

Att leva med bipolär sjukdom

En kvalitativ analys av två kvinnors berättelser

Ulrika Fagerlund
Carin Lidén

**Sjuksköterska
2016**

Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap



Att leva med bipolär sjukdom: en kvalitativ analys av två
kvinnors berättelser

Living with bipolar disorder: an analysis of the stories of two
women

Ulrika Fagerlund

Carin Lidén

Kurs: O0009H, Examensarbete
Termin 6
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Handledare: Linda Sandström
Examinator: Malin Olsson

Att leva med bipolär sjukdom: en kvalitativ analys av två kvinnors berättelser

Living with bipolar disorder: an qualitative analysis of the stories of two women

Ulrika Fagerlund

Carin Lidén

Luleå tekniska Universitet
Institutionen för hälsovetenskap
Avdelning för omvårdnad

Abstrakt

Psykisk ohälsa är ett av Sveriges största folkhälsoproblem. Psykiska besvär kan variera från lindriga symtom så som nedstämdhet till allvarliga psykiska symtom. Bipolär sjukdom är en allvarlig långvarig sjukdom som kännetecknas av depressiva perioder med sänkt stämningsläge, medan de maniska perioderna ger en ökad energi och tankeverksamhet som kantas av omdömeslöshet. Syftet med denna studie var att beskriva två kvinnors upplevelser av att leva med bipolär sjukdom. Två självbiografier analyserades med kvalitativ innehållsanalys med manifest ansats. Analysen resulterade i sex kategorier: att uppleva hälsa och ohälsa relaterat till mani, att uppleva utanförskap, att uppleva sjukdomens mörker, att behandlingen inte löste alla problem, att uppleva närstående både på gott och ont samt att uppleva hälsa i vardagen. Slutsatsen blev att upplevelsen av att leva med bipolär sjukdom är komplex och mångfacetterad samt att den har stor effekt på personens upplevelser av allt från det egna livet och den egna vardagen till livet som sådant. Därmed påverkar sjukdomen också livets alla dimensioner så som synen på sig själv, relationer, yrkesliv. Detta kräver ett holistiskt förhållningssätt, och ställer stora krav på kunskaper från vårdens sida för att kunna erbjuda god omvårdnad till dessa personer. Ytterligare kvalitativ forskning behövs för att öka kunskapen och förståelsen för helheten av hur det är att leva med en så komplex diagnos som bipolär sjukdom.

Nyckelord: psykisk ohälsa, bipolär sjukdom, självbiografi, upplevelse, omvårdnad, stigmatisering, Tidalmodellen, kvalitativ innehållsanalys.

Institutionen för Hälsovetenskap
Avdelningen för omvårdnad

Ett av Sveriges största folkhälsoproblem är psykisk ohälsa. Psykiska besvär har en stor spännvidd i allvarlighetsgrad, det kan variera från lindriga symtom så som nedstämdhet och oro till allvarliga psykiska symtom som uppfyller kriterierna för att bli diagnostiserad med en psykiatrisk diagnos. I rapporten *Folkhälsan i Sverige 2015* beskrivs att 30 procent av befolkningen lider av lindriga psykiska besvär i form av oro, ångslan och ångest (Folkhälsomyndigheten, 2016).

Livstidsprevalensen för att drabbas av bipolär sjukdom är 2,7 procent och är något vanligare i höginkomstländer än låginkomstländer. Bipolär sjukdom är en allvarlig psykiatrisk sjukdom. Sjukdomen är kronisk, den medför ofta stora funktionshinder, har hög dödlighet och samsjuklighet med framförallt hjärt-kärlsjukdomar. Utmärkande för bipolär sjukdom är perioder av mani, eller/och hypomani samt depression. Vid depression är stämningläget kraftigt sänkt och vid mani är det sjukligt förhöjt till en funktionsnedsättande nivå medan hypomanin präglas av förhöjd funktion. Hypomani och mani tar sig uttryck i symtom som nedsatt sömnbehov, koncentrationssvårigheter, kraftigt ökad självkänsla, omdömesförlust och oförmåga att förutse eller beakta handlingars negativa konsekvenser. Funktionsnivån blir nedsatt vid manier och sjukdomsinsikten uteblir då personen själv upplever ett ökat välbefinnande. Kvinnor med bipolär sjukdom drabbas i större utsträckning än män av depressioner vilket också är det symtom som över tid ger störst funktionsnedsättning. Risken att drabbas av ätstörningar eller/och substanssyndrom, framförallt alkoholmissbruk, är även den högre för kvinnor än för män (American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force, 2013, s. 123-139). Suicidrisken bland personer med bipolär sjukdom är den högsta bland alla med psykisk ohälsa då 25 procent beräknas göra ett suicidförsök och av dessa avlider 15 procent (Miller, 2006).

Enligt Kilbourne, Goodrich, O'Donnell och Miller (2012) samt Miller (2006) vårdas personer med bipolär sjukdom i stor utsträckning i primärvård där de får sin första kontakt med vården vid en depressiv fas alternativt vid ångest. Behandling av depressioner sker i första hand med läkemedel så som SSRI-preparat (selektiva serotoninåterupptagshämmare) medan allvarlig depression med suicidrisk kan behandlas med ECT (Electro Convulsive Therapy). Hypomani

och mani medicineras med Litium, ofta i kombination med ångestdämpande bensodiazepiner, antipsykotiska läkemedel och antiepileptika (Socialstyrelsen, 2010). Enligt Häggström och Magnil (2015) har läkemedelsbehandling i kombination med psykiatrisk behandling god effekt på sjukdomsbilden. Merikangas et al. (2007) visar i sin studie att bipolär sjukdom i stor utsträckning är fel- eller underdiagnostiserad och att detta leder till felaktig behandling. Trots att många får livstidslång behandling mot depression och ångest är antimanisk läkemedelsbehandling ovanlig.

Bipolär sjukdom debuterar ofta under tonåren och ärftlighet är den största riskfaktorn (American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force, 2013, s. 130). Meadus (2007) beskriver vad en ung person går igenom när ett affektivt syndrom så som bipolär sjukdom börjar manifesteras. Studiens resultat visar på upplevelser av utanförskap och en stark tendens att dra sig undan från familj och omgivning. Ungdomarna beskrev hur de trots ett rikt socialt liv kände sig ensamma och missförstådda (ibid.). Enligt van der Voort, Goossens och van der Bijl (2009) och Jönsson, Skärsäter, Wijk, och Danielson (2011) kan partner till personer med bipolär sjukdom uppleva en ensamhet i relationen vilket karakteriserades dels av partnernas oförmåga att förstå varandras situation men även en svårighet för den friska parten att se sjukdomen bakom beteendet. Studierna visar att den friska partnern ansåg att den sjuka partnern var ansvariga för sina handlingar trots sjukdomen samt att den friska partnern ofta upplevde svårigheter att få förståelse från omvärlden för situationens allvar då utomstående ofta bara fick se den sjuka partnerns "bästa" sidor.

Rüsch, Angermeyer och Corrigan (2005) har i en översikt definierat begrepp kring stigmatisering av personer med psykisk ohälsa. Stigmatisering beskrivs som ett sätt att skilja "oss" från "dem" vilket leder till upplevelsen att "de" är väsensskilda från "oss". Stigmatisering av psykisk ohälsa framkommer exempelvis i språkbruk med uttryck som "ha cancer" men "vara bipolär". Specifikt för gruppen med mental ohälsa ses tre faktorer som grund för stereotyper och stigmatisering. Den första är rädsla och exkludering som bygger på uppfattningen att dessa personer är farliga och därför bör hållas på avstånd. Den andra är auktoritär och driver tesen att dessa personer är oansvariga och samhället därmed bör ha

ansvaret för dem. Den tredje är välgörande baserat på medlidande där man anser att dessa personer är att betrakta som barn och därför ska tas omhand.

Enligt Rüsç et al. (2005) leder allmänhetens stigmatisering av psykisk ohälsa, exempelvis genom media och kultur, till både avsiktlig och oavsiktlig diskriminering. Detta kan leda till att personer med psykisk ohälsa själva ser stereotyperna som "sanna" vilket leder till självstigmatisering som i sin tur medför att de exempelvis ser sig som svaga och oförmögna att klara sig själva. Rüsç et al. (2005) framför att rädsla för stigmatisering och diskriminering kan skapa en barriär gentemot att söka vård då man räds effekterna av att få etiketten "psykisk sjuk". En tydlig trend finns att stigmatiseringen av personer med psykisk ohälsa snarare ökat än minskat det senaste årtiondet. Enligt Rüsç et al. (2005) kan en anledning till detta vara att fokus skiftat från miljö som orsak till ohälsan till ärftliga/biologiska faktorer. Detta har lett till en ökad upplevelse av att dessa individer är biologiskt annorlunda vilket ytterligare stärker uppfattningen av "vi" och "dem".

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763), 2 §, skall en god vård ges på lika villkor för hela befolkningen som ska bygga på respekt för patientens integritet, självbestämmande och främja goda kontakter mellan patienten och sjukvårdspersonalen. Sjuksköterskor ska kunna kommunicera med patienter på ett respektfullt sätt, vara empatiska och lyhörda, ge stöd och vägledning så att patienten kan vara delaktig i sin vård (Socialstyrelsen, 2005). Om inte personen behandlas utifrån sina egna upplevelser och behov är det lätt att personen känner sig kränkt. En bra relation mellan patienter och vårdpersonal kännetecknas av tillit, närhet och ömsesidighet och det är vårdpersonalen som har det största ansvaret för relationen. För att kunna uppnå en god vård krävs det en god relation och kommunikation mellan personen och sjuksköterskan utifrån ett personcentrerat perspektiv (Dinç, & Gastmans, 2013; Looi, Gabrielsson, Sävenstedt, & Zingmark, 2014).

Fördjupad kunskap ur ett inifrånperspektiv, beskrivet av personer som lever med diagnosen bipolär sjukdom, ger sjuksköterskan ökade möjligheter att förstå personens situation samt ge god omvårdnad.

Syftet med studien var att beskriva två kvinnors upplevelser av att leva med bipolär sjukdom.

Metod

Författarna har valt en kvalitativ ansats i denna studie. Kvalitativa studier kan ge rika beskrivningar av deltagarnas upplevelser. Detta kan stötta vårdpersonal att på en djupare nivå förstå patienters behov och erfarenheter och därigenom bättre kunna identifiera för patienten hållbara lösningar och strategier (Polit & Beck, 2012, s. 63). Kvalitativ forskning strävar efter att vara holistisk och därmed ge en helhetsbild av, eller utforska meningen med ett specifikt fenomen snarare än att generalisera till en hel population (Polit & Beck, 2012, s. 74, 487, 515). Urvalet är ändamålsenligt i kvalitativa studier och baserat på vem som kan ge en så rik och djup inblick i fenomenet som möjligt (Polit & Beck, 2012, s. 53, 515, 516). Författarna har i detta syfte valt att utgå från självbiografier skrivna av personer med bipolär sjukdom, då detta ansågs ge en rik beskrivning av deras upplevelser.

Litteratursökning

En pilotsökning genomfördes i LIBRIS med sökordet "bipolär" för att identifiera tillgången på möjliga självbiografier att inkludera i studien (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011, s 61). Vid pilotsökningen hittades tretton självbiografier på ämnet bipolär sjukdom. Polit och Beck (2012, s. 274) beskriver hur inklusionskriterier ska definieras inför sökning i syfte att säkerställa att sökunderlaget är korrekt för den för studien avsedda målgruppen. Studiens inklusionskriterier var självbiografier skrivna av vuxna kvinnor med bipolär sjukdom som lever i Sverige. Utifrån detta sökte författarna i LIBRIS databas efter självbiografier, sökordet "bipolär" användes vilket resulterade i 48 träffar (n=48). Böcker skrivna av författare med flera diagnoser, böcker som utgick från ett anhörigperspektiv eller var skrivna i annan litterär form, exempelvis dikter, sorterades bort. Kvar blev sju (n=7) självbiografier skrivna av vuxna kvinnor med bipolär sjukdom som enda diagnos. Av de sju exkluderades två då de inte

beskrev svenska förhållanden samt en som inte bedömdes svara mot syftet då den beskrev hur författarinnans gudstro påverkades av hennes diagnos. Fyra böcker kvarstod vilka alla lästes. Av dessa valdes två ut på basis av att de bedömdes erbjuda rikast data för analysen.

Kontext

De två böcker som valdes ut för analys var: *Med mitt liv i mina händer: att leva med bipolär sjukdom* av Cecilia Asp och *Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva* av Ann Heberlein. Båda självbiografierna speglar livet hos en kvinna som diagnostiserats med bipolär sjukdom utifrån hennes egna ord om att leva med sjukdomen, se Tabell 1.

Tabell 1 Översikt av valda självbiografier som svarade mot syftet.

Titel / Författare / År	Kontext
<i>Med mitt liv i mina händer: att leva med bipolär sjukdom</i> av Cecilia Asp (2012).	Cecilia Asp, född 1975, är författare och föreläsare med eget företag där hon arbetar med att öka allmänhetens medvetenhet om hur det är att leva med bipolär sjukdom. I sin självbiografi berättar Cecilia om sitt liv, sina tankar och upplevelser, i huvudsak under hennes vuxna liv, både från tiden innan hon fick diagnosen och efter. Läsaren får även följa hennes sjukdomsutveckling genom att ta del av utdrag i läkarutlåtanden.
<i>Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva</i> av Ann Heberlein (2008).	Ann Heberlein, född 1970, är teologie doktor i etik, författare och kulturskribent, lever och verkar i Sverige. I sin självbiografi ger hon en lika påtaglig och inträngande som krass bild av hur det är att leva med bipolär sjukdom. Heberlein ger oss bilder både i form av berättelser från hennes förflutna, i huvudsak från studenten och framåt, och ögonblicksbilder beskrivna i stundens ingivelse.

Analys

Vid denna kvalitativa innehållsanalys analyserades berättande data i syfte att identifiera mönster och kategorier. Processen innebär att data bryts ner i mindre textenheter som kodas utifrån innehåll varefter dessa grupperas (Polit & Beck, 2012, s. 564). Författarna genomförde analyser av två självbiografier ur ett manifest perspektiv vilket Graneheim och Lundman (2004) definierar som en analys av vad texten säger, det synliga och uppenbara budskapet av texten. All analys innehåller dock ett visst mått av tolkning även om den manifesta ansatsen strävar efter att begränsa tolkningen. Urvalet av analysenheter är grundläggande för innehållsanalysen. Efter urval av analysenheter identifierades textenheter i materialet vilket definieras som "ord, meningar eller stycken" vilka till innehållet relaterar till varandra avseende innehåll och kontext (Graneheim & Lundman, 2004). Dessa textenheter identifierades i självbiografierna genom att dessa lästes, en första gång i avsikt att få en generell överblick av texten, och sedan flera gånger utifrån syftet med studien. Denna del av processen genomförde författarna individuellt. När detta arbete var klart gick författarna gemensamt igenom, kritiskt granskade och diskuterade de utvalda textenheterna i syfte att komma fram till en gemensam grund avseende textenheterna. Med detta menas att fatta beslut om vilka textenheter som ska vara med i analysen, baserat på relevans i förhållande till syftet: upplevelser av att leva med bipolär sjukdom. Detta gjordes för att säkerställa författarnas samsyn på textenheterna. Totalt identifierades 421 textenheter, 209 från Asp (2012) och 212 från Heberlein (2008). Textenheterna märktes under den gemensamma delen av identifieringsprocessen med bokstav för respektive författare, A för Asp och H för Heberlein, samt siffra för sidhänvisning. Detta för att underlätta kontroll gentemot originaltexterna i syfte att bibehålla sammanhanget. Textenheterna kondenserades genom att texterna kortades medan kärnan i dem bevarades. Efter detta kom abstraktionssteget i vilket författarna tolkat och beskrivit datan på en högre logisk nivå och kategorier har skapats (Graneheim & Lundman, 2004). Dessa faser har utförts gemensamt av författarna genom att dessa tillsammans jämfört varje textenhet, en efter en, med övriga textenheter. Textenheterna sammanfördes kontinuerligt i flera led i syfte att identifiera samband och mönster av textenheter med liknande innehåll. Dessa sammanfördes i steg efter steg till allt bredare underkategorier. Processen fortsatte genom att underkategorier som bildade mönster fördes samman till bredare huvudkategorier med inbördes jämförbara innehåll utifrån studiens syfte.

Författarna har kontinuerligt gått tillbaka till datakällorna för att kontrollera att den ursprungliga bedömningen av textenheter och kondensering var korrekt. Kategorisering av data beskrivs som kärnan i innehållsanalysen och en kategori utmärks av att datan grupperad till kategorin har ett gemensamt innehåll. Kategorier ses som en manifest återgivning av texten då de i huvudsak härrör till en beskrivande nivå av innehållet. Ingen data som svarar mot syftet får exkluderas och ingen data får delas av flera kategorier eller ligga mellan kategorier. Författarna har gått igenom alla textenheter tills inga fler kategorier framkom och alla enheter har allokerats till en kategori.

Etiskt övervägande

Vid alla studier där människor deltar måste ett etiskt övervägande göras för att skydda deltagarna vad det gäller att visa respekt och värdighet för den enskilda personens integritet och privatliv, samt att nyttan med studien ska överväga riskerna (Polit & Beck, 2012, s. 150-158). Analysen i denna studie grundar sig på ursprungsdata som studiedeltagarna själva valt offentliggöra genom att publicera sina självbiografier. Därmed bedömde författarna att studiedeltagarnas identitet inte behövdes censureras. Författarna har varit noggranna med att korrekt återge ursprungsdatan och på så vis visa respekt mot källorna, vilket även syftar till att inte utsätta studiedeltagarna för skada eller obehag. Nyttan med denna studie ser författarna vara större än vad riskerna är, då en ökad förståelse för upplevelsen av att leva med bipolär sjukdom kan leda till ökade kunskaper och förståelse, och genom detta uppnå en bättre omvårdnad av personer med bipolär sjukdom.

Resultat

Analysen resulterade i sex kategorier med totalt 17 underkategorier så som redovisas i Tabell 2. Författarna har valt att redovisa resultatet i form av brödtext med citat från ursprungsdatan i syfte att ytterligare stärka trovärdigheten (Holloway & Wheeler, 2010, s. 302-304).

Tabell 2 Översikt av kategorier (n=6) och underkategorier (n=17)

Syftet med studien var att beskriva två kvinnors upplevelser av att leva med bipolär sjukdom	
Kategorier	Underkategorier
Att uppleva hälsa och ohälsa relaterat till mani	<i>Att vara oövervinnelig</i> <i>Att tappa kontrollen</i>
Att uppleva utanförskap	<i>Att leva i kaos</i> <i>Att inte accepteras</i> <i>Att inte förstå hur andra gör.</i> <i>Att andra inte förstår sjukdomens allvar</i>
Att uppleva sjukdomens mörker	<i>Att inte vilja leva men att inte vilja dö</i> <i>Att leva nära döden</i> <i>Att leva utan mening och hopp</i> <i>Att uppleva sig besatt</i> <i>Att vara ångestens fånge</i>
Att behandlingen inte löste alla problem	<i>Att bli bättre men inte bra</i> <i>Att ta eller inte ta Litium</i>
Att uppleva närstående både på gott och ont	<i>Att närstående innebär krav</i> <i>Att närstående är ett stöd</i>
Att uppleva hälsa i vardagen	<i>Att hitta sätt att må bra</i> <i>Att finna acceptans i sjukdomen</i>

Att uppleva hälsa och ohälsa relaterat till manin

Både Asp (2012) och Heberlein (2008) beskrev manins symtom som centrala i sina liv. De hade båda en mycket positiv bild av manin som hjälpte dem att njuta av livet med bipolär sjukdom. Heberlein (2008, s. 62) beskrev en känsla av att vara oövervinnelig, genial, berusad och uppfylld samt hur alla upplevelser under manin kändes viktiga och meningsfulla. De såg båda manins positiva effekter som något de uppskattade med sjukdomen och inte ville vara utan. Manin gav dem ett fantastiskt självförtroende som de älskade och känslan av att morgondagen inte spelar någon roll beskrevs som sprudlande.

När jag är manisk finns inga frågor. Det finns bara svar: jag har alla svar. Jag är oövervinnerlig. Jag är Svaret. Jag blir blondare. Jag blir smalare. Jag blir vackrare. Världen är som ett stort tivoli, eller en marknad, en galleria, och jag är Drottningen - "the Queen of madness" – som får allt jag vill ha (Heberlein, 2008, s. 108).

De beskrev även hur manin har negativa aspekter som de tvingas hantera efter skoven. Detta innefattar ekonomiska och relationella konsekvenser av exempelvis impulsköp, tillfälliga sexuella relationer och konflikter samt att deras livsstil under mani sliter på deras fysiska hälsa. Manins negativa sidor innebar brist på kontroll över sig själv, över konsekvenserna och över sjukdomens berg- och dalbana. En annan negativ aspekt av manin är insikten om att efter manins eufori kommer depressionens djupa mörker, ett mörker som förvärras av tankarna på andras syn på deras agerande.

Till slut började jag känna mig smutsig och fattade inte vad jag höll på med men eftersom jag hade så roligt fortsatte jag bara. Helt omdömeslöst. Inget förstånd överhuvudtaget (Asp, 2012, s. 122).

Att uppleva utanförskap

Både Asp (2012) och Heberlein (2008) beskrev hur de under hela livet känt sig annorlunda. De beskrev hur de lever med ständiga koncentrationssvårigheter på grund av rusande tankar. Koncentrationssvårigheterna ledde till praktiska konsekvenser, exempelvis i form av bilar med körförbud, och kvinnorna upplevde sig vara dåliga på att ta ansvar i vardagen.

Vad är det för fel på mig? Varför pågår det ett ständigt världskrig i min hjärna? Varför kan jag aldrig få vila? Varför känns det som om mitt huvud ska sprängas i miljoner bitar av alla tankar som måste ut? (Heberlein, 2008, s. 50).

Min ekonomi var jag oerhört noga med men nu visste jag inte ens om hyreslappen låg i någon av högarna. Kaoset var totalt (Asp, 2012, s. 9).

Kvinnorna upplevde även ett utanförskap i förhållande till arbetsmarknaden och allmänheten som inte accepterar deras sätt att fungera. Deras sociala kontakter försvann i stor utsträckning och båda upplevde sig inte passa in i mallen som anställningsbar eller vän. Asp (2012) och Heberlein (2008) beskrev hur de upplevde att deras sjukdom sågs som något fult och symtomen som något som måste gömmas undan, att allmänheten inte ville se deras ångest och mörka tankar.

Vad är det med mig som gör att resten av världen skyggar? Vad är det med mig som gör att jag inte får några riktiga jobb, fasta anställningar? Varför finns det ingen trygghet för mig? (Heberlein, 2008, s. 150).

De upplevde utanförskap gentemot medmänniskor som ofta inte förstod allvaret i deras sjukdom och som många gånger trivialiserade sjukdomens symtom. Kvinnorna beskrev hur de hört och läst om "lyckopiller" och bara ville skrika att man inte blir lycklig av dem, att man möjligtvis överlever tack vare dem. Omgivningens inställning att det går att välja hur man hanterar livets jobbiga sidor upplevdes kränkande och frustrerande av kvinnorna. Asp (2012) beskrev synen på psykisk ohälsa som något som ofta avskrivs som lögn eller hypokondri och att fraser som "ta dig i kragen" eller "ryck upp dig" var lika vanliga som missriktade och kränkande.

De som sa åt mig att rycka upp mig ville jag bara slå på käften. Vad då rycka upp mig? Hur skulle jag kunna göra något som jag inte visste hur man gjorde? (Asp, 2012, s. 13).

Utanförskapet handlade även om en subtil känsla av att andra förstår något som de inte förstår, en slags grundläggande kompetens för livet som människa som de upplever sig sakna: att inte förstå hur andra gör när de lever. Asp (2012) beskrev hur hon hela livet känt sig vilsen, utanför, att hon inte dugt eller passat in. Hon upplevde skuld och skam över att inte ha lyckats i livet, inte ha förstått andras känslö- och upplevelsevärld.

Det totala nederlaget är oförmågan att hantera livet. Oförmågan att vara lycklig. Oförmågan att ge kärlek. Oförmågan att leva. Den där koden varje människa förväntas knäcka. Livet (Heberlein, 2008, s. 147).

Att uppleva sjukdomens mörker

Båda kvinnorna var medvetna om att de lever med kroniska sjukdomar med hög dödlighet och tankar på döden var mycket påtagliga i deras liv. De beskrev omfattande upplevelser av inte vilja leva när ångesten blir för stark eller depressionen för djup. Dock beskrevs oviljan att leva snarast som en längtan efter att slippa leva än en längtan efter att få dö. I kontrast till längtan efter att slippa livet står den starka viljan att leva, att överleva sjukdomen. Heberlein

(2008) beskrev hur hon under friska perioder ständigt i tankarna återkom till vetskapen om att sjukdomen är opålitlig och kan slå till när hon minst anar det samt att hon var medveten om risken för att hon en dag tar sitt liv trots att hon vill leva.

Den där irrationella impulsiviteten skrämmer mig. Jag är livrädd att jag en dag faller offer för den. Det sägs att åttio procent av de självmordskandidater man lyckas rädda är tacksamma. Det säger en hel del om den ambivalens, och den impulsivitet, som föregår ett beslut att ta sitt eget liv (Heberlein, 2008, s. 134-135).

Varken Asp (2012) eller Heberlein (2008) beskrev några positiva sidor eller möjligheter att uppleva hälsa under sjukdomsperioder med sänkt stämningsläge. Depressionen beskrevs som ett nattsvart mörker utan ork, hopp eller mening. Fysiskt krävdes enorma ansträngningar för minsta rörelse och varje muskel värkte. Allt var oerhört svårt och ansträngande. Heberlein (2008, s. 97) beskrev hur hon inte ville någonting och hur hon upplevde att världen inte angick henne längre.

Jag låg på hallgolvet, grät och skrek om vartannat. Som ett litet barn i fosterställning och försökte ta mig upp. Kroppen sa ifrån flera gånger och jag landade på det hårda golvet igen (Asp, 2012, s. 101).

Båda kvinnorna beskrev hur de under perioder upplevde sig som besatta av något som levde inom dem, något negativt som de inte kunde bli av med. Heberlein (2008, s. 50) beskrev hur något bodde i hennes hjärna och hur hon undrade om de i själva verket var hon eller en demon eller utomjording. Kvinnorna beskrev fasansfulla upplevelser av ångest men också ångestens mycket konkreta konsekvenser då de inte klarade av att gå ut och därmed berövades sin frihet. De beskrev hur de körde bil eller gick fort och långt i försök att undkomma ångesten men hur den trots det vällde upp när de minst anade det.

Min ångest kryper på alla fyra och slår huvudet i golvet. Bang bang tills blodet kommer. Min ångest stoppar fingrarna i munnen nästan av sig själva tills de välsignade spyorna befriar... (Heberlein, 2008, s. 14).

Att behandlingen inte löste alla problem

Både Asp (2012) och Heberlein (2008) ansåg att behandling i form av läkemedel och terapi var nödvändig för att överleva sjukdomen men att det inte gjorde dem friska eller lyckliga. Båda beskrev hur de var övertygade om att utan behandlingen hade de dött i suicid för länge sedan.

Hade jag inte börjat omgående hade jag nog inte levt idag (Asp, 2012, s.87).

Medicinerna gör mig inte lycklig, de gör att jag fungerar. Mina funktionshinder sitter i sjukdomen (Asp, 2012, s. 211).

Asp (2012) och Heberlein (2008) har dock helt olika syn på Litium. Heberlein (2008, s. 24) upplevde att hon blev "tjock och trögtänkt" av Litium medan Asp (2012) såg läkemedlet som det som gett henne livet tillbaka. Hon beskrev hur hon efter bara en kort tid med läkemedlet började fungera bättre i vardagen och hur hennes beteende gentemot andra förändrades och hon för första gången på länge kände sig glad.

Det liv jag har fått av Litium hade jag aldrig fått annars. Jag har haft en hypomani men i övrigt helt fri från de stora dalarna och topparna (Asp, 2012, s.211).

Att uppleva närstående både på gott och ont

Både Asp (2012) och Heberlein (2008) beskrev sina upplevelser av relationer till närstående som något kravfyllt och ångestladdat. Båda upplevde att de inte kunde prata med anhöriga och vänner om sina mörkaste tankar då detta vore för starkt för någon närstående. De kände att de la orimliga och förbjudna krav på närstående genom att delge dem sin smärta och livsleda. Asp (2012) beskrev upplevelse av att närstående ställde krav på henne, att hon inte fick vara ifred för deras frågor och åsikter, om än välmenande.

Telefonen ringde. Om och om igen. Vem var det? Vad måste jag göra nu? Varje signal fick kroppen att rusa. Varför kunde jag inte få vara ifred? Naturligtvis var det mamma eller pappa. Det kändes som jag var förföljd av min familj fast jag visste att de bara var oroliga (Asp, 2012, s.87).

Man utsätter inte människor för sin ångest, för sin livsleda, för sina självmordstankar för att det är så lätt att missförstås. Det uppfattas så lätt som en anklagelse. Som ett uttryck för missnöje. Som klander. Som krav (Heberlein, 2008, s.18).

Asp (2012) beskrev dock även positiva upplevelser av att ha en familj som står henne nära. Hon upplevde trygghet när mamman kom och hjälpte henne med läkemedel under ett skov av ångest samt hur hon tog hjälp av mamman som “extra hårddisk” (s. 190) under läkarbesök.

Att uppleva hälsa i vardagen

Både Asp (2012) och Heberlein (2008) beskrev sina upplevelser av att må bra i vardagen och hur de identifierat situationer där de mårde bra. Heberlein (2008, s. 125) mårde bra av att göra vardagliga saker som att laga mat, baka bröd och tjata på barnen. Under sådana situationer upplevde hon sig vara en människa och att vilja leva. Även Asp (2012, s. 212) beskrev hur hon upplevde hälsa i vardagen genom att tvätta, städa och “ha lite tråkigt”.

När sorgen och smärtan rev som mest i min själ satte jag mig vid datorn. Känslor som jag inte visste att jag bar på lade sig enkelt med svart text i dokumentet. Det var en befrielse att kunna få ut allt ... (Asp, 2012, s. 188).

Asp (2012, s. 110, 112) upplevde det som en lättnad att få diagnosen, den blev ett sätt att gå vidare genom att ha något konkret att arbeta emot. När hon fick insikt i sjukdomens allvar började saker “falla på plats”. Detta gjorde att hon upplevde att trots att hon inte blir den hon var innan symtomen började så kunde hon då börja se framåt. Detta gav henne hopp inför framtiden och därmed ökad känsla av hälsa i vardagen.

Diskussion

Studien visar att dessa två personer som lever med bipolär sjukdom har motsägelsefulla upplevelser av mani. Manin kan vara både underbar och stärkande för individen men också präglas av upplevelser av att tappa kontrollen över sig själv och sitt liv. Vidare ses att känslan av utanförskap och en upplevelse av att inte vara och fungera som andra präglar tillvaron. Sjukdomens mörka sidor ses i denna studie innefatta upplevelser av återkommande tankar på döden, att uppleva sig besatt samt att få sin autonomi begränsad. Studien visar även att kvinnorna upplevde behandlingen med läkemedel eller/och terapi som livsnödvändig men ofullständig. Upplevelserna av Litium som stämningsstabiliserare skiljer sig åt. Kvinnorna upplevde sina närstående som både en belastning och ett stöd i det att relationen upplevdes kravfylld men ibland ändå hjälpsam. Vidare ses att kvinnorna behövde få en diagnos för att komma vidare samt att de identifierat strategier för att må bra i vardagen.

The Tidal Modell (Tidalmodellen) är en kritisk-normativ omvårdnadsteori som tagits fram av det amerikanska paret Buchanan-Barker och Barker. Tidalmodellen (Barker, 2001b; Buchanan-Barker & Barker, 2008) menar att personen har rätt att genom sin berättelse återta kontrollen över sitt liv och sin historia och att detta leder till återhämtning. Tidalmodellens utgångspunkt är att sjuksköterskan har som uppgift att stödja personen i återhämtning på personens egna villkor istället för kortsiktig problemlösning. Detta görs genom tio steg, eller åtaganden, som bland annat innefattar att lyssna på personens egen berättelse om sitt liv, sitt lidande och sitt livsprojekt. Tidalmodellen förespråkar personcentrerad vård där personen ses som kompetent, expert på sig själv och aktiv i sin egen vård vilket leder till interventioner som fokuserar på personens egna resurser till problemlösning. Stor vikt ligger på att personen uppmuntras att använda sitt eget språk och inte det psykiatrispråk som ofta präglar patientsamtal och journaler. Detta språk tenderar att lägga fokus, även för personen, på problemen utifrån samhällets perspektiv istället för på personens behov och livsprojekt. Det vill säga att samhällets syn på vad som är normalt och vad som är en funktionsnedsättning riskerar att osynliggöra individen (Barker, 2001a; Buchanan-Barker & Barker, 2008). Tidalmodellen menar att sjuksköterskan i mötet med personen ska utgå från tre dimensioner vilka syftar till att undvika reducering av personen till "fenomenet patient" samt

åskådliggörande av individens behov i nuet. Första dimensionen är "världen" där fokus läggs på att bekräfta personens behov av att bli förstådd och få sin sjukdom erkänd och bekräftad av personer i omgivningen. Andra dimensionen är "självet" och fokuserar på fysisk och känslomässig säkerhet, tredje dimensionen är "andra" där man tittar på vilket stöd personen behöver för att leva ett vanligt liv. Detta stöd kan vara i form av exempelvis läkemedel, interventioner och sociala insatser så som sysselsättning (Barker, 2001a, 2001b).

Resultatdiskussion

Studien visar att kvinnorna ser både för och nackdelar med sina maniska skov. Fördelarna är känslan av att vara oövervinnelig samt att kunna producera mycket medan nackdelarna är att manin sliter på kroppen och deras handlingar under manin får konsekvenser i deras liv. Karlsson (2006) beskriver i sin studie mani utifrån begreppen sjukdoms- och livslidande. Utifrån sjukdomslidande har manin ofta negativa associationer för personerna då upplevelsen av att leva i hög fart kan upplevas som att tankar och handlingar lever sitt eget liv och är bortom personens kontroll. Personerna mår ofta dåligt efteråt och påverkas negativt socialt på grund av självexponering under maniska skov vilket leder till social isolering och skamkänslor. Utifrån perspektivet livslidande ses istället hur skiftningarna mellan extrema stämningsslägen gör att personerna upplever ökad livsnärvaro under de goda dagarna och insikten om den ansträngning och kompetens som krävs för att klara sjukdomens svårigheter kan dessutom bidra till ökad självkänsla (ibid.). De dubbelbottnade upplevelserna relaterade till mani bör följaktligen förstås som delar av en helhet där det ena både ger och kräver det andra. Detta kräver ett holistiskt förhållningssätt i mötet med personer med bipolär sjukdom och en förståelse för komplexiteten i deras livssituation. Enligt Buchanan-Barker och Barker (2008) innebär Tidalsmodellen att personens behov ska styra omvårdnaden och att vården måste anpassas efter personens omväxlande behov (ibid.). Kvinnorna i studien upplevde sig ha svaret på alla frågor och att vara oövervinnliga men de hade även upplevelser av att tappa kontrollen över sig själva och tillvaron. Utifrån Barker (2001a) och Buchanan-Barker och Barker (2008) är just detta att erkänna det kaotiska i mänsklig natur och mänskliga upplevelser centralt och Tidalsmodellen stödjer utifrån detta även behovet av kontinuerlig och flexibel respons på personens behov (ibid.). Kopplat till denna studies resultat kan detta ses som att sjuksköterskan i mötet med personen bör ta till sig individens beskrivning av hur just

han eller hon upplever manin, det vill säga positiv, negativ eller både och, och utgå ifrån detta i omvårdnaden. Sjuksköterskan ska enligt Tidalmodellen (Barker, 2001a; Buchanan-Barker & Barker, 2008) inte söka kontakten med sjukdomen och dess symtom utan med personen utifrån de tre dimensionerna (självet, världen och andra), och på så sätt få förståelse för personens situation, inklusive förhållandet till hälsa och ohälsa. Genom nyfikenhet får sjuksköterskan kunskap om personens själv, värld och omgivning och vad detta innebär i vårdbehov (ibid.).

Studien visar även att upplevelser av att inte fungera som andra och att inte passa in i samhällsnormen tillsammans med allmänhetens syn på sjukdomen och dess symtom leder till upplevelser av utanförskap och stigmatisering. I en studie av Michalak, Yatham, Maxwell, Hale och Lam (2007) fann man att många personer med bipolär sjukdom aldrig haft fast anställning eller haft många korta anställningar. De visade på ett samband mellan uppsägningar och att personen valt att offentliggöra sin diagnos. Personerna upplevde att de sågs som annorlunda vilket ledde till upplevelser av utanförskap. Man såg även att personerna inte trodde att de skulle klara arbetsgivares krav, en form av självstigmatisering. Detta var orsak till låg frekvens av anställningar och dålig karriärutveckling trots hög utbildningsnivå hos personerna (ibid.). Kvinnorna i denna studie upplevde att de hade svårt att få fasta anställningar och att arbetsmarknaden inte erbjöd just dem någon trygghet samt att världen skyggar för dem och deras sjukdom. När de berättade om sin diagnos kunde människor ta ett steg tillbaka. De upplevde sig inte passa in i mallen som anställningsbar då de till exempel hade svårt med att börja tidigt på morgonen samt att de har en produktionskapacitet som inte faller inom standardiserade procentsatser. Detta att inte vara anställningsbar på grund av att de är annorlunda skulle kunna ses som en del i stigmatiseringen av psykiskt sjuka personer vilket kan leda till avståndstagande från exempelvis arbetsgivare. Enligt Rüsç et al. (2005) ses stigmatisering av personer med psykisk ohälsa bestå av kognitiva (stereotyper) och känslomässiga (fördomar) aspekter samt handlingar (diskriminering). Som exempel kan sägas att stereotypen "farlig" leder till känslan "rädd" vilket leder vidare till handlingen "avståndstagande". Stereotyper beskrivs som ett effektivt sätt att kategorisera information om en grupp på så vis att dessa snabbt skapar intryck av och förväntningar på en specifik social grupp. Fördomar i sin tur tar sig uttryck i

att personer, som anser att stereotypen är korrekt, stödjer och späder på dessa genom att uttrycka och sprida beskrivningar och uttryck så som “alla psykiskt sjuka är våldsamma”. Fördomarna leder i sin tur till diskriminerande handlingar gentemot individer i gruppen och gruppen som helhet (ibid.). Kvinnorna i studien såg sig som väsensskilda från andra människor i en upplevelse av att inte veta hur andra gör när de lever. De kände en oförmåga att älska, ge kärlek, vara lyckliga; att knäcka den mänskliga koden. Enligt Tidalmodellen (Barker, 2001a) kan svårigheterna med psykisk ohälsa ses som existentiella på så vis att den till sjukdomen förknippade störningen involverar den grundläggande upplevelsen av hur det är att vara människa och hur man gör när man lever. Detta ger att de omvårdnadshandlingar sjuksköterskan behöver erbjuda som svar på denna existentiella kris kan verka små och vanliga men i själva verket kan “representera handlingar av exceptionellt mod och omtanke”(ibid.). Tidalmodellen förespråkar vidare att inom dimensionen “världen” fokusera på individens behov av att få sjukdomen förstådd och bekräftad av andra. Här har Tidalmodellen en specifik intervention där personen med sina egna ord beskriver bland annat problemens ursprung och funktion, hur personen känt tidigare, hur hen mår just nu samt en beskrivning av vad personen tror att allt detta betyder. Sedan formuleras behov i form av förväntan på vården och specifikt vad personen anser sig behöva i nuet för att hantera situationen (Barker, 2001b).

Studien visar att medvetenheten om sjukdomens dödlighet tillsammans med konkreta tankar kring suicid och sjukdomens oförutsägbarhet, leder till en påtaglig upplevelse av att ha närhet till döden. Studien visar också att depressionen berövar personerna meningen med tillvaron och att ångestens påtaglighet och oförutsägbarhet periodvis leder till isolering. Känslan av att något ondskefullt bor i kroppen upplevs som en känsla av att vara besatt. I studien av Jönsson, Wijk, Skärsäter och Danielsson (2008) ses att personer med bipolär sjukdom känner en stor osäkerhet inför sin framtid på grund av sjukdomens oförutsägbarhet. Många av deltagarna övervägde död genom suicid som lösning när de inte såg någon utväg eller hopp om att bli bättre. En kvinna beskrev att hon inte trodde att hon skulle bli så gammal utan att hon sannolikt skulle “end up committing suicide” (ibid.). Rusner, Carlsson, Brunt och Nyström (2009) visar i sin studie att personer med bipolär sjukdom har svårt att lita på sig själva. Svårigheten att förutsäga sjukdomens skov ledde till lägre självförtroende när det

gäller det egna omdömet och deltagarna upplevde rädsla för att inte kunna fatta kloka beslut gällande livet (ibid.). Kvinnorna i denna studie upplevde rädsla för att självmordstankarna skulle ta över deras egna omdöme och tar exempelvis endast med sig exakta läkemedelsdoser på resor för att inte ha möjlighet till intoxication. Utifrån Tidalmodellen (Barker, 2001b) kan detta ses som tillhörande dimensionen "självet" där sjuksköterskan kan hjälpa patienten att sätta egna ord på sitt mående, på risken för självskador och på vad som skulle kunna hjälpa hen att uppleva större fysisk och känslomässig trygghet i nuet. Här utforskar sjuksköterskan personens upplevelser genom hens egna berättelser och skapar på så vis en terapeutisk allians (ibid.).

Studien visar att kvinnorna upplever behandlingen, både den medicinska och den terapeutiska, är absolut nödvändig för överlevnad men att den inte löser deras problem. Vidare ses att inställningen till Litium som stämningsstabiliserare inte är självklart positiv eller negativ. Michalak et al. (2007) visar att compliance avseende stämningsstabiliserare kan påverkas negativt av exempelvis behovet att ta igen tid och produktion på sin arbetsplats. Personen kan känna både krav och längtan till hypomani då upplevelsen av att prestera på topp stärker självkänslan. Tidalmodellen (Barker, 2001a) menar att sjukdoms- och problemfokuserad omvårdnad kan bidra till att stärka synen på personen som handikappad både hos omgivningen och hos personen själv. Detta reducerar personens självkänsla och makt över sig själv. Fokus tas ifrån personens egna upplevelser och läggs istället på diagnosens kliniskt beskrivna symtom och personen reduceras till sjukdomens delar. Utifrån detta är det viktigt att låta personen förmedla sin egen upplevelse av tillvaron och behandlingen för att kunna identifiera exempelvis motiv till ovilja till compliance. Här kan sjuksköterskan stödja personen i dimensionen "andra" att själv få identifiera sina behov samt ge personen utrymme att vara med och formulera omvårdnaden, dels i form av läkemedel men även praktiska saker som insatser i hemmet (ibid.). Vi ser i studien att Heberlein (2008) upplevde motstånd till Litium då läkemedlet gav biverkningar i form av viktuppgång och frantog henne manins fördelar med ökad mental kapacitet. Hon såg däremot läkemedelsbehandling mot ångest och depression som livsnödvändig precis som Asp (2012) ser samtalsterapi som räddningen tillsammans med Litium. Detta visar på hur olika

upplevelserna av behandlingsbehovet kan vara inom patientgruppen vilket ytterligare stärker argumenten för att stärka personens eget deltagande i planering och utformning av vården.

Studien visar att upplevelsen av närstående är kluven då dessa kan vara både en belastning då de inte upplever sig kunna anförtro exempelvis suicidtankar till familjemedlemmar men också som ett praktiskt och känslomässigt stöd. Rusner, Carlsson, Brunt och Nyström (2010) beskriver att behovet av ärliga, pålitliga relationer som ger utrymme för förtrolighet är stort för personer med bipolär sjukdom. Trots detta kan personerna inte dela allt med närstående utan behöver ha professionella relationer för att skydda exempelvis sin familj. Genom att tillåta sig dessa omvårdnadsrelationer kan personen tillgodogöra sig en möjlighet att lindra lidande och öka välbefinnande. Både Asp (2012) och Heberlein (2008) frågade sig vem de skulle ringa till när ångesten var för stark, de upplevde att de inte kunde vända sig till närstående. Utifrån detta kan då argumenteras att sjuksköterskan har en viktig roll i att finnas där och lyssna och därmed fylla behovet av förtroliga relationer. Tidalmodellen (Buchanan-Barker & Barker, 2008) menar att en av vårdarens grundkompetenser är förmågan att aktivt lyssna och respektera språket. Personens berättelse blir både inledning och avslut i mötet med sjuksköterskan. Här delas personens erfarenheter, upplevelser av förtvivlan och hopp om lösning i det vårdande mötet. Kopplat till resultatet kan detta ses som avlastande för personen då denna inte behöver tynga relationen till närstående med alltför mörka tankar.

Studien visar att det går att ha hälsa i vardagen genom att identifiera situationer då personerna fungerar väl. Dessa situationer präglades av att kvinnorna upprättade rutiner och inte tog på sig för mycket utan utförde vardagssysslor i lugn och ro. Resultatet pekar även på vikten av att få en korrekt diagnos då detta är väsentlig för möjligheten att finna acceptans av sjukdomen och för möjligheten att gå vidare mot framtiden. Studien av Jönsson, Wijk, Skärsäter och Danielsson (2008) visar att stigmatisering gentemot sjukdomen försvårar den egna acceptansen av diagnosen samt att längtan efter ett "normalt liv" ledde till förnekelse av sjukdomen. Asp (2012, s.189) uttrycker en vilja att bara operera bort sjukdomen för att bli fri den. Detta skulle kunna tyda på ett behov av att förtränga sjukdomen och därmed en svårighet att acceptera den. Tidalmodellen (Buchanan-Barker & Barker, 2008) menar att återhämtning

bara är möjlig om personen kan formulera sin egen syn på sin ohälsa och sjukdom och förespråkar därför att personen uppmuntras att berätta sin berättelse med egna ord för att underlätta återhämtning. Vidare förespråkar modellen identifiering av vad som har fungerat för personen tidigare och uppfattningar om vad som kan komma att fungera i framtiden. Vad som fungerat för andra ska bara användas om personen inte har någon uppfattning om vad som fungerat för hen (ibid.). Studiens resultat visar att kvinnorna själva har kunnat identifiera strategier som fungerar för just dem. Utifrån Tidalmodellen (Buchanan-Barker & Barker, 2008) ska då dessa strategier uppmuntras. Grunden för möjliggörande av återhämtning är att personen ser sig själv gå framåt och utvecklas. Sjuksköterskans roll är att arbeta med personen i "själv" dimensionen för att se vad som behövs här och nu för att främja nästa steg i återhämtning (ibid.). Kopplat till studiens resultat ger detta vid handen att sjuksköterskan har en viktig roll i att stötta personen i att acceptera sjukdomen och söka egna strategier för att ha hälsa i vardagen.

Metoddiskussion

Trovärdighet (trustworthiness) inom kvalitativ forskning handlar om att forskaren har använt sig av sund och korrekt metod och trovärdigheten bedöms utifrån kriterierna tillförlitlighet (dependability), giltighet (credability), överförbarhet (transferability), bekräftelsebarhet (confirmability). I denna studie har författarna arbetat med trovärdighet så som det beskrivs av Holloway och Wheeler (2010, s. 302-304) bland annat genom att genomföra analysen med sund och korrekt metod i enlighet med Graneheim och Lundman (2004). I övrigt har tillförlitligheten stärks av en detaljerad metodbeskrivning vilket möjliggör kontroll och upprepning (Holloway & Wheeler, 2010, s. 302-304). Författarna har åskådliggjort analysens beslutsprocess genom att tillsammans med brödtexten i resultatet visa citat från originaldatan vilket styrker tillförlitligheten då detta möjliggör för läsaren att bedöma huruvida författarna arbetat konsekvent och korrekt. Vidare kan argumenteras att valet av manifest ansats stärker tillförlitligheten genom att detta ger en närmare och sannolikt sannare bild av ursprungsdatan. Negativt för tillförlitligheten kan vara att sökningen endast genomfördes i en databas men då analysunderlaget trots detta hade stor rikedom bedömdes detta inte försämra studiens kvalitet. Hög giltighet uppnås om studiedeltagarna själva känner igen sig i forskningsmaterialet (Holloway & Wheeler, 2010, s. 302-304). Giltigheten har beaktats på så vis urval,

kondensering och kategorisering av textenheter skett med stor noggrannhet i syfte att inte avvika från de ursprungliga texterna. Båda författarna har varit delaktiga i alla delar av analysen vilket ökar sannolikheten för korrekt analys och resultat. Författarna har även kontinuerligt gått tillbaka till datakällorna för att kontrollera att den ursprungliga bedömningen av enheter och kondensering var korrekt. Negativt för giltighetsbegreppet är att, då datan inte kommer från utvalda intervjupersoner utan självbiografier har författarna inte kunnat gå tillbaka till kvinnorna vars berättelser ligger till grund för studien för att kontrollera om dessa känner igen sig i beskrivningarna. Överförbarhet innebär att forskningsfynden skulle vara möjliga att applicera även på liknande kontexter och urval (Holloway & Wheeler, 2010, s. 302-304). Avseende överförbarhet bör fynden vara applicerbara på liknande kontexter då de väl överensstämmer med övrig forskning på ämnet och resultatet från studien därför sannolikt är överförbart på en bredare grupp än endast dessa två kvinnor i en liknande kontext. Dock kan inte samma säkerhet gälla överförbarhet på gruppen bipolära i en helt annan kontext eller en annan patientgrupp i liknande kontext. En studie som inkluderar deltagare med levnadssituationer väsensskilda från svenska förhållanden i form av exempelvis religion eller socioekonomiska förutsättningar skulle kunna ge en bredare bild av upplevelser exempelvis av stigmatisering. Slutligen har bekräftelsebarhet stärkts genom metod- och resultatbeskrivningen som stärks genom presentation av citat från de ursprungliga texterna (Holloway & Wheeler, 2010, s. 302-304). Bekräftelsebarheten stärks ytterligare av det faktum att författarna innan studiens genomförande hade mycket begränsade kunskaper och inga personliga erfarenheter av det studerade fenomenet vilket borgar för att studiens resultat inte påverkats av förförståelse. Detta har ytterligare stärkts av att författarna använt självbiografier och inte tidigare forskning som underlag då dessa forskningsresultat hade kunnat skapa en förförståelse för de studerade fenomenen. Författarna ville utöver detta säkerställa att analysen inte påverkas av kategoriseringar gjorda vid tidigare forskning.

Slutsats

Syftet med denna studie var att beskriva två kvinnors upplevelser av att leva med bipolär sjukdom. Resultatet visar att upplevelsen av att leva med bipolär sjukdom är minst sagt komplex och mångfacetterad då många av sjukdomens sidor upplevs ha både positiva och negativa aspekter. Tidalmodellen förespråkar en personcentrerad vård där sjuksköterskan utgår från individen och hens specifika liv, mål och behov för att kunna stödja i både återhämtning och utveckling. Denna studies resultat bidrar till möjlighet till ny kunskap och större förståelse hos sjuksköterskor för personers upplevelser av att leva med bipolär sjukdom. Såvitt författarna har kunnat se har tidigare forskning till stor del fokuserat på just polariteten med sjukdomen, det vill säga mani och depression. Detta synsätt blir begränsat för möjligheten att förstå patientens situation då livet med bipolär sjukdom för individen innefattar mycket mer än bara mani och depression. För detta krävs ett mer holistiskt förhållningssätt där man även beaktar känslor och upplevelser relaterade till perioder mellan de extrema polerna samt möjligheten att uppleva hälsa i mani. Ytterligare kvalitativ forskning behövs för att öka kunskapen och förståelsen för helheten av hur det är att leva med en så komplex diagnos som bipolär sjukdom. Författarna hoppas även få se forskning på hur traditionella könsroller påverkar stigmatiseringen av män respektive kvinnor med bipolär sjukdom. Detta då exempelvis sexuellt utagerande beteende eller aggressivitet i debatter är mer stigmatiserande för en kvinna medan depression kan ses som en svaghet enligt maskulinitetsnormen.

Referenser

* *Självbiografier som ingår i analysen*

American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5. ed.) Arlington, Va.: American Psychiatric Association.

*Asp, C. (2012). *Med mitt liv i mina händer: att leva med bipolär sjukdom*. Hägersten: Papertalk.

Barker, P. (2001a). The Tidal Model: developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(3), 233-240.

Barker, P. (2001b). The Tidal Model: Developing a Person-Centered Approach to Psychiatric and Mental Health Nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 37(3), 79-87.

Buchanan-Barker, P., & Barker, P, J. (2008). The Tidal Comitments: Extending the value base of mental health recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 15, 93 – 100.

Dinç, L., & Gastmans, C. (2013). Trust in nurse–patient relationships: A literature review. *Nursing Ethics*, 20(5), 501-516 16p. doi:10.1177/0969733012468463

Folkhälsomyndigheten. (2016). *Självrapporterad psykisk ohälsa i befolkningen*. Hämtad 31 augusti, 2016, från Folkhälsomyndigheten, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/sjalvrappporterad-psykisk-ohalsa-i-befolkningen/>

Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

*Heberlein, A. (2008). *Jag vill inte dö, jag vill bara inte leva*. Stockholm: Weyler.

Holloway, I. & Wheeler, S. (2010). *Qualitative research in nursing and healthcare*. (3., [updated] ed.) Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.

Hägström, L. & Magnil, M. (2015). *Läkemedelsboken*. Hämtad den 20 september 2016, från Läkemedelsverket.

http://lakemedelsboken.se/kapitel/psykiatri/forstamningssyndrom.html?search=bipol%C3%A4r%20sjukdom&id=s3_44#s3_44

- Jönsson, P., Skärsäter, I., Wijk, H., & Danielson, E. (2011). Experience of living with a family member with bipolar disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(1), 29-37. doi:10.1111/j.1447-0349.2010.00704.x
- Jönsson, P., Wijk, H., Skärsäter, I., & Danielson, E. (2008). Persons living with bipolar disorder -- their view of the illness and the future. *Issues In Mental Health Nursing*, 29(11), 1217-1236.
- Karlsson, B. (2006). I feel the vitality within me—patient's knowledge of mania as a phenomenon and suffering. *Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies*, 26(3), 39-43.
- Kilbourne, A. M., Goodrich, D. E., O'Donnell, A. N., & Miller, C. J. (2012). Integrating bipolar disorder management in primary care. *Current Psychiatry Reports*, 14(6), 687-695. doi:10.1007/s11920-012-0325-4
- Looi RPN, G. E., Gabrielsson, S., Sävenstedt, S., & Zingmark, K. (2014). Solving the Staff's Problem or Meeting the Patients' Needs: Staff Members' Reasoning about Choice of Action in Challenging Situations in Psychiatric Inpatient Care. *Issues In Mental Health Nursing*, 35(6), 470-479. doi:10.3109/01612840.2013.879629
- Meadus, R. (2007). Adolescents coping with mood disorder: a grounded theory study. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 14(2), 209-217. doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01067.x
- Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M. A., Petukhova, M., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-Month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 543–552. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.543>
- 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 Disorders*, 9(1-2), 126-143.
- Miller, K. (2006). Bipolar disorder: etiology, diagnosis, and management. *Journal of The American Academy of Nurse Practitioners*, 18(8), 368-373. doi:10.1111/j.1745-7599.2006.00148.x
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (9.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Rusner, M., Carlsson, G., Brunt, D., & Nyström, M. (2009). Extra dimensions in all aspects of life—the meaning of life with bipolar disorder. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4(3), 159-169.
- Rusner, M., Carlsson, G., Brunt, D., & Nyström, M. (2010). A dependence that empowers - the meaning of the conditions that enable a good life with bipolar disorder. *International*

Journal of Qualitative Studies On Health And Well-Being, 5(1).
doi:<http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v5i1.4653>

Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Review: Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20529-539.
doi:10.1016/j.eurpsy.2005.04.004

SFS 1982:763, *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtad 5 september 2016, från Riksdagen.
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Socialstyrelsen (2005). *Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2010). *Vuxna med egentlig depression, bipolär sjukdom eller ångestsyndrom*. Hämtad 20 september 2016, från Socialstyrelsen.
<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerfordepressionochangest/centralarekommendationer/vuxna>

van der Voort, T., Goossens, P., & van der Bijl, J. (2009). Alone together: a grounded theory study of experienced burden, coping, and support needs of spouses of persons with a bipolar disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(6), 434-443.
doi:10.1111/j.1447-0349.2009.00634.x

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.