamrater beskrevs som betydelsefullt. Acceptans av sjukdomen innebar att de kunde gå vidare med livet även om det hade blivit annorlunda.

Nyckelord: upplevelse, bipolär sjukdom, manodepressiv sjukdom, förlust, kontroll, strategier, stöd, kvalitativ innehållsanalys och litteraturstudie.

Fenomenet mental hälsa och ohälsa har diskuterats i århundraden, över discipliner och kulturer (Casey, 2003). Vanvett, besatthet, galenskap, dårskap, sinnessjukdomar och psykiska störningar är några av de namn på avvikelser från det ”det normala” som förekommit i historien för psykiskt sjuka. I kraft att vara olösta och oförklarade gåtor har dessa människor alltid skrämt och fascinerat, straffats och behandlats, gömts undan och utforskats (Eliasson-Lappalainen, Meeuwisse & Sunesson, 2005).

Sedan mitten av 1990-talet har förekomsten av psykisk ohälsa ökat i Sverige och anses vara ett allvarligt folkhälsoproblem. Mellan 20 - 40 % av befolkningen uppskattas lida av psykisk ohälsa, allt ifrån psykoser till lättare psykiska problem som ångslan, oro, ångest och sömnproblem (Socialstyrelsen, 2005). Psykos innebär att verklighetskontakten är bruten och den sjukes egen uppfattning om omvärlden är så förvrängd att den inte utan vidare kan förstås av utomstående (Cullberg, 2005, s 243). Några beräknas ha så allvarliga besvär att de kan behöva psykiatrisk behandling men få söker sig till psykiatrin. Psykisk ohälsa är en betydande riskfaktor för suicid som är vanligare bland män. Däremot är suicidförsök vanligare bland kvinnor (Socialstyrelsen, 2005). Bipolär sjukdom har högst suicidrisk bland alla psykiska sjukdomar (Miller, 2006; Tugrul, 2003). Svensk forskning bekräftar den kraftigt ökade suicidrisken vid bipolär sjukdom (SBU rapport 2004, nr 166). Psykiatrisk sjukdom är den näst största diagnosgruppen bakom sjukfrånvaro och förtidspension (SBU rapport 2003, nr 167). Bipolär sjukdom kallades tidigare för manodepressiv sjukdom (Cullberg, 2005, s.337; Lindskog, 2004, s.91). Enligt Lindskog, (2004, s.91) definieras bipolär sjukdom som förstämningssyndrom med återkommande sjukdomsepisoder av nedstämdhet eller upprymdhet. Det vill säga mani omväxlande med depressivitet. Bipolär sjukdom är en psykisk sjukdom som pendlar mellan två poler, mani – sjuklig upprymdhet, hypomani – en lättare form av mani och depression – nedstämdhet.

Enligt DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) delar man upp bipolär sjukdom i bipolär I och bipolär II. Bipolär I delas in i sex olika kriterieuppsättningar: första maniska episod, senaste episod hypomani, senaste episod mani, senaste episod blandad form, senaste episod depression och senaste episod ospecificerad. Diagnosen bipolär I, enstaka manisk episod används vid förstagångsinsjuknande i mani. Övriga kriterieuppsättningar beskriver den aktuella eller senaste episoden hos människor som har återkommande förstämningsepisoder. Bipolär II innebär återkommande egentliga depressionsepisoder med hypomana episoder. Vid depressionsepisod ska minst fem av följande symtom under en sammanhäng-

ande tvåveckorsperiod finnas och orsaka ett påtagligt lidande eller försämrad funktionsförmåga: nedstämdhet; minskad förmåga att känna glädje eller intresse; minskad eller ökad aptit, viktnedgång eller viktuppgång; sömnsvårigheter eller ökad sömn; rastlöshet eller synlig långsamhet eller tröghet; trötthet eller nedsatt energi; känslor av värdelöshet, skuldkänslor; koncentrationssvårigheter; tankar på döden, självmordstankar. Vid manier ska under en period på minst en vecka sinnesstämningen vara onaturligt livlig, expansiv eller irriterad. Samtidigt ska minst tre av följande sju symtom finnas med: förhöjd självkänsla eller överdriven tro på egna kunskaper och färdigheter; minskat sömnbehov; ökad vältalighet eller svårighet att hålla tyst; tankeflykt eller upplevelse av tankerusning; lätt distraherad; ökad målinriktad aktivitet eller psykomotorisk agitation; ger sig in i lustbetonade aktiviteter som tenderar att leda till obehagliga konsekvenser som köpgalenskap, omdömeslösa investeringsplaner, sexuella felsteg. Symtomen beror inte på drogmisbruk, pågående läkemedelsbehandling eller annan psykiatrisk sjukdom. Hypomani definieras som vid manisk episod men med skillnaden att den inte är så allvarlig att den orsakar påtaglig funktionsförsämring socialt eller i yrkeslivet; att det inte motiverar sjukhusvård; psykotiska symtom får inte finnas med (American Psychiatric Association, 2002, s.123-137).

Bipolär sjukdom har trots mer än 100 års forskning inte fått någon förklaring (Wetterberg, 2000). Bipolär sjukdom är en livslång psykisk sjukdom som karakteriseras av återkommande maniska eller hypomaniska och depressiva perioder. Depressiva symtom är tre gånger mer vanliga än maniska symtom (Miller, 2006). De flesta bipolära tillstånd börjar med en depression vilket gör att inte ens en utförlig sjukhistoria alltid kan avslöja att det är bipolär sjukdom (SBU rapport 2004, nr 166). I Sverige insjuknar mindre än 1 % i bipolär sjukdom. Den är något vanligare hos kvinnor (Cullberg, 2005, s.338).

Läkemedelsbehandling är viktig vid bipolär sjukdom (Hilty & Brady, 1998). Ett problem vid bipolär sjukdom är emellertid att patienterna i perioder av svår nedstämdhet och upprymdhet upplever sig inte värda eller inte i behov av att ta emot läkemedel och vård (Hummelvoll & Severinsson, 2002). Kännetecknande för manier är begränsad eller obefintlig insikt om tillståndets onormala natur, vilket innebär att många behandlingsinsatser måste göras mot patientens vilja. De preparat som har bäst dokumentation vid akut mani är litium, valproat och neuroleptika. Studier och klinisk erfarenhet talar för att ECT är en effektiv behandling både vid svår mani och vid depression. Ges ECT vid depression finns det en risk att utlösa mani. Litium är den bäst dokumenterade behandlingen av bipolär depression (SBU rapport 2004, nr

166). En välskött litiumbehandling är både effektiv och säker. Människors kunskap om sin behandling och dess risker är till stor del avgörande för behandlingens säkerhet (Bendz & Aurell, 2004). Studier talar för förbättrad profylaktisk effekt av ett tillägg med kognitiv psykoterapi respektive med ett psykopedagogiskt program. Vid förfrågning till svenska psykiatriska kliniker angående vården av patienter med bipolär sjukdom framkom att få kliniker hade annan verksamhet än en specialiserad litiummottagning. Speciella psykologiska och pedagogiska insatser för patienter och deras närstående var ovanliga (SBU rapport 2004, nr166).

Psykiatrisk omvårdnad innebär för patienten att den ska få stöd att psykosocialt och praktiskt kunna bemästra den dagliga livssituationen. Det innebär personlig omvårdnad, boende, fritid, arbete/sysselsättning och relationer till andra. Det är en målinriktad process och kan till exempel ske utifrån psykopedagogiskt, kognitivt och/eller psykoterapeutiskt inspirerade metoder. Psykiatrisk omvårdnad kräver ett nära samarbete mellan patient, närstående, läkare, sjuksköterska, skötare, psykolog, kurator, sjukgymnast och arbetsterapeut (SBU rapport 1999, nr 3). Gränsen mellan psykiatrisk omvårdnad och psykoterapi kan vara svår att dra. Medicinsk behandling och omvårdnad går parallellt och sammanfaller delvis (Ottosson & Ottosson, 2007, s.214).

Väsentligt många människor med bipolär sjukdom blir till en början fel diagnostiserade, de får istället diagnosen depression. Sjuksköterskor har här en nyckelroll. I sitt omvårdnadsarbete med behandling, åtgärder och undervisning av dessa människor och deras familjer vistas sjuksköterskan nära dem och kan då med sin kunskap uppmärksamma sådana misstag. Sjuksköterskan ska agera för människans bästa och säkerhet (Tugrul, 2003). Psykiatrisjuksköterskor spenderar sina arbetsliv i ett sammanhang av berättelser. Människor kommer med sina berättelser om hur deras liv har blivit som det är. Genom att uppmärksamma dessa människors berättelser får vi en större förståelse av den unika erfarenheten av att leva med mental ohälsa, i deras tidigare och nuvarande situation (Casey, 2003).

Att visa omtanke till människor med mental ohälsa är inte något som uppkommer naturligt för många. Likväl förväntas familjemedlemmar göra det med eller utan träning och stöd. Studier visar att anhörigvårdare kan uppleva det avsevärt påfrestande och stressande (Hill, Shepherd & Hardy, 1998). Enligt Miller (2006) påverkar sjukdomen tänkandet och beteendet. Sociala och äktenskapliga konflikter är vanliga, likaså skilsmässor och sexuellt överförda sjukdomar. Även oplanerade graviditeter, att förlora jobbet och ekonomiska problem är vanliga om man

har bipolär sjukdom. Studier (Tranvåg & Kristoffersen, 2008) visar att make/maka eller sambo till människor med bipolär sjukdom möter betungande erfarenheter i samband med sin livskamrats sjukdom. Känslor som rädsla, självanklagelse, missbedömning, förlust av det sociala nätverket, osäkerhet, maktlöshet, ensamhet, ilska, pendlande mellan hopp och förtvivlan beskrevs. De beskrev en svårighet med att se en mening med den betungande erfarenheten. Sjuksköterskor kan då ge stöd genom omsorg, hälsofrämjande utbildning och rådgivning.

Det finns inte mycket kunskap om hur människor som har fått diagnosen bipolär sjukdom ser på och förstår sitt eget liv och sin sjukdom ur ett helhetsperspektiv samt vad han/hon upplever som hjälpande och stödjande i riktning mot hälsa och välbefinnande (Baker 2001). En sådan kunskap är väsentlig för att människor med bipolär sjukdom ska få förutsättningar att förstå och hantera sitt eget liv på ett bättre sätt samt vid behov få en god psykiatrisk vård (Rusner 2004).

Syftet med denna studie var att beskriva människors upplevelse av att leva med bipolär sjukdom.

Metod

Litteratursökning

Studien utgjordes av en litteraturstudie. Vi använde oss av följande bibliografiska referensdatabaser: Academic Search, Cinahl, psykinfo samt PubMed. Följande sökord användes i olika kombinationer: Bipolar disorder, manic-depressive illness, nursing, experience, living with, qualitative studies, grounded theory och content analysis.

Inklusionskriterier var engelska artiklar, peer reviewed och att ovanstående sökord fanns med. Studier gällande ungdomar i övre tonåren och vuxna inkluderades. Inga avgränsningar gällande kön och livsstil gjordes. Barn och demenssjuka exkluderades. Sökningen resulterade i åtta artiklar (tabell 1) enligt inklusionskriterierna.

Kvalitetsgranskning

Vi kvalitetsbedömde studierna genom granskning av problemformulering, urval, metod, giltighet, kommunikerbarhet samt huvudfynd. Bedömning av studiernas kvalitet bedömdes då vara hög, medel eller låg. Med hög kvalitet avses att studien har ett klart beskrivet sammanhang (kontext), urvalet av deltagarna är motiverat och en väl beskriven urvalsprocess dvs. datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Även tillförlitlighet och

trovärdighet ska vara väl beskrivna. Interaktion mellan data och tolkning ska kunna påvisas samt att det finns en metodkritik. Med låg kvalitet menas att studien har bristfällig formulering, dålig och otillräcklig beskrivning samt att resultatet är ologiskt eller obegripligt (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006, s.94-97). Med medel kvalitet menar vi att studien ej uppfyller alla kriterier för hög kvalitet. Som stöd för vår kvalitetsgranskning använde vi oss av ett kvalitetsgransknings protokoll, bilaga 1. Kvalitetsgranskning visas i tabellform (tabell 2).

Tabell 1 Översikt av litteratursökning

Syftet med sökning: upplevelsen av att leva med bipolär sjukdom

Cinahl 2008 02 11

Söknr *)	Söktermer	Antal ref.
1	TSH Bipolar disorder	1463
2	FT Bipolar disorder and qualitative studies	18
3	FT Bipolar disorder and content analysis	6
4	FT Bipolar disorder and experience	43
5	FT Bipolar disorder and nursing	96
6	FT Bipolar disorder and experience and nursing	7
7	FT Bipolar disorder and grounded theory	11
8	FT Bipolar disorder and living with	27

PubMed 2008 02 11

9	MSH Bipolar disorder	2621
10	FT Bipolar disorder and qualitative studies	33
11	FT Bipolar disorder and content analysis	59
12	FT Bipolar disorder and experience	449
13	FT Bipolar disorder and nursing	222
14	FT Bipolar disorder and experience and nursing	4
15	FT Bipolar disorder and grounded theory	0
16	FT Bipolar disorder and living with	357

Academic search elite 2008 02 11

17	ST Manic-depressive illness	1408
18	FT Manic-depressive illness and qualitative studies	1
19	FT Manic-depressive illness and content analysis	0
20	FT Manic-depressive illness and experience	12
21	FT Manic-depressive illness and nursing	37
22	FT Manic-depressive illness and grounded theory	0
23	FT Manic-depressive illness and living with	11

Tabell 1 Översikt av litteratursökning forts.

Syftet med sökning: upplevelsen av att leva med bipolär sjukdom

Cinahl 2008 02 11

Söknr *)	Söktermer	
	Psykinfo 2008 02 11	
24	TSH Bipolar disorder	10538
25	FT Bipolar disorder and qualitative studies	17
26	FT Bipolar disorder and content analysis not child*	16
27	FT Bipolar disorder and experience	926
28	FT Bipolar disorder and nursing	212
29	FT Bipolar disorder and experience and nursing	72

*MSH – Meshtermer I databasen Pubmed, TSH – Thesarustermer I databaserna Cinahl och Psykinfo, ST – Subjekttermer I databasen Academic search elite, FT - Fritextsökning

Analys

Vid all forskning är det viktigt att veta vilken typ av metod som ska användas innan insamlingen av data påbörjas. Det finns ingen metod som kan användas till alla typer av forskning (Burnard, 1991). Eftersom vi vill arbeta ur ett inifrånperspektiv valde vi att använda oss av kvalitativ metod (Holloway & Wheeler 2002, s.3). Den fokuserar människors erfarenheter och den värld de lever i, deras livsvärld. Enligt Polit och Beck (2004, s.580) är kvalitativ innehållsanalys en analysmetod för att identifiera de olika kategorierna av innehållet i berättande data. Downe-Wamboldt (1992) menar att kvalitativ innehållsanalys innebär att metoden är detaljerad, processen noga beskriven och att diskussioner förs runt ämnet som det forskas om. Innehållsanalys är en metod som förser ett systematiskt och objektiva syfte med giltiga slutsatser från verbal, synlig eller skriven data, med syfte att beskriva ett speciellt fenomen. Analysmetoden kan ha två olika ansatser, manifest eller latent. Manifest ansats innebär att analysen talar om vad texten säger, det synliga innehållet. Latent ansats innebär att man tolkar den underliggande meningen. Graneheim och Lundman (2004) beskriver att manifest ansats används då önskan är att analysen ska baseras på vad texten säger utan att lägga in någon egen tolkning av den.

Vi använde oss av en systematisk, stegvis metod inspirerad av Burnard (1991). Analysarbetet påbörjades genom att båda författarna läste igenom artiklarna upprepade gånger. Från studierna urskiljdes textenheter, vilka kondenserades. Vid kondenseringen översatte vi texterna till svenska. De kondenserade textenheterna kodades med ett nummer för att lättare kunna kontrolleras mot originaltexten under hela arbetet. Därefter sorterade vi dem i preliminära ka-

tegorier. Dessa kategorier reducerades sedan genom sammanslagningar av det som beskrevs som likartade upplevelser. Det innebar att det stegvis blev färre och bredare kategorier. Detta upprepades tills ytterligare sammanslagningar av kategorier inte längre kunde göras och de slutgiltiga kategorierna erhöles.

Tabell 2 Översikt över artiklar ingående i analysen (n=8)

Författare År Land	Typ av studie	Deltagare	Metod Datainsaml. Dataanalys	Huvudfynd	Kvalitet
Lim, Nathan, O'Brian- Malone, & Williams 2004 Australien	Kvalitativ	n=18	Intervju med fenomenologisk ansats Kvalitativ Innehållsanalys	Ungdomars sätt att hantera nedstämdhet. Att känna sig an- norlunda, hantera symtom, ta hjälp av andra och lära sig av sina erfarenheter.	Hög
Meadus 2007 Canada	Kvalitativ	n=9	Ostrukturerad intervju Grounded theory Kvalitativ in- nehållsanalys	Sjukdomen har en ne- gativ inverkan på livskvaliteten. Hur ut- bildning, arbete, eko- nomi, sociala och nära relationer påver- kas.	Hög
Michalak, Yatham, Kole- sar & Lam 2006 Canada	Kvalitativ	n=35	Ostrukturerad intervju Tematiserad in- nehållsanalys	Att sjukdomen har en negativ inverkan på livskvaliteten.	Hög
Michalac, Yatham, Max- well, Hale & Lam 2007 Canada	Kvalitativ	n=33	Ostrukturerad intervju Tematiserad in- nehållsanalys	Hur symtom påverkar arbetet. Hur olika strategier är till hjälp att klara av sjukdo- men som kontinuitet, stöd och förståelse på arbetet.	Hög
Pollack 1995 USA	Kvalitativ	n=33	Semistrukturerad intervju Grounded theory Kvalitativ in- nehållsanalys	Den största barriären var förnekande. Stöd behövs för att accep- tera och klara av sjuk- domen.	Hög
Russell & Browne 2005 Australien	Kvalitativ	n=100	Kombinationer av kvalitativa metoder Kvalitativ in- nehållsanalys	Strategier för att hantera sjukdomen in- nebar acceptans, in- formation, varnings- signaler, vikten av kontinuitet av sömn, stresshantering medi- cinering och stöd- jande nätverk.	Hög

Tabell 2 Översikt över artiklar ingående i analysen (n=8) forts.

Författare År Land	Typ av studie	Deltagare	Metod Datainsaml. Dataanalys	Huvudfynd	Kvalitet
Tse, Yeats & Walsh 1999 Nya Zeeland	Kvalitativ	n=1	Semistrukturerad intervju Kvalitativ innehållsanalys	Strävan efter stabilitet och arbete. Vikten av människors stöd gällande arbete och hälsa.	Medel
Tse & Yeats 2002 Nya Zeeland	Kvalitativ	n=67	Semistrukturerad intervju Grounded theory Kvalitativ innehållsanalys	Olika stödjande faktorer som arbetsgivare/kamrater, familj, vänner, vårdinrättningar, religions betydelse för att hantera ett arbete trots sjukdom.	Hög

Resultat

Analysen resulterade i åtta kategorier som redovisas i tabell 3, dessa kommer att presenteras i löpande text illustrerat med citat från respektive studie.

Tabell 3. Översikt av kategorier (n=8)

Kategorier

Att min förändrade självbild leder till förlust

Att förstå och inte förstå sjukdomen

Att möta en mängd barriärer och svårigheter

Att sträva efter kontroll och stabilitet

Att vara som andra, att inte bli en diagnos

Att hitta strategier för att må bra

Att det är viktigt med stöd och relationer

Att acceptera och hoppas på framtiden

Att min förändrade självbild leder till förlust

I studien av Lim, Nathan, O'Brien-Malone och Williams (2004) upplevde deltagarna att självbilden och livet förändrades. De beskrev att tankarna och känslorna förändrades från en dag, vecka eller månad till nästa. En deltagare upplevde att hon inte kunde göra det hon gjorde förut, att ha två jobb, spela musik och göra radioprogram.

I used to be able to do so much, I used to work two jobs, play music as well, talk on radio. I used to do programs on radio. I just can't do any of that now (Lim et al., 2004, s. 814).

I flera studier av Michalak, Yatham, Kolesar och Lam (2006); Michalak, Yatham, Maxwell, Hale och Lam (2007); Meadus, (2007); Lim et al., (2004) beskrev deltagare att de kände sig olik andra. På grund av anfallen av symtom kände de sig annorlunda. De blev förvirrade och kunde inte skilja på vad som var normal religiös upplevelse och vad som var känslomässiga upplevelser av sjukdomen. Många upplevde att de var defekta och en deltagare kände att det alltid var någonting fel med henne. Deltagare önskade att vilja ha sitt liv tillbaka och vara en del av samhället. En kvinna beskrev att hon inte visste vad som hände med henne och inte hur hon skulle bli sig själv igen. En man berättade att han inte visste vem han skulle komma att vara (i vilket tillstånd) när han vaknade.

One thing is, I don't know who I'm going to be when I wake up in the morning (Lim et al., 2004, s.814).

Enligt Tse, Yeats och Walsh (1999) berättade deltagaren att hans förmåga till aktivitet numera var 60 till 70 procent av hans normala kapacitet och att han levde i fattigdom. I studien av Michalak et al., (2006) upplevde deltagare att identiteten hade blivit förändrad och att sexualiteten förändrades. Deras könsdrift ökade när de var manisk/hypomanisk och könsdriften sänktes när de var deprimerade. Enligt Michalak et al., (2006); Michalak et al., (2007) beskrevs de mer positiva sidorna med att vara manisk/hypomanisk som att de hade ökad entusiasm och självförtroende. De var även mer produktiva, kreativa och målinriktade. Problem kunde lösas bäst när de var hypomaniska och fick en massa idéer som de satte igång. Deltagare var också fyllda av energi och arbetade hårt och gjorde två till tre människors arbete. De fick även mer insikt i andligheten när de var maniska. I studien av Michalak et al., (2007) beskrev deltagare de mer negativa sidorna med att vara manisk, som att livet förändrades, tankarna rusade fort iväg och de blev sarkastiska. De var även lättretliga, uppförde sig olämpligt, störande eller impulsivt. Ångesten ökade och de fick sociala problem och var ibland glömska. Sömmen och timmarna var inte regelbundna och med att fatta beslut blev det problem. De fick attacker av ilska och sannolikheten att göra misstag ökade. En deltagare betedde sig bisarrt när han var manisk.

I was behaving bizarrely, I was sarcastic, and I made a lot of mistakes, like.... (Michalak et al., 2007, s. 132).

I flera studier av Lim et al., (2004); Michalak et al., (2007); Meadus, (2007); beskrev människorna att livet blev förändrat när de blev deprimerade. De fick försämrat minne och glömde vad som hände. De kunde inte koncentrera sig och blev lättirriterade. Deltagare upplevde att de fick brist på energi, entusiasm och minskat förtroende. En deltagare beskrev att hon inte fann något nöje i någonting som hon tidigare hade gjort och upplevde att hon inte var sig själv. De hade attacker av gråt och var ledsna hela tiden och kunde inte ta sig ur det. De hade inte heller någon vilja att stiga upp på morgonen och de kände att allt de önskade var att dö. Deltagare grubblade och kände allvarlig plåga av depressiva symtom. De föredrog att vara för sig själva för de upplevde att de inte var någon trevlig person att umgås med. En deltagare berättade att hon låg i sängen hela dagen och grät. En annan deltagare upplevde att han var bedrövlig och otrevlig.

I'd be miserable, I'd stay in bed all day and I'd be crying and I'd, you know, sort of be really unpleasant (Meadus, 2007, s. 213).

I studien av Lim et al., (2004) upplevde deltagare förlust och brist i livet på grund av sjukdomen, som när de jämfördes med människor som inte hade någon psykisk diagnos. De upplevde förlust av anställning och finansiell status och upplösning av förhållanden och utanförskap bland vänner och familj. Deltagare upplevde även känsla av fel och förlust av självförtroendet. En deltagare beskrev att han förlorade jobbet på grund av sitt bisarra uppförande. Andra beskrev att de upplevde förlust i relationer, jobb, familj och de upplevde även förlust i tid.

Loss, I mean, we have a loss, living with loss, to do with relationships, jobs, and family, and also with time... (Lim et al., 2004, s. 814).

I studien av Michalak et al., (2007) beskrev deltagare att val av karriär förlorades. De kände även förlust av identitet och ekonomi under perioder av arbetslöshet. Deltagare saknade att känna sig nyttig, de saknade kontakt, struktur och meningsfulla aktiviteter när de var utan arbete. Utloppet för kreativitet och identitet förlorades när de var deprimerade och karriären upphörde. En deltagare förlorade fyra år av sitt arbetsliv på 15 år på grund av sjukdomen.

It's taken me away from work and the biggest drawback of that is catching up. And it took me awhile to realise anybody who has lost say 4 years of their work life out of the last 15 would feel exactly the same way (Michalak et al., 2007, s.133).

Enligt Michalak et al., (2006) berättade deltagare att deras självvaktning förlorades och de förlorade även intima relationer och skadade relationen till familjen. De förlorade vänner för att de inte förstod. En deltagare beskrev att han förlorade vänner genom att han sade olämpliga saker, pratade för fort och uppförde sig konstigt.

..saying inappropriate things would make me lose all my friends. And talking too fast, you know, all these things, acting weird, you know, all the odd behaviour. My friends would ditch me of course..(Michalak et al., 2006, s. 32).

Att förstå och inte förstå sjukdomen

I studien av Russell och Browne, (2005) beskrev deltagarna att de förstod att stress och sömnbrist utlöste episoder av sjukdom. Andra faktorer kunde vara trötthet, rubbad dygnsrytm, hormonförändringar, årstidsändringar, festande och droger. Deras hälsa påverkades av stressen och medicineringen ökades under dessa perioder. Enligt Pollack, (1995) beskrev de att de kände sin sjukdom tillräckligt för att veta att de gick igenom en manisk episod. I studien av Tse och Yeats, (2002) förstod de att de inte kunde fatta stora beslut. Deltagare berättade enligt Russell och Browne, (2005) att de lärde sig de tidiga signalerna och observerade små förändringar i deras mentala status, sömn, sinnesstämning, tankar och energi. De undvek intellektuell stimulans på natten och tog små förändringar på allvar som överdriven entusiasm, medverkan i överdrivet många projekt, fattigdom och förändringar i sexuellt och finansiellt uppförande. Detta uppfattades som sena signaler av mani. En deltagare beskrev att han kunde hjälpa sitt mående genom att förstå och vara medveten om vad som hände.

I am able to assist in my wellness by being aware and observing what is happening to me. Sometimes I need to make changes to stay well (Russell & Browne, 2005, s.190).

I studien av Meadus, (2007) beskrev deltagare att många var omedvetna att de hade sjukdomen och de inte förstod vad de gick igenom varje dag. De förstod inte heller varför de kände som de gjorde. En deltagare beskrev att hon inte visste att det var depression utan trodde att det var ett stadium i tonåren.

I never knew that it was depression. I've heard tell of depression but I never knew that. Ah, you know, I did not associate it with anything. I just assumed it was a stage, like most people do; it was just teen aches (Meadus, 2007, s.213).

I flera studier av Michalak et al., (2006); Pollack, (1995); Meadus, (2007) uttryckte deltagare att de inte förstod genom att de förnekade att de hade sjukdomen och det användes som ett försvar. En period av förnekande var vanlig för att det var svårt att acceptera sjukdomen. Förnekandet identifierades som en barriär. En tonåring berättade att hon inte tillät sig själv att tänka att något var fel med henne.

I didn't want to let myself think that I had something wrong; I thought it was just a stage that I was going through (Meadus, 2007, s.213).

Att möta en mängd barriärer och svårigheter

Enligt Pollack, (1995) beskrev människor med bipolär sjukdom mötte flera barriärer, både inre och yttre i sin strävan till att klara det själv. Att möta barriärer kunde resultera i att människorna backade till föregående steg som sjukhusinläggning, suicidala känslor och andra destruktiva handlingar. Upplevda hinder kunde vara brist på information, fattigdom, otillräcklig tolerans, att de gav upp för snabbt, inte tog medicinen, att de inte berättade när de kände sig dålig eller suicidal, att de inte gjorde sitt bästa, förnekande och att de inte ville samarbeta. I studien av Lim et al., (2004) beskrevs känslan av hjälplöshet och oförmåga att ändra eller påverka sjukdomen utom genom medicinering. Enligt Michalak et al., (2006); Michalak et al., (2007) beskrevs oro för att börja arbeta och få bestämda arbetstider. Att ha ett arbetsschema från nio till fem var svårt. En deltagare beskrev oro över att bli hypomanisk vid start av nytt arbete, komma i tid och få allting gjort och inte hamna i trubbel.

Every time I would start a new job I would kind of be hypomanic... I would get there early in the morning, get everything done, but as longer time would pass I would begin to come in later and drift down... and it would be harder for me to get up in the morning, harder for me to get things done, and I always got in trouble. And then I would start a new job and I would be up and hypomanic again (Michalak et al., 2007, s.133).

I flera studier av Michalak et al., (2007); Tse och Yeats, (2002); Tse et al., (1999) beskrevs svårighet att hitta arbete och att rädsla för återinsjuknande gjorde att de inte tog på sig åtaganden. Att komma sent var en mardröm som påverkade karriären. Brist på kontroll var den största barriären för att få stanna kvar eller komma tillbaka som arbetskraft. Att det var svårt att komma tillbaka i arbete efter sex års frånvaro. Att snar återgång till arbetet efter sjukdomsepisod var att föredra, det hjälpte upp arbetsmoralen. En deltagare beskrev att hon var rädd för att sjukdomen skulle bli handikappande så hon inte skulle kunna arbeta eller behöva

göra något under hennes förmåga. En man berättade att om det inte varit för sjukdomen så hade han kunnat specialisera sig.

Att sträva efter kontroll och stabilitet

I flera studier av Lim et al., (2004); Meadus, (2007) beskrev deltagare att de upplevde oförmåga att förutse, märka och ha kontroll över tidiga tecken över svängningar i sinnesstämningen och förhindra dem att uppstå. Enligt Michalak et al., (2007) beskrevs att andra människor blev förbryllade av att sinnesstämningen och beteendet växlade fort. Det fanns osäkerhet om anställning, pengar, när nästa skov i sjukdomen skulle komma och att något skulle gå fel för att de inte hade kontroll över sinnesstämningarna. Deltagare i Lim et al., (2004) beskrev att de kände sig skyldiga och ledsna när de inte hade kontroll över sjukdomen. I studien av Michalak et al., (2006) beskrevs att när kontrollen var förlorad flyttade några hem till föräldrarna, att de först uteblev på grund av depression och sedan blev de maniska och kom då tillbaka och gjorde då pinsamma saker och kände då sig förödmjukade.

So, you know, participating and then being depressed and not being there at all, and then being manic and coming back and sort of doing all these kind of slightly embarrassing things and then being sort of mortified (Michalak et al., 2006, s.34).

Enligt Meadus, (2007) berättade tonåringarna att lära sig mer om sjukdomen hjälpte dem att ta sig igenom att de hade en psykisk diagnos. I flera studier av Pollack, (1995); Russell och Browne, (2005) sökte de information på grund av att sjukdomen vållade deras familjer smärta och oro. Kunskapen inhämtades från böcker, sjukvårdspersonal, psykiatriska organisationer, seminarier, stödgrupper, internet och samtal med andra. De lärde sig övervaka sig själva och accepterade vad deras kroppar kunde göra. Enligt Pollack, (1995) beskrev de att positiv känsla om sig själva behövdes för att bli motiverade till att söka information och försöka klara det själv. I studien av Russell och Browne, (2005) berättade de att om de kunde hantera symtomen gav det betydande kontroll av sjukdomen. De upplevde att de behövde kraft för att kontrollera den och genom att ta kontroll över sjukdomen kände de mindre fruktan. Med rätt diagnos och behandling blev det lättare att ta kontroll över sjukdomen. De som varit fel diagnostiserade och fått felaktig medicinering kände en stor lättnad när de fick rätt diagnos och medicin. De upplevde då att deras livskvalitet blev bättre. Vaksamhet hjälpte för att kontrollera sjukdomen och minimera dess effekt på livet. De upplevde också att det tog tid att lära sig

att kontrollera den. Enligt Meadus, (2007) var en deltagare lycklig över att hon var medveten om sin depression för att det hjälpte henne att vara förberedd i förväg.

Yes it's an illness and I've become aware of it, like you know? There are so many other people out there that have this illness and they're unaware of it, right?
(Meadus, 2007, s. 214).

I studien av Pollack, (1995) beskrevs att lusten till stabilisering kunde variera beroende på sinnesstämningen. Enligt Lim et al., (2004) beskrev deltagare att människor upplevde dem normala när de inte var på sjukhus men att de inte kände sig normala när de inte kände sig stabila, de kände en konstant ansträngning för stabilitet och normalitet och de upplevde att kampen för stabilitet ibland misslyckades, det påverkade framtidstron. I studien av Tse et al., (2002) beskrev studiedeltagaren önskan av stabilitet för barnens skull, att han önskade stabilitet för han hade under samma år först mani sedan värsta tänkbara depression.

This year I had mania followed by a period of the most, absolutely shockingly horrible depression... I just hope like mad, touch wood that I can enjoy a period of stability... it's a real bastard of a disease (Tse et al., 1999, s.155).

I flera studier av Michalak et al., (2006); Pollack, (1995) beskrev de att de ville klara av sin egen sjukdom och inte vara beroende av medicinsk profession. Det var viktigt att ha en vilja att gå vidare i livet och vilja lyckas att hantera sjukdomen och även ha resurser tillgängliga för detta. En deltagare beskrev att hon upplevde livskvalitet när hon tog hand om sig själv utan att vara beroende av sin pappa eller välfärdssystemet.

I think that's a big part of what I recognize now as quality of life is feeling I can take care of myself without being heavily dependent on a long-term basis on either the welfare system or my Dad... (Michalak et al., 2006, s.30).

I studien av Russell och Browne, (2005) beskrev de att deras liv förbättrades när de fick rätt medicinering och att de fortsatte medicinera. Många människor använde både den ordinerade läkemedelsbehandlingen och kompletterande terapier. En deltagare berättade att hennes besök hos psykiatrikern var snabba och de träffades två gånger per år och någon berättade att han inte hade träffat sin läkare på 20 år. Enligt Meadus, (2007); Russell och Browne, (2005) berättade de att många ville lära sig vilket stöd som passade dem bäst. De deltog i lokala gemenskapsgrupper som skrivargrupper, bokklubbar, musikgrupper och sportgrupper. En deltagare

upplevde att psykologen var den som hjälpte att må bra när de talade igenom saker. För någon annan var det läkaren som hjälpte genom att berätta om olika sätt att hantera humöret, som att gå en långpromenad eller att lyssna på musik.

Dr. River [pseudonym] has helped a lot, telling me different ways to go about controlling my temper now, thinking things through. You know, just different techniques, like go for a long walk by yourself or just listen to music (Meadus, 2007, s. 214).

Att vara som andra, att inte bli en diagnos

I studien av Tse et al., (1999) beskrev deltagaren längtan efter ett normalt liv. Enligt Michalak et al., (2006) beskrev deltagarna att de ville bli accepterade för den person de var trots att de hade en psykisk sjukdom. I studien av Meadus, (2007) hade de lärt sig att de var samma person trots att de hade en sjukdom men att de inte tyckte om när människor tyckte synd om dem. Att de tog sin medicin och gjorde något regelbundet varje dag – då var de som alla andra. Enligt Michalak et al., (2007) beskrev deltagare att det var en större chans att ses som jämlik om andra inte visste om sjukdomen. Därför kände de sig tvingade att arbeta trots att de inte mätte bra och inte ville be om sjukskrivning. I studien av Michalak et al., (2006) beskrevs behovet av att ha brist på struktur i fritidsaktiviteterna för att andra inte skulle märka skillnad i sinnestämningen. Enligt Tse och Yeats, (2002) beskrev de att det fanns oro hur deras arbetsgivare skulle reagera på informationen om psykisk ohälsa och att frånvaron berodde på det. I studien av Michalak et al., (2006) ville de inte avslöja att de var psykiskt sjuka och kände sig skyldiga för att de inte kunde vara en riktig vän på grund av att de inte hade avslöjat att de var sjuk.

You know, I don't have any new friends and if I do, they're very surface friends and... I feel like I can't share anything and then I feel guilty because you can't be a true friend to somebody and kind of lie to them (Michalak et al., 2007, s.31).

Enligt Michalak et al., (2007) beskrev en deltagare att det inte var problem att berätta om sjukdomen. I flera studier av Michalak et al., (2007); Russell och Browne, (2005) beskrev deltagare att för att förbli bra behövde de skilja på sig själv och sjukdomen för att det inte skulle påverka livet för mycket. De kände att människor kunde se att de var psykiskt sjuka. De upplevde att sjukdomen blev en etikett för hela människan och inte för sjukdomen. Att ta bort lappen från pannan där det stod bipolär, annars kunde de bli besatt av sin sjukdom.

At some point I must loosen the tag on my forehead that says 'bipolar' and just get on with it. Otherwise I become obsessed about my illness and then I become my illness (Russell & Browne, 2005, s.190).

I studien av Lim et al., (2004) beskrev deltagare att de upplevde att sjukdomen medförde stigma vid försök till anställning och att människor tänkte att de var galna. De kände sig diskriminerade och upplevde att samhället tyckte att de hade misslyckats. Enligt Michalak et al., (2006) medförde stigma negativa följder för karriären som att de blev permitterade och degraderade. Det var mer stigma att ha en psykisk sjukdom än en kroppslig sjukdom. I studien av Michalak et al., (2007) berättade de att de hade svårighet att återgå till arbetet på grund av den psykiska diagnosen. En deltagare upplevde stigma på grund av sjukdomen för att äktenskapet inte höll, ekonomin och statusen hade förändrats och att han inte längre var lärare.

...because of the illness, possibly because of the break up of my marriage – I don't know what to blame – my financial status has changed. I am on a disability support pension, my status has changed... I'm no longer an adult education teacher, I am a disability support pensioner... I go around with a stigma that is attached to mental illness... (Lim et al., 2004, s. 814).

Att hitta strategier för att må bra

I flera studier av Michalak et al., (2006); Michalak et al., (2007); Russell och Browne, (2005) beskrev deltagare att de försökte hitta strategier för att må bra. De upplevde att daglig struktur i social kontakt var viktigt för att må bra. Det förbättrade deras hälsa och sinnesstämning om de gick upp på morgon och lade sig på kvällen. De hade rutiner i arbetet och i deras personliga liv för att underhålla den känslomässiga balansen. Yrkesmässiga rutiner användes som hjälp för att underhålla emotionell hälsa som att gå upp samma tid varje dag, att gå till sängs samma tid och gå till arbetet samma tid varje dag. En deltagare arbetade fyra dagar istället för fem för att klara av att hantera den stress som sjukdomen gav. För att förbli bra hade de i vissa fall muntlig överenskommelse gällande strategier med partners, familjen, vänner och sjukvårdpersonal. Enligt Michalak et al., (2006) upplevde deltagare att rutiner var viktigt för att bevara den mentala hälsan. Rutiner upprätthölls genom att ha en sysselsättning, barnomsorg, fritidsaktivitet, andlig sysselsättning eller omsorg om husdjur.

Having a routine, you know? I think that one reason I went into teaching is because, you know, it starts at 7:30 and it ends about 3:30, 4:30 every day and that works really well for me (Michalak et al., 2006, s.28).

I studien av Michalak et al., (2006) beskrev deltagare att de var beroende av religion och andlighet för att må bättre. En deltagare beskrev att depressionen gjorde att hon förlitade sig mer på Gud. En kvinna berättade att hon kände närhet till Gud men att hon inte trodde att han pratade med henne.

..depression makes me lean on my Lord more or when I was depressed religion and spiritually was this, like it sort of held out this promise of God, if, you know, if actually religion and spirituality could do what it was supposed to do then maybe I'd be better. Like there was this kind of dependency (Michalak et al., 2006, s.34).

Enligt Russell och Browne, (2005) gjorde de många olika ändringar i sina liv för att fortsätta må bra. De åt hälsosam mat, motionerade, drack mindre med alkohol och kaffe, sov bra, spenderade tid med dem de älskade, tog det lugnt, hanterade stress, skrattade och tog sin medicin. En del gjorde större förändringar som att flytta ut i en lugnare miljö på landet och att de bytte till ett mindre stressigt arbete. En deltagare beskrev att han var tvungen att göra enorma förändringar i sitt liv för att må bra.

Att det är viktigt med stöd och relationer

I studien av Tse och Yeats, (2002) berättade de att stödet från familjen gjorde det möjligt för dem att uppnå deras yrkesmässiga mål. De fick stöd från lärare under utbildningen och deras vänner och det övriga sociala nätverket fanns som resurs när de lyckades få anställning. Avlönat arbete och bra stöd gav tillfredställelse och mening till deras liv och det hjälpte dem att behålla arbetet. De berättade också att de tilläts arbeta i sin egen takt, att de hade stöd från arbetskamrater och att de flesta var mycket förstående på arbetet. Enligt Michalak et al., (2006) beskrev de att sociala stödnätverket var livsviktigt för att hjälpa dem att upptäcka tidiga tecken av återfall i sjukdomen. Relationen och förtroendet blev fördjupade när de fick hjälp av syskon till sjukhus. I studien av Lim et al., (2004) berättade deltagare att de var konstant in och ut på sjukhusen och att de var less på att vara psykiskt sjuk. De upplevde också att vänner och kära inte förstod att ge stöd och att de inte fick det stöd som de behövde. Enligt Meadus, (2007) beskrev de att ingen förstod vad de gick igenom. Några deltagare beskrev att deras pojkvänner var ett konstant stöd och hjälpte dem med den stress som sjukdomen gav. En deltagare beskrev att hon fick hjälp av sin pojkvän att komma över förnekandet och ta sig

igenom depressionen. De upplevde att det var viktigt att ha någon som lyssnade och som de litade på och att de återknöts till andra genom nätverk av stöd. Tonåringarnas mammor gav det största stödet och de informerade familjen om den senaste informationen om bipolär sjukdom. En deltagare beskrev att hennes mamma hjälpte henne genom sjukdomen.

Yeah, well my mother, you know, is like a saint. Ah, my Dad (sighs) I guess he tries. He's just know, I kind of depend more on my mother than on him. Yeah my mother would be, if I had to say anybody it would be my mother who got me through it (Meadus, 2007, s.213).

Deltagaren i studien av Tse et al., (1999) berättade att han kände stöd trots överdriven frånvaro på arbetet och han kände sig hemma där. Enligt Michalak et al., (2006) beskrev de att sjukdomen gjorde det svårt att underhålla fast relation i andlig gemenskap. I flera studier av Meadus, (2007); Lim et al., (2004) upplevde de att det ledde till söndring i skolan, familjen och andra sociala förhållanden på grund av de var olik andra. En deltagare beskrev att sjukdomen gjorde det omöjligt att leva i förhållande på grund av att partnern inte orkade med upp och nedgångarna i sjukdomen.

...Made it hard for my partner to cope with my ups and downs. She left me... There are two definite places where I'm at—the down side and the up side and there's a gray area going from one to the other, sorta like three or four stages (Lim et al.; 2004; s.814).

Deltagare i studien av Michalak et al., (2006) beskrev att de kände att självrespekten blev skadad när familjen behandlade dem som barn. De blev handikappade genom att någon tog hand om dem känslomässigt och ekonomiskt. Respekt och värdighet förlorades också vid flytt till gruppboende. De beskrev även att det var viktigt att återvinna självständigheten gentemot familjen och att vara ekonomiskt oberoende. En deltagare beskrev att föräldrarna hade omsorg när hon mådde sämre och det gjorde det svårt att bevara självständighet.

...I had a period where I went back and lived with my parents as an adult and I think they felt a responsibility to make sure that I was taken care of. And I'm grateful for it but from the other side of things it also makes it harder to maintain my sense of self (Michalak et al., 2006, s.29).

Att acceptera och hoppas på framtiden

I flera studier av Meadus, (2007); Michalak et al., (2006); Pollack, (1995); Russell och Browne, (2005) beskrev deltagare att de kämpade med att acceptera och se mening med sjukdo-

men. Självkänsla och identitet återfick de när de kunde acceptera sjukdomen efter att de fått rätt diagnos. Människorna i studien av Russell och Browne, (2005) berättade att det var viktigt att de uppmärksammade att de hade bipolär sjukdom. En del accepterade medicinering med litium men inte diagnosen. Att ju fortare de accepterade sjukdomen och lärde sig om den, desto bättre chans hade de att klara av den. En deltagare uttryckte att det bästa var att inte längre var rädd för sjukdomen.

One of the best things I can say about my illness now is that I am not scared of it anymore. I believe that I have the power to control it. I have learnt how to manage my symptoms (Russell & Browne, 2005, s.189).

I flera studier av Lim et al., (2004); Michalak et al., (2007); Pollack, (1995); Russell och Browne, (2005) berättade deltagare att de hade svårt att acceptera att de hade en psykiatrisk diagnos och för många kom diagnosen som en chock. En del människor gick genom livet utan att kämpa mot sjukdomen. De ville inte höra om sjukdomen och de ville inte ha någon förändring. En deltagare beskrev att han upplevde misslyckande och fel när han behövde ta medicinen och att han var sjuk.

these tablets, it's psychological, thinking that, that you have a disease, there's something wrong with you, you have to take tablets... Sometimes I feel like a bit of a failure... (Lim et al., 2004, s.814).

Enligt Lim et al., (2004) beskrev deltagare att de inte hade något hopp. Hela livet var problematiskt och de kunde inte se någon framtid på grund av tidigare misstag och tabbar. En deltagare berättade att hon inte hade något framtidshopp att ha pojkvän, att gifta sig, att kunna arbeta heltid och hon hade inte heller något hopp om stabilitet. I flera studier av Tse et al., (1999) och Russell och Browne, (2005) beskrev deltagare att de hade hopp om att behålla arbetet och många hoppades på tillfrisknande. Enligt Lim et al., (2004); Meadus, (2007); Russell och Browne, (2005) beskrev deltagare att de kände sig nöjda trots sjukdomen. När det var möjligt att göra vad som helst när de mådde bra upplevde de optimism. Att depressionerna hade lärt dem att göra bättre val i livet och att de reflekterade över sitt förflutna. De hade lärt sig mycket om sig själva genom sjukdomen. En deltagare beskrev att hon nu levde annorlunda men hennes liv var bra.

I had to make huge changes in my life to stay well. Taking medication religiously would be the smallest of these changes. I now lead a different but full life (Russell & Browne, 2005, s.191).

Diskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva människors upplevelse av att leva med bipolär sjukdom. Analysen resulterade i åtta kategorier; att min förändrade självbild leder till förlust; att förstå och inte förstå sjukdomen; att möta en mängd barriärer och svårigheter; att sträva efter kontroll och stabilitet; att vara som andra, att inte bli en diagnos; att hitta strategier för att må bra; att det är viktigt med stöd och relationer och att acceptera och hoppas på framtiden.

I kategorin *att min förändrade självbild leder till förlust* beskrev deltagarna att livet och självbilden förändrades. Det gav förlust av anställning, finansiell status och utanförskap bland familj och vänner. I Nordgren, Asp och Fagerberg (2007) upplevde deltagarna med kronisk kroppslig sjukdom att de var tvungna att ge upp saker som gjorde livet meningsfullt, vilket kändes som besvikelse, frustration och en känsla av att ha misslyckats. De upplevde att det inte längre var möjligt att vara den person de brukade vara inte heller att förstå eller begripa sina upplevelser. Detta var en känsla av att förlora kursen för sig själv och livet eller som existentiell hemlöshet. När de blev medvetna att det inte längre var möjligt för dem att vara sig själva, att vara som de brukade vara eller att leva ett normalt liv. Då upplevde deltagarna att deras existens var meningslös. De kunde inte längre fullfölja sina livs planer eller sociala roller, eller leva aktivt liv vilket innebar anspänning mellan den person de önskade att vara och den person som de verkligen var. Ökning av anspänningen innebar förlorad självaktning vilket betydde ytterligare lidande.

I Aujoulat, Luminet och Deccache (2007) med deltagare med andra kroniska sjukdomar upplevde de kris när de blev sjuk. Förlust av identiteten som en konsekvens av att vara sjuk var den mest sorgliga situationen av maktlöshet för deltagarna. För den sociala identiteten var det viktigt att kunna arbeta. En deltagare uttryckte att sjukdomen gjorde kroppen förändrad och hon slutade att tycka om sig själv. Några andra klagade på förändringar av karaktären och de blev främlingar för sig själv och det tenderade att sänka deras självaktning.

I Person, Addiss, Bartholomew, Meijer, Pou, González och Van Den Borne (2008) uttrycker en kvinna med kronisk kroppslig sjukdom att hon upplever många känslomässiga förluster. Hennes intima relation med hennes man har minskat för att hon inte mår bra. Många av kvinnorna sörjer förlust av normalitet. En kvinna är ledsen för att hon alltid måste ha byxor för att benen är svullna. Kvinnorna uttrycker också ledsenhet över att ha förlorat sin yrkesroll för att de inte kan stå för länge på grund av sina svullna ben. Deras förlust av funktion resulterar i förlust av oberoende och det medverkar till social förlust. En kvinna säger att hon inte kan promenera själv för att hon behöver hjälp. Hon känner sig förändrad och ledsen för att hon inte tar sig ut.

I kategorin *att förstå och inte förstå sjukdomen* beskrev deltagare vikten av att förstå sin sjukdom och lära sig vad som kunde förvärra sjukdomen och att lära sig de tidiga signalerna vid försämringsepisoder. Detta kan jämföras med i Pagels (2004) där svårt kroniskt kroppsligt sjuka, beskriver vikten av att få vara delaktiga i vårdbeslut för att förstå sjukdomen. Erfarenheter ger mer kunskap vilket ger trygghet. Med erfarenhet uppövas en egenvårdsspecifik uppmärksamhet, påpasslighet och förmåga att bedöma situationen och fatta beslut om vad som ska göras. Kroppskänedom och uppmärksamhet på kroppssignaler utvecklades. De förstod då nödvändigheten och konsekvenserna av hälsobeteenden. De hade medvetenhet om sina svaga sidor och visste gränserna för sin egen kapacitet.

I Gossens et al., (2008) beskrev sjuksköterskor att de ibland hjälpte patienten att strukturera upp det dagliga livet. Sjuksköterskor behövde ibland motivera patienten att vara mer aktiv eller slå av på tempot, beroende på deras sinnesstämning. Sjuksköterskan koordinerade omvårdnaden, om nödvändigt konsulterades eller kallades andra professioner in. Sjuksköterskorna i studien beskrev fördelen med att utarbeta handlingsplan tillsammans med patienten. Utlösande faktorer beskrevs i handlingsplanen. Faktorerna utgjorde basen för sjuksköterskans undervisning av patienten i sjukdomsrelaterat självhjälpsteknik. Sjuksköterskorna ansåg att handlingsplanen kunde vara till hjälp för andra professioner om patienten började må sämre. De ansåg även att handlingsplanen stärkte patienten och därigenom hjälpte dem att bättre förstå sjukdomen genom att handlingsplanen var en del i behandlingen.

I vårt resultat framkom det att många var omedvetna att de hade sjukdomen och de inte förstod vad de gick igenom varje dag. De förstod inte heller varför de kände som de gjorde. I Blomberg och Hedelin (2007) beskriver deltagare att närheten till en psykiatrisjuksköterska

placerad på vårdcentral är bra. Steget till att ta kontakt med psykiatrin känns för stort. Av psykiatrisjuksköterskan på vårdcentralen får de information, kontinuitet och hjälp att slussas vidare om så är nödvändigt.

I kategorin *att möta en mängd barriärer och svårigheter* beskrevs hjälplöshet och oförmåga att ändra eller påverka sjukdomen utom genom medicinering. Människor med bipolär sjukdom mötte en mängd barriärer, både inre och yttre i sin strävan att klara det själv. I Murray, Klinger och McKinnon (2007) upplever deltagarna som är döva att kommunicera med andra är den största barriären. För några av deltagarna är det svårt att få gemenskap med familjen för att familjen inte kan teckenspråk. De har även svårt att finna och behålla jobb. Brist på utbildade teckenspråkstolkare är en stor barriär som påverkar deltagarna att kunna delta i samhället, inklusive att gå bra utbildning och möjlighet att arbeta och delta i socialt liv.

I Goodacre (2006) beskrev kvinnor med kronisk värk att de upplevde sociala hinder. För några var det förändring i relationen med vännerna. En kvinna upplevde att vännerna tyckte synd om henne och ville hjälpa henne alltför mycket. En del människor visste inte hur de skulle prata med henne efter att hon blivit sjuk. Andra kvinnor i studien möttes av påträngande frågor från främlingar och andra människors villighet att ge onödig hjälp.

I Giddings, Roy, och Predeger (2007) uttryckte en kvinna med kronisk kroppslig sjukdom att hon hade svårigheter med att orka arbeta en hel dag och det gav henne stress att inte ha pengar. Det var problem för kvinnorna att söka och behålla heltids anställning på grund av deras kroniska sjukdomar. Från tidigt i deras vuxna liv av olika anledningar relaterat till deras sjukdomar hade de flesta av kvinnorna haft ekonomisk otrygghet.

I kategorin *att sträva efter kontroll och stabilitet* framkom svårigheter med att kontrollera svängningarna i sjukdomen. Genom att ta kontroll över sjukdomen kände de mindre fruktan. En del tyckte att genom kunskap om sjukdomen kunde man få kontroll, detta genom bland annat psykiatriska organisationer och stödgrupper. Med rätt diagnos och behandling blev det lättare att ta kontroll över sjukdomen och därmed få stabilitet.

Detta kan jämföras med Burström, Boman, Strandberg och Burlin (2007) som beskriver mäns erfarenhet av att vara trygga och otrygga i samband med hjärtsvikt. Att känna sin kropp och kroppssignaler var viktigt för männens upplevelse av trygghet. Att ha kontroll över sin be-

handling och tro på sin egen bedömning gav också trygghet som förstärktes av att man vågade ifrågasätta råd från läkare och närstående. Om de inte vågade tro på sin egen bedömning bidrog det till otrygghet. Bristande tilltro till inte specialiserade läkare och till läkemedlens effekter hade också betydelse för otrygghet. Otryggheten relaterades också till många möten med olika allmänläkare och utebliven tillgång till specialistläkare. Likaså gav varierade ordinationer av läkemedel mellan olika läkare ofta en känsla av att inte ha kontroll och därmed otrygghet. En del av männen upplevde att de fick kämpa för att få hjälp och att det i bland var det närstående som fick föra deras talan.

I Hjelmblink, Colliander, Horváth-Lindberg och Löök (2003) beskriver kroppsligt sjuka människor sin upplevelse av samtalsgrupper. Relationen till andra i samma situation beskrevs som viktig i bearbetningen och att inhämta kunskap. De tycktes ha behov att berätta om sina upplevelser och bli förstådda av andra som haft stroke. Information om vad stroke är tyckte de att de inte hade fått, vare sig på sjukhuset eller i den efterföljande rehabiliteringsfasen. Att få möta andra med samma erfarenhet kändes betydelsefullt.

I Kralik, Brown och Kock (2001) beskriver deltagare med kronisk kroppslig sjukdom att vissa läkare inte tog deras symtom på allvar innan de fick sin diagnos, de fick höra att de oroade sig i onödan. Eller ännu värre att de var hypokondriska. Deltagare beskriver hur de fick kämpa för att få rätt diagnos. De kände att den diagnos de fått inte stämde och hur de fick kämpa för att få fler undersökningar genomförda för att få rätt diagnos och då rätt behandling.

I kategorin *att vara som andra, att inte bli en diagnos* beskrevs längtan efter ett normalt liv. De ville bli accepterade för den person de var trots att de hade en psykisk sjukdom. Några ansåg att det var större chans att ses som jämlik om andra inte visste om sjukdomen. Detta kan jämföras med Kralik, Brown och Kock, (2001) som beskrev kvinnors upplevelser av att leva med kronisk kroppslig sjukdom. Kvinnorna beskrev känslan av att vad som än var fel ville man bota det så att man kunde återgå till normalt liv. När detta inte hände blev diagnosen skrämmande, oacceptabel och chockerande. När medicinerna inte var till hjälp var det svårt att se hur man skulle kunna återgå till det normala. Att leva med kronisk kroppslig sjukdom innebar att familjelivet blev försämrat. Framtiden såg mörk ut och de visste inte hur de skulle orka bära sjukdomen resten av deras liv och de upplevde att livet var över. Från den stunden när de fått diagnosen upplevde de att livet inte skulle bli det samma igen.

Resultatet kan också jämföras med i Huus och Enskär (2007) beskrev tonåringar upplevelsen av att leva med typ 1 diabetes. Tonåringarna beskrev att de var annorlunda jämfört med deras vänner i samma ålder. De kände att deras vänner såg på dem på ett annat sätt efter de hade fått diagnosen och att de inte kunde göra samma saker som deras vänner längre som exempelvis att äta vad de ville. Även om de visste att behandlingen skulle göra att de månader bättre valde några att inte använda den utrustning de fått som exempelvis insulin pump för att de inte ville vara annorlunda. Leva ett liv med rutiner var svårt för dessa tonåringar, de behövde hålla tider för måltider och injektioner. De kunde inte spendera tiden på samma sätt som deras vänner längre vilket de ville och slippa rutinerna. Tonåringarna kände att de inte kunde slappna av och de hade inte samma möjlighet som deras vänner att vara spontana, de behövde alltid tänka på att ta med insulinet.

I kategorin *att hitta strategier för att må bra* upplevde de att daglig struktur i social kontakt var viktig för att må bra. Det förbättrades deras hälsa och sinnesstämning om de gick upp på morgon och lade sig på kvällen. Detta kan jämföras med Dongbo, Ding, McGowan och Fu (2005) som beskrev hur deltagare i självhjälpsprogram lärde sig olika strategier för att må bättre i sina kroniska kroppsliga sjukdomar. De lärde sig att göra veckoplaneringar, att slappna av, att lyssna på musik och promenera. De lärde sig även att äta hälsosammare, ha struktur på varje dag, göra dagliga aktiviteter och att tänka positivt för att vända negativa känslor.

Deltagarna i Yu, Lee, Kwong, Thomson och Woo (2008) med en annan kroppslig sjukdom förändrade sin livsstil med att ändra sin diet, slutade att röka och dricka alkohol och de minskade på stressen för att må bra. I Goodacre (2006) undvek kvinnorna med kronisk värk speciell mat och att göra för mycket. De kunde inte gå ut en kall fuktig dag och de planerade mindre aktiviteter de dagar som de åt methotrexat. De speciella strategier de använde för att minska symtomen förutom medicin och TENS maskin var motion, vila, massage, heta kuddar, alternativ terapi och diet. I Person et al., (2008) använder kvinnorna tron på Gud som strategi för att må bra och finna styrka. En kvinna hoppades att Gud skulle hjälpa henne att bli bättre och få styrka att gå till kyrkan. En strategi för att må bra för några kvinnor var att bry sig om andra. Några få kvinnor använde humorn som strategi.

I kategorin *att det är viktigt med stöd och relationer* beskrevs det sociala nätverket livsviktigt för att få hjälp med att upptäcka tidiga tecken i sjukdomen. Enligt Forsberg och Wallmark (1998, s.49-50) har man inom socialmedicinsk forskning påvisat nätverksfaktorernas betydelse.

se för hälsan. Med hjälp av nätverksterapi kan man bearbeta händelsen vid ett psykiskt insjuknande så att människan kan behålla sina viktiga relationer under sjukdomstiden. Om åtgärden sätts in direkt vid första insjuknandet kan utglesningen av nätverket förebyggas och risken för återinläggning minskas.

I Piippo och Aaltonen (2004) beskrev människor med psykiska sjukdomar positiva aspekter på nätverksträffar där familjemedlemmar och det sociala nätverket samt vårdgivare deltog. Deltagare i studien beskrev att de inte längre kände det som om de vandrade runt mellan olika vårdgivare. Att vårdgivarna fick en annan förståelse för situationen och att de närstående fick information om vården och behandlingsprocessen. Vidare beskrevs det att atmosfären på dessa träffar gjorde att de kände sig fria att säga vad de ville och behövde säga, deras problem sågs från flera håll. Dock fanns oro för familjemedlemmarna och deras känslor, att det skulle innebära ett större lidande.

Nätverkskontrakt (Gentzel, 2006, s.59-62) är utarbetad av en som själv har haft bipolär sjukdom i många år. Kontraktet skrivs när patienten är stabil och själv vet vad den vill. I kontraktet skrivs vad patienten vill att familjen, vänner, arbetskamrater och vårdteamet ska göra när de märker att patienten mår sämre som att få hjälp till sjukhuset, passa lägenheten vid sjukhusinläggning, besöka på avdelningen mm. I kontraktet är de läkemedel nämnda som patienten använder och att det endast är patientansvarig läkare som får ändra ordinationerna. De är beskrivna hur de fungerar och varför patienten behöver ta dem. Patienten förbinder sig att själv att vara uppmärksam på tidiga tecken och då sätta gränser för att undvika maniska eller depressiva reaktioner. Blir det diskuteras när det sociala nätverket träder in enligt kontraktet hänvisar de just till kontraktet. Var och en som finns omnämnd i kontraktet har skrivit på det och har fått en kopia. Detta har resulterat i färre inläggningar på sjukhus. Kontraktet utarbetas av sjuksköterskan och de övriga i vårdteamet tillsammans med patienten och dennes nätverk.

I kategorin *att acceptera och hoppas på framtiden* beskrevs att de kämpade med att acceptera och se mening med sjukdomen. I Yu et al., (2008) om kronisk kroppslig sjukdom accepterade de äldre kvinnliga deltagarna lättare sin sjukdomssituation. De fann mer positiv mening med sjukdomen troligen för att de var mer engagerade i andliga aktiviteter. Några äldre deltagare över 70 år accepterade livssituationen med att ta det som kom och att det var Guds vilja. I Giddings et al., (2007) med kvinnor som hade andra kroniskt kroppsliga sjukdomar uttryckte

en kvinna att hon inte tänkte på framtiden utan levde en dag i sänder och gjorde det bästa av varje dag.

I Fuller, Harvey och Misan (2004) fick deltagarna med kroniska sjukdomar tillit och förtroende genom självhjälpkurserna och det hjälpte dem att acceptera deras handikapp. Viktigt för acceptansen var även att dela sina erfarenheter med andra som hade kroniska sjukdomar. För tonåringarna i Berntsson, Berg, Brydolf och Hellström (2007) med kroniskt kroppsliga sjukdomar var det viktigt att acceptera sjukdomen som naturlig del av deras liv. Acceptansen varierade under perioder och bland deltagarna. Deras erfarenheter var att de kunde lita på sina egna krafter och tillgångar och de hade också tro på framtiden.

I Kim, Kim, Schwartz-Barcott och Zucker (2006) upplever deltagarna med kroniska sjukdomar hopp genom att de har en positiv attityd till nuet och till framtiden. En kvinna känner hopp när hon får eller gör det som hon önskar. Deltagarna har realistisk acceptans av deras situationer och deras hopp är rotat i deras syn på Gud som stadig kraft i deras liv. En deltagare uttrycker att allting är i Guds händer och han har hjälpt henne genom mycket. Deltagarna upplever även hopp om de har acceptans att det finns möjligheter i framtiden.

Vid olika kroniska sjukdomar ser vi att det finns gemensamma problem. Livet förändras när människor får sina sjukdomar och det ger många förluster. Ett annat gemensamt problem är att förstå sjukdomen och då är det viktigt att få vara delaktig i vårdbesluten. De upplever svårigheter att finna och behålla arbete och att orka arbeta en hel dag. Det är även svårt att delta i socialt liv. Flera upplever svårigheter att ta kontroll över sjukdomen men med rätt diagnos och behandling blir det lättare. Gemensamt är även att vilja vara som andra och bota det som är fel för att kunna leva ett normalt liv. För att få livet i balans behöver de lära sig strategier för att må bättre som att tänka positivt för att vända negativa känslor. Gemensamt problem är också att det är svårt att klara av sjukdomen själv. Det är därför viktigt med stöd från vänner, familj och sjukvårdspersonal. Att det tar tid att acceptera och se mening med sjukdomen är också ett gemensamt problem. Specifika problem som människor med bipolär sjukdom upplever är att det ibland är svårt att se om en känsla eller uppförande beror på sjukdomen. För de i manisk fas är bisarra beteenden, översexualitet och köpgalenskap inte ovanligt. Inte heller de som har en tro på Gud kan avgöra i alla situationer vad som är verklighet eller vad som hör till sjukdomen. För människor med kronisk kroppslig sjukdom och bipolär sjukdom finns många likheter men även olikheter.

I vårt resultat har vi funnit att få vetskap om att man har en kronisk sjukdom kan jämföras med att man genomgår en krisreaktion. Människor upplever att självbilden förändras, de känner förlust, har behov av stöd och lära sig hitta lösningar själv. Enligt Lökenstgard (1997) kan sjuksköterskan ge stöd till människor för att stärka självförtroende, identitetsupplevelse och att tro på sig själv då dessa sidor ofta är känsliga vid kriser. Viktigt stöd är att ge utrymme för känslouttryck som glädje, sorg, besvikelse, aggressioner och att hjälpa till med att skapa struktur. Det kan rikta sig till människans känsla, beteende eller båda (s.104-106). Vidare menar Lökenstgard (1997) har sjuksköterskan en viktig uppgift i att förstå människan. Dels för att få så tillförlitlig information som möjligt till sitt arbete och dels är det betydelsefullt för människan att bli förstådd. För att kunna hjälpa till med hans eller hennes behov av att förstå behöver sjuksköterskan lära känna individen. Att ha personlig kontakt är viktigt lika så den yrkeskunskap sjuksköterskan har (s.41-42).

Metoddiskussion

Vi valde att fördjupa oss i ämnet bipolär sjukdom eftersom det intresserar oss. Vi ger bakgrund och beskriver syftet med studien i introduktionen. Resultatet svarar mot syftet och att andra studier visar samma resultat som vårt arbete stärker resultatet. Enligt Holloway och Wheeler (2002, s.255) bedöms forskningen på vilket sätt man nått resultatet och om syftet är bekräftat. Forskaren ska vara öppen, ärlig och intresserad av fenomenet som det forskas kring och inte förvräda verkligheten. Genom att forskaren visar sitt tillvägagångssätt och ger läsare information om eventuell tidigare forskning och bakgrund ger det bekräftelse om att studien inte är snedvriden.

Litteraturstudien är utförd med kvalitativ innehållsanalys med manifest ansats. Den kvalitativa metoden beskriver människors upplevelser ur inifrånperspektiv och trovärdigheten i studien ökar eftersom människorna är källan till kunskap och förståelse (Downe-Wamboldt, 1992). Begränsningar med denna litteraturstudie var att en av de utvalda artiklarna var det bara en deltagare. Dock skiljde sig inte upplevelserna åt i den artikeln mot de övriga sju artiklarna. En annan begränsning med litteraturstudien var att vi har begränsad erfarenhet av att kvalitetsgranska vetenskapliga artiklar. Uppgiften har utförts systematiskt med granskningsprotokoll som stöd utifrån Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006). Båda författarna har tillsammans tagit ut textenheter, översatt, kondenserat och kategoriserat dessa vilket höjer studiens tillförlitlighet och minskar risken för feltolkning och ensidighet. Författarna har kontinuerligt gått till-

baka till originaltexten för att se så inte viktig information tappas på vägen (Holloway och Wheeler, 2002, s.254-255). En svaghet i vår studie kan vara att översättningen från engelska till svenska har gjort att nyanser inte har fångats och förändrats. För att beskriva sammanhanget i detalj tog vi ut tillräckligt stora textenheter. Pålitligheten stärktes genom att vi var två som analyserade arbetet samt granskades av handledare och andra kursdeltagare. Citaten från deltagarna i studierna styrkte också pålitligheten, eftersom det återger deltagarnas upplevelser. Genom att ha redovisat att andra studier kommer fram till liknande resultat i diskussionen stärks överförbarheten. Holloway och Wheeler (2002, s.255) menar att pålitlighet innebär att resultaten ska överensstämma och vara exakta.

Slutsats

Vi har kommit fram till att leva med bipolär sjukdom har mycket gemensamt med att leva med andra kroniska sjukdomar. Kroniskt sjuka människor har mycket att lära av varandra eftersom de har så många gemensamma problem. Olika sjuksköterskespecialister har även mycket att lära av varandra eftersom dessa människor behöver samma omvårdnad med många av sina problem. Det är troligt att denna litteraturstudie ger ökad kunskap och förståelse om hur det är att leva för människor med bipolär sjukdom för de flesta sjuksköterskor som tar del av den. För sjuksköterskan är det viktigt att få ökad kunskap, förståelse och insikt hur sjukdomen påverkar och förändrar livet för människor med bipolär sjukdom. Var vi än arbetar inom vården möter vi människor med psykisk ohälsa. Ökad kunskap och förståelse gör även att onödigt vårdlidande inte uppstår och att människorna kan känna sig trygga i den vårdssituation de befinner sig i. Genom att ge sjuksköterskor möjlighet att ta del av denna litteraturstudie hoppas vi att det kan leda till större insikt hur det är att leva med bipolär sjukdom. Vikten av samarbete mellan olika vårdinrättningar, kommunen, arbetsgivare, försäkringskassa, arbetsförmedlingen och närstående kan inte nog påpekas så att dessa människor känner sig som en del av samhället. Resultatet i denna litteraturstudie väckte intresset hos författarna. I framtida forskning skulle det vara intressant att gå djupare in på hur människor med bipolär sjukdom kan hitta strategier för att må bra och kunna klara sig utan läkemedel och om detta är möjligt.

Referenser

*artiklar som ingår i analysen

American Psychiatric Association, (2002). *MINI-D IV Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. Danderyd: Pilgrim Press.

Aujoulat, I., Luminet, O., & Deccache, A. (2007). The perspective of patients on their experience of powerlessness. *Qualitative Health Research*, 17, 772-785.

Baker, J. A. (2001). Bipolar disorders: an overview of current literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 437-441.

Bendz, H., & Aurell, M. (2004). Litiumbehandlings biverkningar och säkerhetsrutiner. *Läkartidningen*, 101, 1902-1908.

Berntsson, L., Berg, M., Brydolf, M., & Hellström, A. (2007). Adolescents' experiences of well-being when living with a long-term illness or disability. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 21, 419-425.

Blomberg, B., & Hedelin, B. (2007). Att få personlig vägledning – patienters erfarenheter av mötet med en psykiatrisjuksköterska inom primärvården. *Vård i Norden*, 84, 27, 2, 25-29.

Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11, 461-466.

Burström, M., Boman, K., Strandberg, G., & Burlin, C. (2007). Manliga patienter med hjärtsvikt och deras erfarenhet av att vara trygga och otrygga. *Vård i Norden*, 85, 27, 24-28.

Casey, B. (2003). Meanings of madness: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 89-99.

Cullberg, J. (2005). *Dynamisk psykiatri*. (6:e uppl.). Stockholm: Natur och Kultur.

Dongbo, F., Ding, Y., McGowan, P., & Fu, H. (2006). Qualitative evaluation of Chronic Disease Self Management Program (CDSMP) in Shanghai. *Patient Education and Counseling*, 61, 389-396.

Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: Method, applications, and issues. *Health Care for Women International*, 13, 313-321.

Eliasson-Lappalainen, R., Meeuwisse, A., & Sunesson, S. (2005). Psykiatris förändrade former. I T. Goldberg (Red.), *Samhällsproblem* (pp. 448-487). Lund: Studentlitteratur.

Fuller, J., Harvey, P., & Misan, G. (2004). Is client-centred care planning for chronic disease sustainable? Experience from rural South Australia. *Health and Social Care in the Community*, 12, 318-326.

Forsberg, G., & Wallmark, J. (1998). *Nätverksboken – om mötets möjligheter*. Stockholm: Liber.

Gentzel, L. (2006). *Nätverkskontrakt - Ett verktyg i återhämtning*. Hägersten: Riksförbundet för Social och Mental Hälsa och Föreningen Balans.

Giddings, L.S., Roy, D.E., & Predeger, E. (2007). Women's experience of ageing with chronic condition. *Journal of Advanced Nursing*, 58, 557-565.

Goodacre, L. (2006). Women's perceptions on managing chronic arthritis. *British Journal of Occupational Therapy*, 69, 7-14.

- Goossens, P.J.J., Beentjes, T. A.A., de Leeuw, J. A. M., Knoppert-van der Klein, E.A.M., & van Achterberg, T. (2008). The Nursing of outpatients with a bipolar disorder: what nurses actually do. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22, 1, 3-11.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Hill, G.R., Shepherd, G., & Hardy, P. (1998). In sickness and in health: The experiences of friends and relatives caring for people with manic depression. *Journal of Mental Health*, 7, 6, 611-620.
- Hilty, D.M., Brady, K.T. (1998). A review of bipolar disorder among adults. *Psychiatric Services*, 50, 201-213.
- Hjelmblink, F., Colliander, M., Horvát-Lindberg, J., & Löök, J. (2003). Effekter av samtalsgrupper vid rehabilitering av geriatriska post stroke patienter. *Vård i Norden*, 64, 23, 39-44.
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2002). *Qualitative research in nursing*. Oxford: Blackwell Sciences.
- Hummelvoll, J. K., Severinsson, E. (2002). Nursing staff's perceptions of suffering from mania in acute psychiatric care. *Journal of Advanced Nursing*, 38, 416-424.
- Huus, K., & Enskär, K. (2007). Adolescent's experience of living with diabetes. *Paediatric Nursing*, 19, 29-31.
- Kim, D.S., Kim, H.S., Schwartz-Barcott, D., & Zucker, D. (2006). The nature of hope in hospitalized chronically ill patients. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 547-556.
- Kralik, D., Brown, M., & Kock, T. (2001). Women's experiences of 'being diagnosed with a long-term illness. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 594-602.
- *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*, 192, 12, 810-817.
- Lindskog, B.I. (2004). *Medicinsk terminologi*. (5:e uppl.). Stockholm: Lindskog B.I. och Nordiska Bokhandeln's Förlag.
- Lökensgard, I. (1997). *Psykiatrisk vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- *Meadus, R.J. (2007). Adolescents coping with mood disorder: a grounded theory study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 209-217.
- *Michalak, E.E., Yatham, L.N., Kloesar, S., & Lam, R.W. (2006). Bipolar disorder and quality of life: A patient-centered perspective. *Quality of Life Research*, 15, 25-37.
- *Michalak, E.E., Yatham, L.N., Maxwell, V., Hale, S., & Lam, R.W. (2007). The impact of bipolar disorder upon work functioning: a qualitative analysis. *Bipolar Disorder*, 9, 126-143.
- Miller, K. (2006). Bipolar disorder: Etiology, diagnosis, and management. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 18, 368-373.
- Murray, J.B., Klinger, L., & McKinnon, C.C. (2007). The deaf: An exploration of their participation in community life. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 27, 113-120.
- Nordgren, L., Asp, M., Fagerberg, I. (2007). Living with moderate-severe chronic heart failure as a middle-aged person. *Qualitative Health Research*, 17, 4-13.
- Ottosson, H., & Ottosson, J-O. (2007). *Psykiatriboken*. Stockholm: Liber.

- Pagels, A.A. (2004). Egenvård – kapacitet i vardagen vid kronisk sjukdom. *Vård i Norden*, 73, 24, 10-14.
- Person, B., Adiss, D., Bartholomew, L.K., Meijer, C., Pou, V., González, G., & Van Den Borne, B. (2008). "Can it be that God does not remember me": A qualitative study on the psychological distress, suffering and coping of Dominican women with chronic filarial lymphedema and elephantiasis of the leg. *Health Care for Women International*, 29, 349-365.
- Pippo, J., & Aaltonen, J. (2004). Mental health: integrated network and family-oriented model for co-operation between mental health patients, adult mental health services and social services. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 876-885.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research, Principles and Methods*. (5th ed.). Philadelphia: Lipponcott Williams & Wilkins.
- *Pollack, L.E. (1995). Striving for stability with bipolar disorder despite barriers. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9, 3, 122-129.
- *Russell, S.J., & Browne, J.L. (2005). Staying well with bipolar disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 187-193.
- Rusner, M. (2004). *Mod att sätta sitt eget välbefinnande på spel och att handla enligt sin vilja – innebörden i att härbärgera patientens lidande i psykiatrisk omvårdnad. Intervjustudie med psykiatrisjuksköterskor*. D-uppsats Högskolan i Borås, Institutionen för vårdvetenskap.
- SBU rapport "Behandling av depressionssjukdomar". En systematisk litteraturoversikt. SBU rapport 2004. Nr 166.
- SBU rapport "Evidensbaserad omvårdnad vid behandling av personer med depressionssjukdomar". SBU rapport 1999. Nr 3.
- SBU rapport "Sjukskrivning: orsaker, konsekvenser och praxis". En systematisk litteraturoversikt. SBU rapport 2003. Nr 167.
- Socialstyrelsen, 2005, Folkhälsorapport. (www) Tillgängligt på <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8707/Sammanfattning.htm>. Hämtat den 080211 klockan 18.30.
- Tranvåg, O., & Kristoffersen, K. (2008). Experience of being the spouse/cohabitant of a person with bipolar affective disorder: a cumulative process over time. *Scandinavian Journal Caring Science*, 22, 5-18.
- *Tse, S., & Yeats, M. (2002). What helps people with bipolar affective disorder succeed in employment: A grounded theory approach. *Work*, 19, 47-62.
- *Tse, S.S., Yeats, M., & Walsh, A.E.S. (1999). A single case study: Striving for stability and work – "it's a real bastard of a disease". *Work*, 12, 151-157.
- Tugrul, K. (2003). The nurse's role in the assessment and treatment of bipolar disorder. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 9, 180-186.
- Wetterberg, L. (2000). Psykisk sjukdom ett arv. *Läkartidningen*, 97, 558-567.
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.
- Yu, D.S.F., Lee, D.T.F., Kwong, A.N.T., Thomson, D.R., & Woo, J. (2008). Living with chronic heart failure: a review of qualitative studies of older people. *Journal of Advanced Nursing*, 61, 474-483.

Bilaga 1

Kvalitetsgranskning av artiklar: protokoll kvalitativ studie

1. Typ av studie**2. Är resultaten i denna studie tillförlitliga?**

Finns en tydlig avgränsning, problemformulering och syfte?

Är urvalet av deltagare tydligt beskrivet?

- Inkluderade
- Exkluderade

Är kontext/sammanhang för studien tydligt beskrivet?

Är metoden tydligt beskriven?

- Datainsamling
- Dataanalys

3. Etiskt resonemang

Finns ett etiskt resonemang beskrivet?

4. Vad visar studien för resultat?

Är resultaten logiskt, begripligt och kommunicerbart beskrivna?

Kvalitetsbetyg

Gradera kvalitén

Hög

Medel

Låg

Kommentar: