



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

HÄLSORELATERAD LIVSKVALITET VID BIPOLÄR SJUKDOM

Litteraturöversikt i omvårdnad

Författare: Rania Bawi & Viktor Josefsson
Program/kurs: Sjuksköterskeprogrammet OM5250
Nivå: Grundnivå
Termin/år: VT 2017
Handledare: Mirjana Kustrimovic
Examinator: Lotta Johansson
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Förord

Tack till vår handledare Mirjana Kustrimovic för er tid och ert stora engagemang.

Sammanfattning

Bakgrund: Bipolär sjukdom är en av de vanligaste psykiska sjukdomarna, och innebär ofta ett stort lidande för såväl den sjuke som personer i dennes omgivning. Sjukdomen påverkar livskvaliteten på många sätt, och innebär dessutom kraftigt förhöjd risk för självmord.

Syfte: Att identifiera faktorer som påverkar livskvalitet hos patienter med bipolär sjukdom.

Metod: Litteraturoversikt med tio vetenskapliga artiklar publicerade mellan år 2008- 2016.

Artiklarna är kvantitativa och kvalitativa. Intervjuer och tvärsnittsstudier är några av de metoder som använts mest för att undersöka faktorer som påverkar livskvalitet hos bipolärt sjuka patienter.

Resultat: När analysen var klar framkom ett övergripande tema och sex subteman. Huvudtemat var förändrad livskvalitet vid bipolär sjukdom och subteman var: Förlust av kontroll, stigmatisering, kognition, sömn, självmordstankar och samhällsfaktorer.

Slutsats: Studien visar att patienter med bipolär sjukdom har lägre livskvalitet än befolkningen i allmänhet. Detta beror på ett flertal faktorer, varav förlust av kontroll och stigmatisering är några av de viktigaste. Även låg kognition, sömnstörningar och självmordstankar är relaterade till en låg livskvalitet. Studier från olika delar av världen visar på att även samhällsfaktorer kan vara en viktig faktor, då resultaten från dessa studier tyder på att livskvaliteten påverkas på olika sätt i olika länder.

Innehållsförteckning

INTRODUKTION

INLEDNING	5
BAKGRUND.....	5–8

SYFTE 8

Problemformulering	8
--------------------------	---

METOD 9

Datainsamling.....	9
Sökord.....	9
Artikelurval	9
Kvalitetsgranskning	9
Forskningsetik	10
Dataanalys.....	10

RESULTAT 10

Förlust av kontroll.....	10-11
Stigmatisering.....	11-12
Kognition.....	12
Sömn.....	12
Självordsförsök.....	12-13
Samhälls-faktorer.....	13

DISKUSSION 14

Metoddiskussion	14-15
Resultatdiskussion	15–18
Slutsats	19

REFERENSER 20–22

Bilagor

- Bilaga 1 & 2 Artikelsökning
- Bilaga 3 Kvalitetsgranskningsmall
- Bilaga 4 Artikelsammanställning

Introduktion

Inledning

Bipolär sjukdom är idag ett växande problem i samhället, och har stor påverkan på livskvaliteten för de drabbade. Den bipolära patientgruppen har länge varit en bortglömd grupp i samhället och inte minst i vården. Författarnas intresse för ämnet väcktes av bipolärt sjuka patienter på sociala medier som gav uttryck för hur bortglömda de känner sig när de söker vård och hur de upplever att deras symptom och känslor inte tas på allvar. Det är viktigt att sprida informationen kring hur bipolärt sjuka patienter egentligen mår och hur betydande del det egentligen är inom omvårdnad. Varje sjuksköterska stöter på bipolärt sjuka patienter i sitt arbete, och då är det viktigt att inte bara behandla det fysiska utan även kunna möta det psykiska för att kunna utföra en god vård. Behandling av endast det fysiska utan att ta hänsyn till det psykiska tros bidra till att vårdkvaliteten minskar drastiskt.

Bakgrund

Bipolär sjukdom

Bipolär sjukdom klassificeras som affektiv sjukdom som innehåller en eller flera maniska episoder, med eller utan depressiva episoder. De maniska episoderna karaktäriseras av ett förhöjt, expansivt eller irriterat känslotillstånd. Dessa episoder kan vara av varierande intensitet, och kan i vissa fall likna psykotiska tillstånd. Hypomani är mindre intensivt, men har samma karaktär som mani (American Psychiatric Association, 2000).

Livstidsprevalensen för bipolär sjukdom beräknas ligga omkring 3,9 procent av befolkningen (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas & Walters, 2005). Det är en sjukdom som har en ärftlig komponent, och kvinnor i barnafödande ålder, från släkter där bipolär sjukdom förekommer utgör en viktig riskgrupp (Stuart, 2013). Andra faktorer som påverkar risken att drabbas är social miljö, personlighet och anknytning. En ökad sårbarhet för stress verkar vara en viktig riskfaktor, och sjukdomen bryter ofta ut i samband med stressande händelser (Jönsson, 2006).

Patienter med bipolär sjukdom löper stor risk att få problematik med alkohol och droger (Saddock och Saddock, 2000). Bipolär sjukdom är också relaterat till många missade arbetsdagar, (65 per år, att jämföra med 27 för depression). Genom en kombination av psykoterapi och medicinering kan 75–80 % av de som har bipolär sjukdom leva ett i stort sett normalt liv, enligt (Stuart, 2013).

Mani och depression

De som befinner sig i, eller har befunnit sig i maniska perioder har beskrivit att de i dessa perioder känner sig glada, bekymmerslösa och till och med euforiska. En del av de symptom som tyder på mani, såsom hyperaktivitet, förhöjd sexuell lust och ökat självförtroende, kan också verka eftersträvansvärda. De som är inne i en manisk episod uppvisar dock ofta även sådana symptom som bristande bedömning av risker och konsekvenser, vilket kan leda till att de är farliga för både sig själva och andra. Mani kan liknas vid att man går på högvarv. Till en början känner man att man får mycket saker gjort, och att man har obegränsat med energi. Då manin tilltar förändras dock

verklighetsuppfattningen, och maniker tenderar att ägna sig åt alltför många aktiviteter på en gång, och den förhöjda aktiviteten kan snabbt leda till utbrändhet (Stuart, 2013).

En annan vanlig tendens hos maniker är att de lätt blir irriterade på människor i sin omgivning. De kan uppleva sig ha en särställning, som gör att man står över andra människor. Det innebär ofta att man visar en förminskad förståelse för andra, och har svårt att ta emot kritik eller bli ifrågasatt (Lam och Wong, 1997).

Hur länge de maniska episoderna pågår, och hur intensiva de är, varierar kraftigt mellan patienter, och från gång till gång hos patienterna. Vad som dock förenar de allra flesta som haft en manisk episod är att de mellan dessa episoder också går igenom episoder av depression. Dessa perioder karaktäriseras av känslor som nedstämdhet och oförmåga att känna glädje. Ofta förekommer också oro och ångest. Vid djup depression kan självmordstankar uppstå, och mellan 25 och 50 procent av alla patienter med bipolär sjukdom gör någon gång ett självmordsförsök (Stuart, 2013). Det har visat sig att risken för självmord ökar signifikant med tiden man är deprimerad. Det är därför viktigt att snabbt identifiera patienter som är deprimerade (Holma, Melartin, Haukk, Sokero & Isometsa, 2010).

Mellan perioderna av mani eller depression är patienterna ofta fria från symtom under en längre tid, ibland flera år. Oftast uppvisas de första tecknen under tonåren, och yngre personer löper större risk än äldre, att drabbas av en första manisk eller depressiv episod. Däremot ökar risken för ytterligare episoder med en ökande ålder och intervallet mellan episoderna minskar med tiden (Sorrell, 2011).

Sömnens betydelse för personer med bipolär sjukdom

Sömn är en väldigt viktig faktor, både för att förebygga och behandla bipolär sjukdom. Under maniska faser är det mycket vanligt att patienten upplever ett minskat sömnbehov. Den som är inne i en manisk fas kan också känna att det inte finns tid att sova. Mani leder alltså till sömnstörningar, men det kan också vara omvänt, att sömnstörningar utlöser en manisk episod. Sönnen kan även vara viktig i arbetet med att identifiera risk för framtida maniska episoder, då den totala sömntiden är en indikator på hur stor risk som föreligger för att drabbas av mani. Den totala sömntiden kan dessutom användas för att utvärdera effekterna av en behandling. Därför är det viktigt att man inom vården arbetar med att utvärdera och hantera sömnstörningar (Plante och Winkelman, 2008).

Sönnen är en viktig faktor även vid depression. Studier har visat att 90 procent av deprimerade patienter uppvisar ett avvikande sömnmönster. Generellt sett består denna skillnad i att deprimerade patienter når REM-sönnen betydligt snabbare, och spenderar mindre tid i djupsömn, jämfört med kontrollgrupper. Detta leder till den trötthet som är förknippad med depression (Stuart, 2013).

Patienter med bipolär sjukdom i vården

Enligt Stuart (2013) kan maniska patienter vara svåra att hantera inom vården, då de ofta motsätter sig vård. Bristande sjukdomsinsikt är vanligt hos maniska patienter, och då de ofta anser sig själva "stå över" andra människor är det svårt att övertyga dem om att de behöver hjälp. Dessutom är irritabilitet vanligt hos maniker. På grund av detta är det mycket viktigt att sätta gränser, och att sjuksköterskor arbetar på samma sätt. Att alla har samma förhållningssätt är viktigt, eftersom maniker ofta är bra på att manipulera andra, och spela ut personalen mot varandra. Vidare nämner Stuart (2013) att en annan faktor som gör det svårt att bemöta maniker är att det ofta kan vara svårt att förstå vad de säger. De pratar ofta väldigt fort, och för resonemang som kan vara svåra att följa. Det man som sjuksköterska bör göra är att hjälpa patienten att prata långsammare, och framförallt att följa en tanke i taget. Ett lugnt bemötande ger patienten bättre möjlighet att komma ner i varv, vilket är nödvändigt för att ta sig ur den maniska fasen.

På längre sikt behöver patienter med bipolär sjukdom kognitiv terapi (i kombination med medicinering) för att få hjälp att hantera sina tankar, och undvika att gå in i nya maniska faser. En viktig uppgift för sjuksköterskor är att hjälpa patienten att få en mera realistisk självbild, och att sätta mera realistiska mål. Det är viktigt att hjälpa patienten att inse fördelarna med att undvika sina maniska faser. Detta betonas därför att mani, till skillnad från många andra sjukdomstillstånd, av patienten inte sällan betraktas som något positivt. Ökad produktivitet och kreativitet, samt en förhöjd social förmåga och ett bättre sexliv är några av de fördelar som tas upp av många maniker. Det är inte ovanligt att de som har bipolär sjukdom upplever att fördelarna överväger nackdelarna. Deprimerade patienter skiljer sig på flera viktiga punkter från maniska. De har till exempel oftare en sjukdomsinsikt, och har till skillnad från maniker ofta svårt att ta initiativ och upplever ofta en hjälplöshet. (Stuart, 2013).

Fysisk aktivitet har vid sidan om de fysiska fördelarna även en antidepressiv effekt, och kan hjälpa deprimerade patienter att ta sig ur eller förebygga en depressiv episod. Patienterna själva har dock ofta en omvänd syn på detta, och anser att de först behöver komma ur sin depression, för att sedan orka med att börja aktivera sig. Därför är det viktigt för sjuksköterskan att hjälpa patienten att komma igång med aktiviteter. Här är det dock viktigt att inte sätta för höga mål, då detta kan sätta för stor press på patienten, och därmed få motsatt effekt. En deprimerad patient har ofta, till skillnad från en manisk patient, ett väldigt lågt självförtroende, och misslyckande kan därför ha en mycket negativ effekt, som ytterligare sänker självförtroendet. Därför måste målen vara uppnåeliga, och det är viktigt att man som sjuksköterska känner av vilka aktiviteter patienten är kapabel att klara av för stunden. En annan typ av stöd som kan hjälpa såväl maniska som deprimerade patienter är avslappningsövningar. Båda grupperna är ofta i behov av hjälp med att hantera sin ångest, och därigenom uppleva en högre livskvalitet (Stuart, 2013). Patienter med bipolär sjukdom har ofta en stark längtan efter stabilitet, men har svårt att se hur de ska kunna få kontroll över sin tillvaro. En viktig uppgift för sjuksköterskan är att hjälpa patienten att få tilltro till sin förmåga att kunna hantera sin situation (Lim, 2004).

Bipolär sjukdom och sociala interaktioner

Både maniska och deprimerade patienter har ofta problem med sociala interaktioner och andra människor undviker dem ofta, då de kan upplevas som svåra att umgås med. För sjuksköterskan är det viktigt att stötta patienterna i att förbättra sina sociala förmågor. Genom att lära känna patienten, och ta reda på vad som intresserar denne, kan sjuksköterskan föreslå lämpliga aktiviteter som involverar möten med andra (Stuart, 2013).

Det är också viktigt att patientens anhöriga involveras. Patienter med bipolär sjukdom uppvisar ofta ett beteende som kan vara svårt att bemöta för människor i omgivningen, vilket kan orsaka problem med sociala relationer. Det är ofta svårt för de anhöriga att förstå vad det är som orsakar detta beteende. Det kan leda till allt ifrån att de anhöriga anklagar sig själva, till att de tar avstånd ifrån den sjuke. Därför är det viktigt att de får information om vad sjukdomen innebär, och hur de kan hjälpa den drabbade (Jönsson, 2006).

Teoretisk referensram

Livskvalitet

Livskvalitet handlar om en persons välbefinnande, och detta är särskilt viktigt hos en person med bipolär sjukdom, då ett högt välbefinnande kan minska de negativa symptomen. Hos personer med bipolär sjukdom påverkas livskvalitet av olika faktorer t.ex. psykosociala. Det är viktigt att

personens känslor och tankar går i positiva riktningar för att uppnå en god livskvalitet (Jormfeldt,2006). Livskvalitet kan innebära väldigt olika saker för olika individer. För att kunna hjälpa en människa som har bipolär sjukdom att uppnå högsta möjliga livskvalitet är det viktigt för sjuksköterskor och andra i personens omgivning att försöka ta reda på vad hen upplever som livskvalitet. En sjuksköterska borde börja med att inventera patientens resurser, drömmar och önsknningar, för att utifrån detta sätta upp mål och delmål för arbetet med att öka välbefinnande och därmed livskvalitet. Denna inventering görs genom samtal kring vad patienten upplever som viktigt i livet, och för att uppnå ett gott resultat kan det krävas flera långa samtal, där patienten har gott om tid och utrymme att beskriva sin syn på livskvalitet (Perseius, 2014).

Två olika sätt att mäta livskvalitet används i de artiklar som kommer att tas upp i denna litteraturstudie; World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL) och World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS). WHOQOL mäter välbefinnande inom inom fyra kategorier; psykisk hälsa, fysisk hälsa, sociala relationer samt omgivningen. WHOQOL är baserat på frågor kring personens känslor i de olika kategorierna. WHODAS mäter kognition och hälsa. Instrumentet är omfattande med frågor i hälsa och funktionshinder (Socialstyrelsen, 2017).

KASAM

Känsla av sammanhang (KASAM) är ett begrepp som myntades av Antonovsky. Hälsa förstås som en känsla av sammanhang och är ett viktigt begrepp för en person som insjuknat i bipolär sjukdom. Han menar att en individs KASAM är en avgörande faktor för dennes hälsa och välbefinnande och delar in begreppet KASAM i tre delar; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Graden av begriplighet handlar om i vilken utsträckning individen upplever att det som sker går att förstå, och att det går att se en logik i det som sker. Hanterbarheten handlar om huruvida individen har de resurser som krävs för att klara av de situationer som uppstår vid bipolär sjukdom t.ex. de negativa symptomerna som uppstår vid maniska perioderna. Meningsfullhet upplever individen om denne känner att de utmaningar den ställs inför är värda att ta itu med. Han menar att individer som upplever en hög grad av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet också har en hög KASAM, och därmed bättre förutsättningar för att uppleva välbefinnande och kan stå emot bipolär sjukdom (Antonovsky, 1979; Skärsäter,2006).

Problemformulering

Bipolär sjukdom är en vanligt förekommande sjukdom, som orsakar ett stort lidande för såväl de sjuka som människor i deras omgivning. Allt fler människor diagnostiseras och allt färre personer tas på allvar kring sin psykiska ohälsa. Denna litteraturstudie görs för att uppmärksamma personer som lider av bipolär sjukdom i vården och ge en ökad kunskap till sjuksköterskor som idag upplevs veta alldeles för lite kring sjukdomen för att kunna bemöta dem rätt samt utföra en god vård.

Syfte

Att identifiera faktorer som påverkar livskvalitet hos patienter med bipolär sjukdom.

Metod

Datainsamling

Detta är en litteraturstudie över hur livskvaliteten påverkas av bipolär sjukdom. För att samla in data till litteraturstudien gjordes sökningar i databaserna Cinahl och Scopus. Söktekniken som användes var boolesk söklogik som innebär att man använder mer än ett sökord där de mest använda sökoperatörerna är AND och OR. Avgränsningar har även använts under sökningen till artiklar. Under sökprocessens gång testades olika sökord och sökfunktioner för att uppnå ett bra sökresultat. Detta är viktigt för att kunna ändra eventuella sökstrategier för att sedan gå vidare i sökprocessen. I informationssökningen har sekundärsökningar använts, något som innebär att man söker vidare på de ämnesord som finns i en artikel som bedömts vara av hög relevans. (Österlundh, 2012)

Sökord

Det gjordes totalt 7 sökningar i 2 olika databaser. Dessa redovisas i bilaga 1 och 2. Sökorden som användes var "bipolar disorder", "experience", "diagnosis", "quality of life", "symptoms", "life", "satisfaction" och "depression". Avgränsningar som gjordes var publiceringsår 2009–2017 och att artiklarna var peer-reviewed. Nursing och Psychology valdes som avgränsningar i sökningarna på Scopus.

Eftersom att syftet i denna studie var att identifiera faktorer som påverkar livskvaliteten ansågs orden "quality of life" och "bipolar" bidra till relevanta sökresultat. Resultaten begränsades till så få som möjligt för att ytterligare säkerställa att relevanta artiklar hittats.

Många av de abstract som lästes igenom valdes bort på grund av att dessa inte passade denna studiens syfte helt, eller inte var originalartiklar.

De artiklar som valdes kommer från Australien, Brasilien, USA, Nederländerna, Kina, Nya Zeeland, Colombia samt Indien.

Artikelurval

Kvantitativa artiklar prioriterades för att identifiera de faktorer som påverkar livskvaliteten. Två kvalitativa artiklar valdes dock ut för att få en helhetsbild av de bipolära patienternas livskvalitet.

Kvalitetsgranskning

För att granska studiernas kvalitet användes en granskningsmall från Röda korset som passar till både kvantitativa och kvalitativa artiklar. Artiklarnas kvalitet och användbarhet granskades genom vissa kriterier. Artiklarna som användes bedömdes ha medel- samt högkvalitet. För att uppnå hög eller medelkvalitet krävdes att 60–80% av frågorna besvaras med JA eller andra relevanta svar. Ingen artikel valdes bort vid kvalitetsgranskningen på grund av bristfällig relevans och kvalitet. Granskningsmallen redovisas i bilaga 3.

Forskningsetik

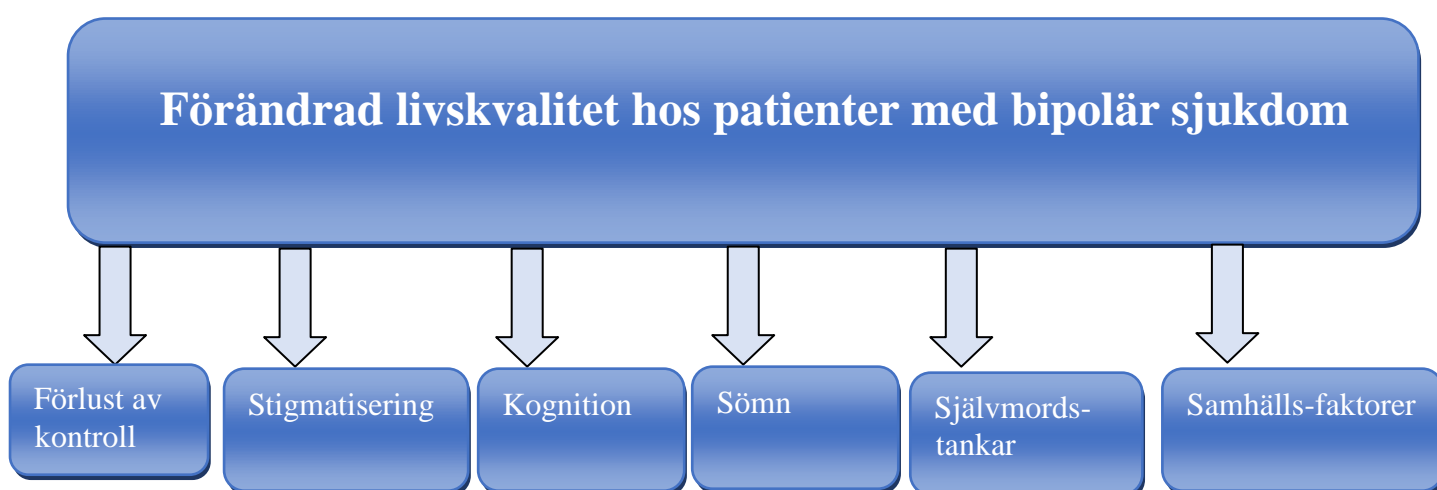
Åtta av de tio artiklar som valdes ut är etiskt godkända av en kommitté. En artikel är en avidentifierad studie och då är det viktigt att ge information kring studien samt att deltagare får skriva på ett samtyckedokument. Enligt lagen om etik som handlar om forskning är det av betydelse att skydda individen och kunna respektera människovärdet vid forskning. Författarna måste ta hänsyn till friheter, säkerhet och integritet. (Kjellström, 2014). Osäkerhet låg kring en kvantitativ artikel som är gjord i Indien där man undersökte funktionshinder och livskvalitet hos bipolära patienter. Det stod ingenting om att studien var etiskt godkänd. Enligt Wallengren & Henricson (2014) skall man då undersöka om tidskriften accepterar artiklar som inte har någon etiskt godkännande. Vid sökning efter detta visade sig att tidskriften inte accepterade artiklar utan etiskt godkännande. Därför drogs slutsatsen att artikeln kan användas i denna litteraturstudie.

Dataanalys

Enligt Friberg (2016) är analysarbetet en rörelse från helheten till delarna och därefter till en ny helhet. Dessa delar uppkommer när studiernas resultat bryts sönder i delar för att passa syftet. Analysen gjordes enligt Fribergs punkter. Först lästes artiklarna igenom, och fokuset låg då på resultatdelen där den viktigaste informationen identifierades och analyserades. En sammanställning gjordes kring varje studie som redovisas i bilaga 4. Sammanställningen gjorde att man kunde se likheter och skillnader mellan artiklarna. Därefter valdes ett tema och flera subteman som passade.

Resultat

Resultatet har delats upp i ett tema och sex subteman som redovisas nedan.



Figur 1. Beskrivning av teman och subteman.

Förändrad livskvalitet hos patienter med bipolär sjukdom

Förlust av kontroll

Enligt Crowe et al (2012) fick symptomen av mani och depression patienter att känna sig överväldigade. Alla deltagare i studien uppgav att sjukdomen hade påverkat deras självkänsla, och det övergripande temat var att de upplevde en förlust av kontroll. Detta tema var relaterat till en förlust av autonomi samt en känsla av att vara bristfällig. Flera av deltagarna likställde en bristande kontroll av sjukdomen med en bristande kontroll över sina liv. Symptomen av såväl mani som depression innebar för många en känsla av att man inte hade förmågan att styra över sitt beteende.

“I’m a person that likes to be in control of what I’m doing and I don’t like it if I don’t, or when I look back and see I wasn’t. It gets at me because I like to be as I say I like to be in control of what I’m doing, and it upsets me [when manic] when I’m depressed as well because I feel that I’m not in control of what’s going on” (Crowe et al, 2012)

Deltagare i studien som genomfördes av Proudfoot et al. (2009) uppgav att förekomsten av bipolära symtom, och de toppar och dalar det medför, gjorde att man kände sig orolig och rädd. Några deltagare upplevde att de förlorade sig själva när de insjuknade. En deltagare i studien uppgav att det var svårt att lita på sina egna känslor. Då deltagaren kände att humöret var på väg att bli bättre upplevdes inte detta som något positivt, utan skapade istället en rädsla för att det var inledningen på en ny manisk episod.

Patienter uppgav även en osäkerhet kring framtiden, bland annat därför att de kanske inte kommer att kunna arbeta/sysselsätta sig som en normal människa gör. Detta bidrog till en försämrad upplevd självförmåga, och en ökad känsla av att inte vara normal.

Abraham, Miller, Birgenheir, Lai & Kilnourne (2014) visade att självförmåga var signifikant relaterat till både mental och fysisk Health-Related Quality of Life (HRQoL). Denna relation var oberoende av såväl symptom som demografiska eller kliniska egenskaper.

Många av de som har bipolär sjukdom uppgav att behovet av hjälp, och behovet av mediciner, medför en förlust av autonomi. Några deltagare i denna studie menade också att behovet av mediciner var ett bevis på att de inte är normala, vilket hade en starkt negativ påverkan på självkänslan. Denna känsla av att vara avvikande infann sig för vissa även då de inte upplevde att människor i omgivningen verkade se det så. Känslan av att vara avvikande berodde alltså i dessa fall främst på interna faktorer, snarare än externa (Crowe et al, 2012).

Enligt Proudfoot et al, (2009) uttryckte deltagare i studien en osäkerhet kring medicineringen eftersom de hade testat alldeles för många mediciner som inte fungerar. Många medicinska behandlingar hade en negativ inverkan på deltagarnas liv, exempelvis genom minskning av energinivåer eller en ökning av vikten. Deltagarna uppgav dock att de negativa biverkningarna hade kunnat tolereras om det fanns fler fördelar med medicineringen.

Stigmatisering

Att känna sig stigmatiserad var vanligt hos patienter med bipolär sjukdom (Proudfoot et al, 2009). En stor del av det stigma som rapporterades involverade familj och nära vänner, vilket visade på hur viktigt det var att informera anhöriga om vad sjukdomen innebär. De deltagare som fick stöd av sina anhöriga uppvisade en bättre hantering och behandling av sin sjukdom vilket ökade livskvaliteten (Proudfoot et al, 2009).

Det fanns ett samband mellan bristfällig funktionalitet och upplevelsen av stigma. Stigma hade en påverkan på upplevelsen av sjukdomen samt vilken funktion man hade. Bättre funktion var relaterad till mindre upplevt stigma vilket också ökade livskvaliteten. I studien kom man fram till att även depressiva symptom, hög ålder vid behandling samt hög ålder vid diagnostisering var relaterade till högre självupplevd stigmatisering (Thome et al, 2012).

Många kände att det var viktigt att noga överväga vem man berättar om sin sjukdom för, på grund av de sociala stigma som fanns. Detta hade ett samband med bristen på förståelse av den bipolära sjukdomens symptom. Man kände sig annorlunda och svag gentemot andra vilket ledde till en självstigmatisering. En deltagare beskrev hur hen inte ville berätta om sin sjukdom för andra människor på grund av rädsla för negativa reaktioner och rädsla att inte bli accepterad. En annan deltagare nämnde att hen inte berättar allting för människor i sin omgivning, på samma sätt som innan. Deltagaren lärde sig att om man berättar om sin sjukdom kan det leda till att en vänskap förstörs. Denna rädsla för att förlora betydelsefulla personer på grund av stigmatiseringen upplevdes av många (Crowe et al, 2012).

“I mean I don't generally discuss my health with people anyway but that's not something that I really want to share with people because people do think you're nuts . . . (Crowe et al, 2012)”

Kognition

Enligt Xiang et al. (2014) presterade patienter med bipolär sjukdom sämre än kontrollgruppen i kognitionstester, bland annat med fokus på prospektivt minne. De med bipolär sjukdom hade även en lägre utbildningsnivå.

I en studie av Mackala, Torres, Kozicky, Michalak, Yatham (2014) genomförde deltagarna ett antal kognitiva tester, som fokuserade på fyra delar; bibehållen uppmärksamhet, verbalt minne, arbetsminne samt exekutiv funktion. Testerna genomfördes inom tre månader efter det att deltagarna haft sin första maniska episod. Sex månader senare undersöktes deltagarnas livskvalitet. Resultatet visade att samtliga fyra faktorer var signifikanta indikatorer för den upplevda livskvaliteten. De patienter som fick högre resultat i testerna uppgav också att de hade en högre livskvalitet. Sammantaget kunde skillnaderna i kognition förklara 15 procent av skillnaderna i livskvalitet.

Sömn

Utbredningen av sömnstörningar, sömntid och sömnvariationer, samt deras relation till sinnesstämning, funktion och livskvalitet undersöktes hos över 2000 patienter med bipolär sjukdom (Gruber, Harvey, Wang, Brooks, Thase, Sachs, Ketter, 2008). Av deltagarna klassificerades 32 % som ”short sleepers”, 38 % som ”normal sleepers” och 23 % som ”long sleepers”. Det visade sig att de som klassificerades som ”short

sleepers” hade större humörsvängningar, tidigare sjukdomsdebut och längre period av sjukdom än de andra grupperna. Både ”short sleepers” och ”long sleepers” hade kraftigare depressiva symptom, sämre fungerade liv och lägre livskvalitet än ”normal sleepers” (Gruber, Harvey, Wang, Brooks, Thase, Sachs, Ketter, 2008).

Självordstankar

Thome et al. (2012) har visat att antalet personer som har försökt begå självmord är fler än dem som inte gjort det vid bipolär sjukdom. Hela 56 % hade någon gång försökt ta sitt liv, enligt denna studie. I en annan artikel undersöktes huruvida tidigare självmordsförsök påverkade livskvaliteten hos patienter med bipolär sjukdom (De abreu et al, 2012). Av deltagarna hade 41 % försökt begå självmord, medan 59 % inte genomfört något självmordsförsök innan diagnostiseringen. Studiens resultat visade att de som tidigare har försökt begå självmord hade en sämre livskvalitet än de som inte hade gjort det.

De abreu et al. (2012) använde sig av WHOQOL skalan för att undersöka livskvalitet. Depressiva tillstånd och självmordsförsök var de variabler som mest påverkade de fyra delarna i WHOQOL. Eftersom de depressiva tillstånden mest påverkade WHOQOL poängen gjordes en separat analys där man delade upp patienterna i remitterade och symptomatiska patienter, och sedan jämförde livskvaliteten mellan patienter som utfört självmordsförsök och patienter som inte utfört självmordsförsök. I den icke deprimerade gruppen fanns en försämrad livskvalitet hos patienter som utfört självmordsförsök i de sociala och psykologiska delarna. I den deprimerade gruppen upplevdes en sämre livskvalitet hos patienter som utfört självmordsförsök i de fysiska och psykologiska delarna.

Samhällsfaktorer

En studie från Holland (Gossens, Hartong, Klein, Achterberg, 2008) visade att patienter med bipolär sjukdom hade färre psykopatologiska symptom än patienter inom psykiatrisk öppenvård i allmänhet. Dock uppgav patienter med bipolär sjukdom en lägre livskvalitet än befolkningen i allmänhet. Patienter som vid tillfället för datainsamlandet var nedstämda uppgav lägre livskvalitet och fler symptom än patienter som vid tillfället för insamlandet var i ett euthymiskt eller hypomaniskt tillstånd. Signifikant skillnad i livskvalitet mellan patienter med bipolär sjukdom och den allmänna befolkningen upptäcktes i tre av de fyra kategorier av livskvalitet som finns med i WHOQOL, nämligen fysisk hälsa, psykisk hälsa samt sociala interaktioner. För dessa tre kategorier var livskvaliteten signifikant lägre hos patienter med bipolär sjukdom. För kategorin omgivning var det ingen signifikant skillnad, men även här tenderade patienter ha en lägre kvalitet än befolkningen i allmänhet.

En studie från Kina (Xiang et al. 2014) fann endast en signifikant lägre livskvalitet i en av de fyra kategorierna som ingår i WHOQOL, nämligen den fysiska. Resultaten från studien skiljer sig markant från liknande studier i västvärlden, där man ofta ser att livskvaliteten i fler av kategorierna för livskvalitet påverkas.

I en studie från Indien (Thomas, Nisha & Varghese, 2016) kom man fram till att det var kategorin sociala interaktioner som var mest påverkad av sjukdomen, medan fysisk hälsa var den kategori som påverkades minst. Det undersöktes även vilka faktorer som var förknippade med en hög grad av handikapp enligt WHODAS. Resultatet av den undersökningen visade att tre faktorer var särskilt starkt relaterade till en hög grad av handikapp, och även en låg livskvalitet; hög ålder, kvinnligt kön, samt att man inte bidrar till familjens ekonomi.

Diskussion

Metoddiskussion

Styrkor

Enligt Östlundh (2012) måste tillgångsätt värderas i en litteraturstudie. Under litteratursökningen var majoriteten av artiklarna som valdes kvantitativa. Dessa valdes då de passade studiens syfte, som handlade om att identifiera faktorer som påverkar livskvaliteten. Användningen av två kvalitativa artiklar bidrog till att ge en helhetsbild av det som undersöktes. Artiklarna som valdes kom från fem kontinenter (Oceanien, Nord och Sydamerika, Asien och Europa) vilket styrkte reliabiliteten. Vidare nämner Östlundh (2012) även att kvalitén och standarden på de artiklar som skall användas i ett examensarbete ska vara hög och därför bör göras i vetenskapliga databaser. Därför gjordes sökningarna i databaserna Cinahl och Scopus.

Det är viktigt att vara medveten om att alla artiklar i en databas inte är vetenskapliga (Östlundh, 2012). Därför gjordes Peer-reviewed avgränsningar i både Scopus och Cinahl. Detta ökade båda reliabiliteten och validiteten i samtliga valda artiklar.

Sökorden som användes var relevanta för ämnet. ”Bipolar Disorder” och ”Quality of life” användes i majoriteten av sökningarna, då dessa gav relevanta sökresultat. Dessa sökord kombinerades även med andra sökord beroende på vilka faktorer som efterfrågades, såsom exempelvis ”sleep” eller ”disability”. (se bilaga 1 & 2)

I vissa av de kvantitativa artiklarna skedde bortfall. I artiklarna redogjordes dock dessa bortfall vilket ökade trovärdigheten på samtliga studier. Samtliga kvalitativa artiklar var tydligt gjorda. I en av studierna redogjordes syftet i form av en frågeställning vilket kan anses öka tydligheten.

Svagheter

Analysarbetet var svårast. Det var svårt att skapa teman och subteman som passade bra ihop med resultatet. Ibland var det svårt att identifiera likheterna i resultaten för att sedan placera dem i ett tema eftersom det fanns många olika faktorer som bidrog till en förändrad livskvalitet i resultaten. Benämningar på teman och subteman fastställdes efter att ha analyserat resultaten noggrannare samt tagit hjälp av kurslitteratur.

Enligt Karlsson (2014) är det viktigt att ha en balans mellan en hög specificitet och sensitivitet. Under sökningen var det i början svårt att få ett hanterbart antal träffar. Många sökord testades, vissa av dem som gav alldeles för många eller alldeles för få träffar. 100–200 träffar bedömdes vara alldeles för mycket eftersom detta inte ansågs vara en tillförlitlig sökning. Att hamna på 10–20 träffar bedömdes vara för lite trots att vissa sökningar som redovisas i bilaga 1 och 2 gjorde det. Målet var att ungefär ligga på 50 träffar vilket majoriteten av sökningarna gjorde. Vid sökningarna föll många artiklar bort på grund av att de inte överensstämde med studiens syfte. Till exempel handlade vissa artiklar om familjers och sjuksköterskors upplevelser av att möta bipolärt sjuka.

Artiklarna som användes var inte mer än 10 år gamla på grund av att detta ansågs öka validiteten i vårt resultat. Detta trots att värdefulla artiklar som publicerats tidigare kan ha missats. Möjligen kunde tidsbegränsningen ökas med 10 år för att även få högre antal träffar i sökningarna.

Samtliga artiklar är skrivna på det engelska språket som inte är författarnas modersmål. Konsekvensen av detta är att det kan ha skett feltolkningar vilket påverkar reliabiliteten i resultaten som presenterats. Dock har artiklarna lästs igenom ett flertal gånger för att undvika att förvränga och misstolka viktiga fakta.

Den indiska studien som valdes var en liten studie vilket påverkar reliabiliteten och validiteten av studien. Författarna anser att det krävs fler studier för att generalisera resultatet. Den kinesiska studien ansågs ha alldeles för lite deltagare jämfört med de andra artiklarna gjorda med kvantitativ metod. Därför kan detta ha påverkat validiteten av resultatet. Den amerikanska studien om självmord hade kunnat bli mer intressant om syftet justerats. Detta kunde ha gjorts för att få en bredare bild av bipolär sjukdoms påverkan på självmord, exempelvis genom att även undersöka hur självmordsförsöken ökar i samband med bipolär sjukdom.

Kvalitetsanalys

Kvalitetsgranskningen gjordes med Röda korsets granskningsmall (se bilaga 3). Eftersom artiklarna både var kvantitativa och kvalitativa tycktes den rekommenderade SBU-mallen vara svårhanterlig. Detta för att SBU inte hade en granskningsmall för både kvantitativa och kvalitativa artiklar. Därför ansåg författarna att det var lämpligast att hitta en mall som passar till båda. Alla artiklar som kvalitetsgranskades godkändes.

Valda artiklar är etiskt godkända. Detta betonar Kjellström (2012) som en styrka för att öka det vetenskapliga värdet. Artiklar som väljs till litteraturstudier anses annars inte vara lämpliga till forskningen om de inte är etiskt godkända.

Resultatdiskussion

Förändrad livskvalitet hos patienter med bipolär sjukdom

Förlust av kontroll

Många av de patienter som lever med bipolär sjukdom upplevde att de inte hade kontroll över sin situation, utan att det till stor del var sjukdomen som styrde deras liv (Crowe et al, 2012). Enligt Antonovsky (1979) beror en persons hälsa till stor del på dennes upplevda känsla av sammanhang (KASAM), som består av tre huvuddelar; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Alla dessa delar kan enligt Antonovsky påverkas av den förlust av kontroll som bipolär sjukdom innebär.

Om man inte kände att man kunde styra över de humörsvängningar som karaktäriserar sjukdomen kunde detta innebära att det som sker varken kändes hanterbart eller begripligt. I begreppet begriplighet ingår bland annat huruvida det som sker går att förutse, men för många som lever med bipolär sjukdom var de toppar och dalar sjukdomen medför en källa till oro och rädsla. En anledning till detta var att man inte upplevde att man kunde veta när de skulle komma (Proudfoot et al., 2009). En deltagare i den australiensiska studien beskrev att den inte vågade lite på sina känslor,

och att ett ovanligt bra humör inte upplevdes som något positivt, utan att det istället väckte en oro för att det var inledningen på en manisk episod (Proudfoot et al., 2009).

Hanterbarhet handlar om i vilken utsträckning man har de resurser som krävs för att klara av de händelser som sker, och upplevelsen av hanterbarhet är därmed beroende av självförmågan. En hög självförmåga, alltså hög tilltro till ens egen förmåga att klara av utmaningar, gjorde att man i högre utsträckning upplevde sin situation som hanterbar. Det var därför inte överraskande att en hög självförmåga var relaterad till en högre livskvalitet (Abraham et al., 2014). Denna tydliga relation mellan självförmåga och livskvalitet visade på vikten av att man inom vården stöttar patienten i att själv ta kontroll över sin sjukdom, och i att hantera sina symptom.

Då patienter med bipolär sjukdom inte upplevde att deras situation var begriplig eller hanterbar kunde detta även påverka deras upplevelse av meningsfullhet, den del som enligt Antonovsky (1979) är den viktigaste delen i KASAM. Han menar att meningsfullhet handlar om huruvida man känner att de utmaningar man ställs inför är värda att engagera sig i. Om man inte känner att man har kontroll över sin situation, och inte heller de resurser som krävs för att hantera den, kan det vara svårt att uppleva en sådan meningsfullhet, menar han.

För de patienter som upplevde att det var sjukdomen som styrde deras liv påverkade detta alltså deras (KASAM), och därigenom också deras psykiska hälsa och livskvalitet. För sjuksköterskan är det därför viktigt att hjälpa patienten i att återfå kontrollen över sin situation. Behovet av vård i sig kunde vara en källa till bristande kontroll. För en del av de som lever med bipolär sjukdom sågs de mediciner som tas också som ett intyg på att man inte är normal, vilket kunde påverka självkänslan och därmed även livskvaliteten (Crowe et al., 2012). Många upplevde också att de mediciner de tar inte hjälpte tillräckligt mycket, utan att de negativa biverkningarna övervägde de positiva effekterna (Proudfoot et al., 2009).

För att kunna hjälpa patienten att få en så god livskvalitet som möjligt behöver sjuksköterskan skaffa sig en uppfattning om vad sjukdomen innebär för den enskilde patienten, och fokusera på de delar som patienten upplever som mest besvärande. Det är viktigt att fokusera i vårdarbetet på att möjliggöra för patienten att leva ett meningsfullt liv, snarare än att bara lägga fokus på att få bort symptomen. Symptomlindring är alltså bara en del i arbetet med att höja livskvaliteten hos patienter med bipolär sjukdom, och bör kombineras med åtgärder som syftar till att höja självkänslan (Abraham et al. 2014).

Stigmatisering

Bipolär sjukdom var stigmatiserande, vilket kan påverka livskvaliteten på flera olika sätt, inte minst inom det sociala livet. För många gjorde rädslan för stigmatisering att man inte vågade berätta om sin situation för människor i sin omgivning (Proudfoot et al, 2009; Crowe et al, 2012). Många av dem som har bipolär sjukdom levde med en ständig oro över vad andra ska tycka, och deltagare i de studier som har granskats uppgav att de var rädda för att bli övergivna av sina vänner på grund av sjukdomen. Därför valde många att undvika sociala interaktioner, och höll sin diagnos för sig själva (Link & Phelan, 2001). Detta riskerar att ha en negativ påverkan på det sociala livet, och kan leda till att man känner sig väldigt ensam och utsatt. Särskilt problematiskt var det faktum att en stor del av den upplevda stigmatiseringen kom från familj och nära vänner (Proudfoot et al, 2009).

Tidigare studier har visat att patienter med starkt socialt stöd från närstående hade bättre möjligheter att hantera sin sjukdom. För att förbättra patienternas möjligheter att hantera sin sjukdom, och få en ökad livskvalitet, är det därför viktigt att motarbeta stigmatiseringen (Sajatovic, Davies & Hrouda,

2004). Stigmatisering beror, enligt (Sajatovic, Davies & Hrouda, 2004) till stor del på en bristande förståelse av sjukdomen, hos allmänheten och patienten själv, men även bland sjuksköterskor. Ökad kunskap är därför en nödvändig del i arbetet för att motverka stigmatisering.

Det fanns ett samband mellan funktionalitet och upplevelse av stigma, där högre funktionalitet var relaterat till en minskad stigmatisering (Thome et al., 2012). Detta betonade vikten av att stötta patienterna i att i så stor utsträckning som möjligt kunna få kontroll över sin situation, och stärka deras autonomi.

Kognition

Patienter med bipolär sjukdom hade lägre resultat än kontrollgrupper i tester av kognition (Xiang et al., 2014). En annan studie visade att bland patienter med bipolär sjukdom var kognitionen signifikant relaterad till den upplevda livskvaliteten. Patienter med högre resultat i kognitiva tester uppgav också en högre livskvalitet (Mackala et al., 2014). Av detta resultat dras slutsatsen att man bör införa insatser för att förhöja kognitionen och därmed livskvaliteten hos patienter med bipolär sjukdom. Förslag till insats kan vara fysisk aktivitet som enligt Kucyi, Alsuwaidan, Liauw & McIntyre (2010) kan förbättra den kognitiva förmågan. Vid bipolär sjukdom är aerob träning effektivt. Detta beror på att motion har visat sig ha ett samband med förbättrad inläring och minne. Bipolär sjukdom ökar stress och minskar självkänslan och fysisk aktivitet minskar stress och ökar självkänslan.

Sömn

Jackson, Cavanagh & Scott (2003) visade att både maniska och depressiva faser ofta föregicks av sömnstörningar. Maniska faser föregicks i 77 % av fallen av sömnstörningar, vilket gjorde det till det tydligaste av de tidiga symtomen på en manisk fas.

I en av de artiklar som granskades kunde man konstatera att kortare sömntid hos patienter med bipolär sjukdom även var relaterat till ökade symptom, och både förkortad och förlängd sömntid var relaterade till sämre funktion och lägre livskvalitet. Generellt sett kunde man också se att förkortad sömn var relaterat till maniska tillstånd, och förlängd sömn var relaterat till depressiva tillstånd (Gruber et al., 2009).

Då sömnstörningar hade en så tydlig relation till framförallt maniska faser skulle man genom att vara uppmärksam på dessa tidiga tecken kunna sätta in behandling innan den maniska episoden går alltför långt, eller i bästa fall innan den ens börjar på allvar. Enligt 1177 (2013) kan en sömndagbok vara till stor hjälp, då den ger viktig information till såväl patienten som sjuksköterskan.

Sömnstörningar är inte bara en indikator, utan kan också ses som en faktor, som gör att sjukdomsepisoder bryter ut, och även gör att symptomen under dessa episoder blir mera kännbara för patienten. Goossens et al. (2008) visade att sömnstörningar också var ett symptom som många patienter led av. Därför är det viktigt att man stöttar patienter med bipolär sjukdom i att få så goda sömnvanor som möjligt. Detta kan exempelvis ske genom att införa rutiner kring sömnen som fungerar för patienten. Även medicinering är naturligtvis ett alternativ.

Själv mordstankar

Själv mordsförsök var betydligt vanligare hos patienter med bipolär sjukdom än hos befolkningen i allmänhet. En studie av Thome et al. (2012) visade att över hälften av dem som har bipolär sjukdom någon gång under livet utförde ett självmordsförsök. Goodwin & Jamison (2007) skriver att 10–19

% av de som har bipolär sjukdom tar livet av sig. Denna höga prevalens av självmord och självmordsförsök tyder på att även självmordstankar är mera vanligt förekommande hos patienter med bipolär sjukdom.

Självmord kan ses som den ultimata effekten av en låg livskvalitet, men studier har visat att självmordsförsök även kan vara en faktor som sänker livskvaliteten (De abreu et al., 2012). Det finns med andra ord två viktiga skäl för att förebygga självmordsförsök, dels naturligtvis för att undvika risken för självmord, men också för att öka livskvaliteten, något som i sin tur också kan bidra till en minskad risk för självmord.

Då självmordsförsöken är så nära relaterade till självmordstankar, bör man inom vården sträva efter att motverka dessa tankar innan de omsätts i självmordsförsök. Det är viktigt att lyssna till patientens berättelse, och också vara uppmärksam på tecken på att patienten har självmordstankar.

Samhällsfaktorer

Patienter med bipolär sjukdom hade lägre livskvalitet än befolkningen i allmänhet (Goossens et al. 2008; Xiang et al., 2014; Thomas et al., 2016). De studier som granskats visade dock på att det fanns skillnader mellan olika delar av världen, i fråga om på vilket sätt livskvaliteten påverkades. Studier från västvärlden (Holland), Kina och Indien visade på betydande skillnader mellan dessa länder och regioner.

I den holländska studien fann man en signifikant skillnad mellan livskvaliteten hos patienter med bipolär sjukdom och den allmänna befolkningen i tre av WHOQOLs fyra kategorier, nämligen; fysisk hälsa, psykisk hälsa samt sociala interaktioner (Goossens et al, 2008). I studien från Kina fann man endast en sådan skillnad i kategorin fysisk hälsa. I den artikeln diskuteras anledningarna till denna skillnad, och man skriver bland annat att den allmänna attityden i samhället gentemot olika tillstånd är viktig för patientens upplevda livskvalitet. Man spekulerar kring att attityden gentemot nedstämdhet är mera accepterande i Kina, vilket skulle kunna bidra till en högre livskvalitet hos nedstämda patienter i Kina än i väst (Xiang et al., 2014).

I den indiska studien var det kategorin sociala interaktioner som påverkades mest negativt av bipolär sjukdom. Kvinnligt kön och litet bidrag till familjeekonomin visade sig vara två av de faktorer som hade störst påverkan på livskvalitet och grad av handikapp. I diskussionen skriver man att samhällsfaktorer, såsom att Indien är ett land med bristfällig välfärd och med en tydlig patriarkal struktur, kan vara bidragande orsaker till att dessa två faktorer är så viktiga för graden av handikapp (Thomas et al., 2016).

Denna granskning är naturligtvis inte tillräckligt omfattande för att dra några definitiva slutsatser kring skillnader mellan olika delar av världen, men resultaten antyder ändå att det finns sådana skillnader. Detta tyder på att sociokulturella faktorer kan ha en stor betydelse för hur livskvaliteten påverkas av bipolär sjukdom. Skillnaderna mellan dessa studiers resultat belyser också behovet av fler studier, från fler delar av världen.

Slutsats

- Många patienter som har bipolär sjukdom upplevde att de inte hade kontroll över sin situation, utan att det istället var sjukdomen som styrde. Detta påverkade såväl självkänslan som livskvaliteten (Abraham et al, 2014; Crowe et al., 2012).
- Behovet av vård och mediciner kan förstärka känslan av bristande kontroll (Crowe et al, 2012).
- De toppar och dalar som karaktäriserar sjukdomen var en vanlig orsak till oro och rädsla. Några patienter uppgav att de inte vågade lita på sina känslor, då de ständigt var oroliga för att det var en manisk eller depressiv fas som var orsaken till de känslor man upplevde (Proudfoot et al.,2009).
- Många patienter med bipolär sjukdom kände sig stigmatiserade, och en stor del av den upplevda stigmatiseringen kom från familj och nära vänner (Proudfoot et al., 2009; Crowe et al., 2012). Patienter med starkt stöd från närstående hade bättre möjligheter att hantera sin sjukdom (Sajatovic et al., 2004). Stigmatisering ledde därmed både till sämre livskvalitet och sämre möjlighet att hantera sin situation.
- Stigmatisering berodde till stor del på bristande kunskap. Korrekt information till patient, anhöriga, samt befolkningen i allmänhet kan därför vara viktiga delar i arbetet med att minska stigmatiseringen.
- Patienter med bipolär sjukdom hade sämre kognition än kontrollgrupper (Xiang et al., 2014), och bland patienter med bipolär sjukdom var låg kognition relaterat till låg livskvalitet (Mackala et al., 2014).
- Sömnstörningar var den viktigaste indikatorn på att en manisk fas var på väg att inledas (Jackson et al., 2003). Sömnstörningar var också en viktig faktor till varför symptomen förstärks, och livskvaliteten sänks (Gruber et al., 2009).
- Patienter med bipolär sjukdom hade en lägre livskvalitet än befolkningen i allmänhet (Gossens et al., 2008; Xiang et al. 2014; Thomas et al., 2016). De studier som har granskats tyder på att det finns skillnader mellan länder, gällande på vilket sätt, och i vilken utsträckning denna försämring av livskvaliteten upplevs.

Referenser

Aaron Kucyi, Mohammad Alsuwaidan, Samantha Liauw & Roger McIntyre (2010) Aerobic Physical Exercise as a Possible Treatment for Neurocognitive Dysfunction in Bipolar Disorder, *Postgraduate Medicine*, 122:6, 107-116, DOI: 10.3810/pgm.2010.11.2228

Abraham, K. M., Miller, C. J., Birgenheir, D. G., Lai, Z., & Kilbourne, A. M. (2014). *Self-efficacy and Quality of Life among People with Bipolar Disorder*. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(8), 583–588. <http://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000165>

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: The Association.

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping* (1st ed). San Francisco Jossey- Bass.

Crowe, M., Inder, M., Carlyle, D., Wilson, L., Whitehead, L., Panckhurst, 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(4), 294-302. Doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01786.x

De Abreu, L. N., Nery, F. G., Harkavy-Friedman, J. M., de Almeida, K. M., Gomes, B. C., Oquendo, M. A., & Lafer, B. (2012). *Suicide attempts are associated with worse quality of life in patients with bipolar disorder type I*. *Comprehensive Psychiatry*, 53(2), 125-129. doi:10.1016/j.comppsy.2011.03.003

Friberg F. (2012). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. Friberg, F.(Red). *Dags för uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.121-132). Lund: Studentlitteratur

Goodwin F. & Jamison K. (Ed). (2007). *Manic- depressive illness*. New York: Oxford University Press.

Goossens, P. J., Hartong, E. G. T. M., Knoppert- van der Klein, E. A., & Van Achterberg, T. 2008. *Self- Reported Psychopathological Symptoms and Quality of Life in Outpatients With Bipolar Disorder*. *Perspectives in psychiatric care*, 44(4), 275-284. Doi:10.1111/j.1744-6163.2008.00187.x

Gruber, J., Harvey, A. G., Wang, P. W., Brooks, J. O., Thase, M. E., Sachs, G. S., & Ketter, T. A. (2009). *Sleep Functioning in Relation to Mood, Function, and Quality of Life at Entry to the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD)*. *Journal of Affective Disorders*, 114(1-3), 41–49. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2008.06.028>

Holma, K, Melartin T.K, Haukka J, Holma I.A, Sokero T & Isometsa E. (2010). *Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorder: a five-year prospective study*. *Am J Psychiatry*, 167(7). Pp. 801-8. Doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09050627

Jackson Alison, Cavanagh Jonathan, Scott Jan (2003). *A systematic review of manic and depressive prodromes*, *Journal of Affective Disorders*, 74(3) Pp 209-217, doi:10.1016/S0165-0327(02)00266-5

Jormfeldt H. (2006) Hälsa i psykiatrisk omvårdnad. Skärsäter I (Red). Psykiatrisk omvårdnad- att stödja hälsofrämjande processer. (s.21-35). Lund: Studentlitteratur.

Jönsson, P. (2006). Från obalans till balans – att främja hälsoprocesser genom omvårdnad vid bipolär sjukdom. I Arvidsson, B., Skärsäter, I. *Psykiatrisk omvårdnad – att stödja hälsofrämjande processer*. Lund: Studentlitteratur.

Karlsson E.(2014). Informationssökning. I-M Henricson (red).). *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad*. (s.95-113). Lund: Studentlitteratur. ISBN 9789144071350

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. och Walters, E.E. 2005. *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication*. Archives of General Psychiatry, 62(6), pp.593-602. Doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593

Kjellström S.(2014). Forskningsetik. I-M Henricson (red).). *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad*. (s.70-90). Lund: Studentlitteratur. ISBN 9789144071350

Lam, D. & Wong, G. 1997. *Prodromes, coping strategies insight and social functioning in bipolar disorders*. Psychological medicine, 27(5), pp.1091-100.doi: 10.1017/S003329170100472X

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), 810-7. Doi: 10.1097/01.nmd.0000146734.39501.57

Link B. & Phelan J. (2001). *Conceptualising stigma*. Annual Review of Sociology, 27 ,pp 363–385. Doi: 10.1146/annurev.soc.27.1.363

Mackala, S. A., Torres, I. J., Kozicky, J., Michalak, E. E., & Yatham, L. N. 2014. *Cognitive performance and quality of life early in the course of bipolar disorder*. Journal of affective disorders,168, 119-124. Doi: 10.1016/j.jad.2014.06.045

Perseus, K. 2014. Personlighetsstörningar. Skärsäter I. [red]. *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå*. (s.215-245). Lund: Studentlitteratur.

Plante, D., & Winkelman, J. (2008). *Sleep disturbance in bipolar disorder: therapeutic implications*. American Journal Of Psychiatry, 165(7), 830-843. Doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08010077

Proudfoot, J. G., Parker, G. B., 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 : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy, 12(2), 120–129. <http://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2009.00541.x>

Saddock, B.J. & Saddock, V.A. (2000). *Kaplan and Saddock's Comprehensive textbook of psychiatry 7 edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sajatovic, M., Davies, M., & Hrouda, D. (2004). *Enhancement of treatment adherence among patients with bipolar disorder*. Psychiatric Services, 55(3), 264-269.

Skärsäter I (2006) Återhämtning från depression. Skärsäter I (Red). Psykiatrisk omvårdnad- att stödja hälsofrämjande processer. (s.101-120). Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen (2017). *Mätning av hälsa och funktionshinder*. Hämtad 2017-04-03, från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19807/2015-5-1.pdf>

Sorrell, J.(2011). *Caring for older adults with bipolar disorder*. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 49(7). Pp. 21-5. Doi: 10.3928/02793695-20110602-01

Stuart, G (Ed). 2013. *Principles and practice of psychiatric nursing*, 10th edition. Amsterdam: Mosby.

Thomas, S. P., Nisha, A., & Varghese, P. J. 2016. *Disability and quality of life of subjects with bipolar affective disorder in remission*. Indian journal of psychological medicine, 38(4), 336.

Thomé, E.S., Dargél, A.A., Migliavacca, F.M., Potter, W.A., Jappur, D.M.C., Kapczinski, F., Ceresér, K.M.. *Stigma experiences in bipolar patients: The impact upon functioning* (2012) Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 19 (8), pp. 665-671. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01849.x

Wallengren & Henricson (2014). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I-M Henricson (red).). *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad*. (s.482-496). Lund: Studentlitteratur. ISBN 9789144071350

Xiang, Y., Li, L., Zhou, J., Wang, C., Dixon, L. B., Dickerson, F., & ... Chiu, H. K. (2014). *Quality of Life of Patients With Euthymic Bipolar Disorder and Its Associations With Demographic and Clinical Characteristics, Psychopathology, and Cognitive Deficits*. Perspectives In Psychiatric Care, 50(1), 44-50. doi:10.1111/ppc.12024

Österlundh L. (2012). Informationssökning. Friberg, F.(RED). *Dags för uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.57-79). Lund: Studentlitteratur

1177. (2013). *Sömnsvårigheter*. Hämtad 2017-04-09 från: www.1177.se/Gotland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Somnsvarigheter/

Bilaga 1

Datum Cinahl	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
2017-02-27	Bipolar disorder, experience, diagnosis	Peer reviewed, 2009–2016	44	14	4	2
2017-02-27	Bipolar disorder, quality of life	2013–2016, peer reviewed, 19-44 år	36	8	4	1
2017-02-27	Bipolar, quality of life, symptoms	Peer reviewed, 2013–2016 19-44 år	49	7	5	1
2017-02-28	Bipolar, quality of life	Peer reviewed, 2012–2016, 19-44 år	31	6	2	1

Bilaga 2

Datum Scopus	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
2017-02-28	Bipolar, life, satisfaction	2014–2017 Psychology, nursing, article	16	4	4	3
2017-02-28	Bipolar, disability, quality of life	2014–2017 Nursing, Psychology, Article	12	3	2	1
2017-02-28	Quality of life, bipolar, sleep	Nursing, psychology, article	32	6	4	1

Bilaga 3.

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

4. Metod (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) <u>Urval</u> (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)? 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) säkerstälts?</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>	

Bilaga 4.

ARTIKEL	SYFTE	DELTAGARE	METOD	RESULTAT	LAND	KVALITET
Proudfoot et al. (2009) What happens after diagnosis? Understanding the experiences of patients with newly-diagnosed bipolar disorder	Undersöka de upplevelser och svårigheter för patienter efter diagnosen bipolär sjukdom.	26 deltagare. 18+ år. Diagnostiserad inom 12 senaste månaderna.	Randomiserad studie. Kvalitativ metod	Deltagarna hade oönskade biverkningar av medicineringen samt kände obehagliga symptom, förlust av en självkänsla, osäkerhet om sin framtid och stigmatisering.	Australien	HÖG
Thome et al. (2012). Stigma experiences in bipolar patients: the impact upon functioning	Syftet med denna studie var att undersöka effekterna av stigma och funktion hos patienter med bipolär sjukdom	Sextio deltagare med BD rekryterades. Uteslutningskriterier var betydande medicinska sjukdomar, svår personlighetsstörning och missbruk.	Tvärsnittsstudie.	Sämre funktion är korrelerad med den upplevda stigmatiseringen hos bipolära patienter.	Brasilien	HÖG
Abraham et al. (2014). Self-Efficacy and Quality of Life Among People With bipolar disorder.	Identifiera om självförmåga var förknippad med psykisk och fysisk livskvalitet.	141 deltagare. Inklusionskriterier: 18+ år. Nyligen diagnostiserad. Har en kardiovaskulär sjukdom.	Tvärsnittsstudie.	Själv förmåga har ett samband med den psykiska och fysiska livskvalitén.	USA	MEDEL
Gossens et al. (2008) Self-Reported Psychopathological Symptoms	Få insikt om livskvalitet och psykologiska symptom hos de med	157 deltagare. Inklusionskriterier: patienten är äldre än 18 år, och patienten	En tvärsnittsforskningsdesign	Öppenvårdspatienter med bipolär sjukdom rapporterade färre symptom	Holland	HÖG

and Quality of Life in Outpatients with Bipolar Disorder	bipolär sjukdom.	kan slutföra en intervju.		på psykisk sjukdom än psykiatriska öppenvårdspatienten. Ju fler negativa symptom man hade desto lägre livskvalitet rapporterades.		
Xiang et al (2014). Quality of Life of Patients with Euthymic Bipolar Disorder and Its Associations With Demographic and Clinical Characteristics, Psychopathology and Cognitive Deficits	Undersöka livskvalitet och dess påverkan av depressiva symptom och kognitiva funktioner.	47 bipolära patienter samt 47 patienter i kontrollgruppen. Inklusionskriterier: 16–50 år, har någon form av utbildning, kinesiskt ursprung.	Tvärsnittstudie	Kognitiva försämringar hade ingen påverkan på livskvalitet. Depressiva symptom visade sig ha en större påverkan på livskvalitet	Kina	MEDEL
De Abreu et al. (2012). Suicide attempts are associated with worse quality of life in patients with bipolar disorder type I	Hur tidigare självmordsförsök kan påverka livskvalitet hos bipolära personer.	108 deltagare där 44 hade en självmordsbakgrund och 64 hade ej det.	Tvärsnittstudie.	Bipolära patienter med en historia av tidigare självmordsförsök har en sämre livskvalitet än patienter som aldrig försökt självmord.	USA	HÖG
Crowe et al. (2012). Feeling out of control: a qualitative analysis of the impact of bipolar disorder	Undersöka effekterna av bipolär sjukdom hos deltagare.	21 deltagare- Inklusionskriterier: deltagarna var 18 år eller äldre, tecknar ett informerat samtycke, är vårdad i en psykisk vårdavdelning samt hade diagnosen bipolär	Induktiv kvalitativ intervju.	Patienterna kände sig utom kontroll vilket orsakades av ens egna reaktioner och vad andra tyckte. Här presenterades stigmatiseringen till en av de främsta orsakerna. Man	Nya Zeeland.	HÖG

		sjukdom.		kände sig även bristfällig på grund av att man förlorade sin autonomi.		
Mackala et al. (2014) Cognitive performance and quality of life early in the course of bipolar disorder	Att utvärdera sambandet mellan humör, neuropsykologiska variabler samt livskvalitet hos bipolära personer.	54 deltagare. Inklusionskriterier: 17 år eller äldre, förstår det engelska språket, har genomgått en neuropsykologisk utvärdering.	Mätskalor	Humörsymptom och en sämre kognitiv funktion har en betydande roll för försämrad livskvalitet.	Colombia	MEDEL
Gruber et al. (2008). Sleep functioning in relation to mood, function, and quality of life at entry to STEP-BD.	Att undersöka förekomsten av sömnstörningar och dess påverkan på humör, funktion samt livskvalitet.	2024 deltagare. Inklusionskriterier: 15 år eller äldre och har diagnosen bipolär sjukdom.	Mätskalor	”Short sleepers” visade på fler humörsvängningar, längre sjukdoms varaktighet jämfört med ”normal” och ”long” sleepers. ”Normal” sleepers hade bättre humör, funktion och livskvalitet.	USA	HÖG
Thomas et al. (2016). Disability and QOL of subjects with BD in remission.	Att bedöma funktionshinder och livskvalitet hos patienter med bipolär sjukdom i remission.	84 deltagare. Inklusionskriterier: Deltagare är mellan 20–60 år gamla oavsett kön med en bipolär diagnos	Mätskalor	Många deltagare i remission var funktionshindrade och hade en sämre livskvalitet.	Indien	MEDEL