

Linnéuniversitetet

Institutionen för hälso- och vårdvetenskap

Uppsats omvårdnad 15 hp

Att leva med en person som har bipolär sjukdom

-Ett närståendeperspektiv



Författare: Johanna Habbe
Didriksson & Jenny Jensen
Handledare: Kerstin Andersson
Termin: VT12
Kurskod: 2OM340

Uppsats omvårdnad 15 hp

Att leva med en person som har bipolär sjukdom

-Ett närståendeperspektiv.

Johanna Habbe och Jenny Jensen

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Bipolär sjukdom innebär ett liv i obalans med konsekvenser av ekonomisk och social karaktär. Närstående sätter ofta sina egna liv åt sidan för att ta hand om den sjuke. **Syfte:** Syftet var att beskriva upplevelsen av att leva med en person med bipolär sjukdom sett ur ett närståendeperspektiv. För att spegla de närståendes upplevelser utgick vi från ett livsvärldsperspektiv. **Metod:** En systematisk litteraturstudie med sju kvalitetsgranskade vetenskapliga artiklar varav fem kvalitativa och två kvantitativa. Analysen utfördes enligt induktiv ansats med innehållsanalys. **Resultat:** Närståendes upplevelser formade två övergripande teman; upplevd stress i vardagen och brist på förståelse från omgivningen samt försoning med livet och omfamnande av nya perspektiv vilka innefattar åtta kategorier; rollen som närstående, en vardag fylld med frustrationer, ensamhet kontra närhet, känslor av skuld och skam, brist på stöd, oro för upplevd hälsa och framtiden, hopp inför framtiden samt acceptans och positiva erfarenheter. **Slutsats:** Utmärkande i resultatet var bristen på och behovet av stöd från omgivningen. De närstående upplevde lidande vilket bör uppmärksammas. Omvårdnad kantad av ett livsvärldsperspektiv kan innebära att lidandet minskas för de närstående. Fortsatt forskning bör inriktas på copingstrategier, då vi upplever att detta inte återspeglas i aktuell forskning.

Nyckelord: bipolär sjukdom, närstående, upplevelse, livsvärldsperspektiv, lidande

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Bipolär sjukdom	1
Behandling och omvårdnad vid bipolär sjukdom	2
Närstående	3
Att vara närstående till personer med psykisk ohälsa	4
Livsvärldsperspektiv	4
PROBLEMFÖRMULERING	4
SYFTE.....	5
METOD.....	5
Inklusionskriterier	5
Urval.....	5
Kvalitetsgranskning.....	6
Forskningsetiska överväganden	6
Dataanalys	7
RESULTAT	8
Upplevd stress i vardagen och brist på förståelse från omgivningen.....	8
<i>Rollen som närstående</i>	<i>8</i>
<i>En vardag fylld med frustrationer</i>	<i>9</i>
<i>Ensamhet kontra närhet</i>	<i>10</i>
<i>Känslor av skuld och skam.....</i>	<i>11</i>
<i>Brist på stöd</i>	<i>11</i>
<i>Oro för upplevd hälsa och framtiden</i>	<i>12</i>
Försoning med livet och omfamnande av nya perspektiv	12
<i>Hopp inför framtiden.....</i>	<i>12</i>
<i>Acceptans och positiva erfarenheter</i>	<i>13</i>
DISKUSSION	13
Metoddiskussion.....	13
Resultatdiskussion.....	15
<i>Lidande</i>	<i>15</i>
<i>Upplevd stress i vardagen och brist på förståelse från omgivning.....</i>	<i>16</i>
<i>Försoning med livet och omfamnande av nya perspektiv</i>	<i>20</i>

SLUTSATS OCH FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING.....	20
Kliniska implikationer.....	21
REFERENSER.....	22

Bilaga 1: Söklista

Bilaga 2: Artikelmatris

Bilaga 3: Granskningsmall för kvantitativa artiklar

Bilaga 4: Granskningsmall för kvalitativa artiklar

Bilaga 5: Granskningsmall för kvalitativa artiklar (modifierad)

INLEDNING

Anledningen till att vi valde att göra vår litteraturstudie om närståendes upplevelser av att leva med en person med bipolär sjukdom (BS) har sin upprinnelse i olika faktorer. Vi har båda haft intresse för psykiatri även innan vår påbörjade sjuksköterskeutbildning. En av oss har egen erfarenhet av psykisk ohälsa i familjen. Under vår sjuksköterskeutbildning har vi båda genomfört vår verksamhetsförlagda utbildning inom psykiatri och intresset ökade ytterligare. Genom våra studier kom vi i kontakt med en självbiografisk bok som vi fattade tycke för; Adams bok (Moberg & Inczedy-Gombos, 2000). Genom boken fick vi inblick i hur livet kan vara för en närstående till en person med BS. Vi fick uppfattningen att det är svårt som närstående att få hjälp och stöd, framförallt från sjukvården, och detta inspirerade oss till att ta reda på vilka upplevelser närstående till personer med BS har och om något kan förbättras inom detta område.

BAKGRUND

Bipolär sjukdom

I Sverige lider 70 000 personer av BS. Det finns begränsad forskning om BS och det är på senare år den sjukas upplevelse som uppmärksammas (Jönsson, Wijk, Skärsäter & Danielson, 2008). Utmärkande för BS är att tillståndet växlar mellan maniska tillstånd och djupa depressiva perioder. Tillståndet är lika vanligt bland män som kvinnor och enligt tvilling- och familjestudier föreligger ett genetiskt inslag. Det som utmärker en manisk period är uttalad irritabilitet eller högt och expansivt stämningsläge under minst en vecka. Dessutom ska ytterligare tre av följande symtom visa sig hos personen för att det ska räknas som maniskt tillstånd: förhöjd självkänsla, minskat sömnbehov, pratsamhet, tankeflykt, lätt distraherad, ökad aktivitet och vidlyftighet. Depression utmärks enligt DSM-IV (ett klassificeringssystem för att diagnostisera psykiatriska sjukdomar) av nedstämdhet som yttrar sig som en känsla av tomhet och att vara ledsen och även en minskad upplevelse av glädje och intresse. Symtomen ska ha pågått under mesta delen av tiden sträckt över minst två veckor. Personen ska också visa ytterligare fyra av följande symtom; viktning eller viktuppgång, sömnstörning, agitation eller hämning, svaghetskänsla, skuld känslor, minskad tanke- eller koncentrationsförmåga och tankar på döden (Allgulander, 2008). Under svåra depressiva perioder är självmordsrisken hög. Mellan de maniska och de depressiva perioderna infinner sig en normal sinnesstämning, betecknad eutym, vilket betyder att sinnesstämningen varken är förhöjd eller sänkt (Skärsäter, 2010).

BS indelas i bipolär I och bipolär II. Bipolär I innebär att personen har genomgått en period av depression som följts av en period av mani (Skärsäter, 2010). Normalt genomgår personen med bipolär I fyra svängningar under en period på tio år. Personer som genomgår fyra eller fler svängningar under ett år benämns som rapid cyclers (Allgulander, 2008). Blandad episod, eller mixed state, innebär att det förekommer maniska och depressiva skov under samma period. Bipolär II innebär återkommande depressiva skov och perioder av hypomani. Hypomani är ett tillstånd av förhöjt stämningsläge som inte har fullt så svåra följder för arbetslivet och familjen som vid mani (Skärsäter, 2010). Vid bipolär II har ofta den drabbade sjukdomsinsikt. Cyklotymi innebär hypomana episoder som pågått under minst två år blandat med depressiva perioder av mindre svårighetsgrad. Vid cyklotymi är perioderna med neutral grundstämning korta (Allgulander, 2008).

Behandling och omvårdnad vid bipolär sjukdom

Behandling av BS sköts av psykiatrisk specialistvård och innefattar som grundbehandling stämningsstabiliserande läkemedel (Skärsäter, 2010) som hjälper till att minska humörsvägningar och förebygger återfall. Några av de vanligaste stämningsstabiliserande läkemedlen innefattar litium, lamotrigin, valproat och karbamazepin. Ibland används i kombination med stämningsstabiliserande läkemedel antipsykotiska läkemedel såsom Risperdal, Abilify, Seroquel, Zyprexa och Zeldox för att reglera och stabilisera stämningen. Vid manier kan antipsykotiska läkemedel hjälpa till att dämpa symtomen. Vid depressioner kan ytterligare behandling krävas i form av antidepressiva läkemedel som Zoloft och Cipralex.

Psykoterapi och psykopedagogik är andra former av behandling som visat sig vara betydelsefulla för många personer med BS. Psykoterapi innebär att personen med BS får hjälp med att bearbeta tidigare svårigheter och upplevelser som visat sig utlösa sjukdomsepisoder. Psykopedagogik ger personen med BS möjlighet till att hitta sätt att förhålla sig till sjukdomen och inriktas på att ge den sjuke kunskaper om orsak, symtom och behandling. Både psykoterapi och psykopedagogik kan förmedlas som gruppbehandling vilket betyder att personer med BS får träffa andra i liknade situation och innebär även att närstående kan delta. För att förebygga återfall är medicinering, god kontakt med behandlare och kunskap om tidiga sjukdomstecken av betydelse. God kontakt mellan patient och närstående innebär att risken för återfall minskar (Backlund, 2011). Andra faktorer av betydelse är kontinuitet i behandling,

uppföljning på psykiatrisk öppenvårdsmottagning samt patient- och anhörigutbildning som också minskar risken för återfall i sjukdom (Widman, 2012).

Det finns stöd- och intresseföreningar runt om i Sverige som erbjuder självhjälpgrupper där syftet är att ge varandra stöd, dela erfarenheter och få kontakter med andra i liknande situation. I stöd- och intresseföreningar finns även möjlighet för närstående att vara delaktiga (Backlund, 2011).

Omvårdnadsåtgärder vid BS innefattar att sjuksköterskan motiverar den sjuke till behandling och ger stöd och vägledning för att på bästa sätt ge personen med BS möjlighet till att hantera symtom och tecken på begynnande sjukdomsepisod. Vid fall där personen med BS är i behov av vård på psykiatrisk vårdavdelning krävs omvårdnad som begränsar stimuli och oroliga beteenden. Detta gäller främst vid maniska sjukdomstillstånd. Andra omvårdnadsåtgärder som har betydelse omfattar upprättande av rutiner som berör motion, kost och sömn (Skärsäter, 2010).

För personer med BS är individualiserad information från sjuksköterskan en väg till acceptans och förståelse för sjukdomen. Det är därför av betydelse att sjuksköterskan inhämtar kunskap från personen med BS om personliga upplevelser och genom detta hjälpa personen i strävan efter hopp inför framtiden (Jönsson et al, 2008). Under ett telefonsamtal (personlig kommunikation, 16 maj, 2012) med en person som har BS blev vi informerade om och fick bekräftat att omvårdnadsåtgärder och behandlingar som finns tillgängliga är samtal med sjuksköterska på öppenvårdsmottagning och medicinering.

Närstående

Den som står någon annan nära benämns som närstående, enligt Socialstyrelsens termbank. Det kan vara exempelvis vänner, släktingar, grannar eller familjemedlemmar (Svensk sjuksköterskeförening, 2004). Familjen består av personer som sammanfogas genom samhörighet, engagemang och emotionella band. Familjen är mån om varandra och består av personer som känner att de tillhör den (Wright, Watson & Bell, 2002). Vi anser att en närstående kan vara en maka/make, sambo/särbo, barn/förälder. Sammantaget är det den person som av både den sjuke och personen själv anses ha närmast relation med den sjuke och som är frekvent involverade i den sjukas liv.

Att vara närstående till personer med psykisk ohälsa

Generellt sett lever närstående till personer med psykisk ohälsa i en miljö där de bidrar med både praktiskt och emotionellt stöd till den sjuke. Deras liv beskrivs också som kantat av upplevelsen av stigma och diskriminering från samhället. Närstående är ofta i en situation där de får sätta sitt eget liv åt sidan för att ta hand om den sjuke. De lever även i konstant rädsla för återfall av sjukdomsepisoder och de får hantera konsekvenser av både ekonomisk och social karaktär (WHO, 2001).

Ett psykiskt funktionshinder för med sig lidande både för den sjuke och för de närstående (Dahlberg et al., 2003). Den psykiska ohälsan innebär för de närstående en långvarig påfrestning vilket kan innebära att de själva också drabbas av psykisk ohälsa (van Wijngaarden, Schene & Koeter, 2004).

Livsvärldsperspektiv

Ett livsvärldsperspektiv tar i beaktning människans upplevelser, erfarenheter och hur den dagliga tillvaron ser ut (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Personer som lider av BS och deras närstående upplever vardagen som en tillvaro i obalans. Vanliga konsekvenser av sjukdomen är uppbrutna relationer, ekonomiska och sociala problem samt en för tidig död. Personer med BS upplever längtan till stabilitet då deras liv ofta är kantade av osäkerhet, oordning, hopplöshet samt en känsla av att inte få vara en del av samhället (Jönsson, 2006).

Ett livsvärldsperspektiv utgår från att förstå och beskriva hur en människa upplever sin värld och det som ingår i den. Livsvärlden kan ha sin fokus kring olika handlingar eller föremål som har betydelse för människan eller kring existentiella frågor som berör. Människan söker och strävar efter att uppleva mening i sin livsvärld. Ett livsvärldsperspektiv banar väg för att vården koncentreras kring både den sjuke och närstående. Vårdare kan genom en livsvärldsansats få tillgång till den sjukas och närståendes livshistoria (Dahlberg et al., 2003).

PROBLEMFÖRMULERING

Det är vanligt att BS för med sig sociala konsekvenser och livsstilsförändringar både för den drabbade och närstående (Skärsäter, 2010). I familjer med psykisk ohälsa beskriver

närstående en tillvaro som består av bekymmer, bördor, oro, och ansvar (Pejlert, 2001). Trots att det på senare år skett en positiv förändring inom psykiatrisk vård och vårdares attityder till föräldrar och andra närstående behövs fortsatt förändring och krav på utveckling av rutiner när det gäller anhörigperspektivet (Dahlberg et al., 2003). Inom vården ligger fokus främst på den sjuke och det finns mer eller mindre avsaknad av stöd till de närstående. Vårdpersonal har sällan insikt om den sjukas sociala situation och sammanhang och det är ovanligt att vårdpersonal frågar den sjuke om familjesituationen (Hedman Ahlström, Skärsäter & Danielsson, 2007). Vi anser att det behövs mer kunskap om hur närstående påverkas av att leva med en person med BS i sin vardag. Hur kan sjuksköterskan uppmärksamma och ge stöd till närstående som lever med en person med BS? Med ett närstående- och livsvärldsperspektiv som utgångspunkt önskar vi genom vår litteraturstudie inhämta och sammanställa material om hur de närstående påverkas av och upplever sitt liv tillsammans med en person med BS.

SYFTE

Syftet var att beskriva upplevelsen av att leva med en person med bipolär sjukdom sett ur ett närståendeperspektiv.

METOD

Vi har valt att genomföra en systematisk litteraturstudie. En systematisk litteraturstudie görs genom att söka, granska och sammanställa artiklar och litteratur inom ett visst problemområde eller ämne (Forsberg & Wengström, 2008).

Inklusionskriterier

Vi har anpassat inklusionskriterierna till vårt syfte. Artiklarna skulle vara skrivna på engelska eller svenska och vara publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Personen med BS ska vara 15 år eller äldre. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderades i sökningen. Studierna skulle vara skrivna utifrån vuxna närståendes perspektiv. Vi har inga krav på att den sjuke och den närstående skulle vara sammanboende.

Urval

En provsökning gjordes först för att dels undersöka om det fanns tillräckligt många vetenskapliga artiklar inom valt område och dels för att hitta relevanta inklusionskriterier och

sökord. Dessa sökningar skedde i databaserna Cinahl och PubMed. Cinahl, PsychINFO och PubMed användes sedan för att finna vetenskapliga artiklar. Även manuell sökning gjordes genom att leta artiklar i referenslistor på funna artiklar. I PubMed användes MESH-termer (*Bipolar disorder*, *Caregivers* och *Family*). MESH-termerna kombinerades med frisökningar på ordet *Experience* (vilket inte är en MESH-term men som vi anser är relevant enligt vårt syfte). Genom att kombinera detta med övriga vedertagna MESH-termer fann vi flertalet användbara artiklar. Trunkering användes delvis och i Cinahl och PsychINFO skedde sökningarna via Thesaurus där vi även lade till fritextsökning. Genom att kombinera thesaurusökningar med fritextsökningar kan smalare resultat erhållas (Forsberg & Wengström, 2008). Booleska sökoperationer (AND, OR) användes och med olika sökordkombinationer begränsades antalet träffar.

Sökningarna i Cinahl och PsychINFO begränsades till enbart artiklar som var Peer reviewed. För att säkerställa kvaliteten på artiklar funna i PubMed använde vi oss av Ulrich's periodicals directory. Sammanlagt läste vi igenom 649 titlar och av dessa lästes 75 abstrakt som valdes utifrån huruvida titlarna var relevanta till vårt syfte. Efter att ha läst igenom abstrakten sorterades icke relevanta artiklar bort utifrån vårt syfte, våra inklusionskriterier samt dubletter. Dubletter är ej medräknade i sökresultatet. Slutligen valdes 11 artiklar ut som lästes i sin helhet och av dessa fick vi sju artiklar som vi kvalitetsgranskade. De fyra som exkluderades matchade inte vårt syfte. Sökningarna och de olika kombinationerna i respektive databas kan ses i bilaga 1.

Kvalitetsgranskning

Artiklarna granskade vi tillsammans med hjälp av två granskningsprotokoll. Ett för kvalitativa artiklar (bilaga 3) och ett för kvantitativa artiklar (bilaga 4) (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). En modifiering av protokollet för kvalitativa artiklar gjordes vid granskning av de artiklar som inte var grounded theory (bilaga 5). Vi gjorde om svaren till poäng där ”Ja” motsvarade 1 poäng och ”Nej” och ”Vet ej” motsvarade 0 poäng. Vi räknade sedan ut maxpoängen för varje granskningsprotokoll och räknade ut poängen för vardera granskad artikel. Artiklar med medelhög och hög kvalitet valdes in i studien (bilaga 2).

Forskningsetiska överväganden

I valet av ingående studier bör en etisk granskning göras med fokus på urval och resultat. Detta innebär att välja studier där man gjort noggranna etiska överväganden eller har fått

tillstånd från en etisk kommitté. Enligt Helsingforsdeklarationen ska all forskning genomföras i enlighet med att människans val att delta alltid sätts främst och att ingen ska fara illa (World Medical Association, 2008). Utöver detta bör inkluderade artiklar sparas och arkiveras på ett säkert sätt i tio år (Forsberg & Wengström, 2008). De artiklar vi inkluderat i vår litteraturstudie har genomgått etiska överväganden och är etiskt godkända. Författarna bör förutom att presentera samtliga artiklar som ingår i studien även redogöra för både de resultat som överensstämmer med författarens egen åsikt och de som inte gör det (Forsberg & Wengström, 2008). Med hänsyn till detta har vi i egenskap av etisk relevans valt att inkludera resultat som både överensstämmer med vår förförståelse och de resultat som går emot.

Dataanalys

Vi blev inspirerade av den kvalitativa ansatsen som enligt Forsberg och Wengström (2008) har som syfte att beskriva, förklara eller förstå fenomen, erfarenheter och upplevelser. I vår litteraturstudie vill vi beskriva närståendes upplevelser och vi valde därför att genomföra en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Det innebär att analys av texter som beskriver exempelvis människors upplevelser görs förutsättningslöst. Vi började med att läsa samtliga artiklar individuellt flera gånger för att skapa en djupare förståelse för innehållet. Därefter lästes artiklarna på nytt och relevanta meningsenheter färgmarkerades i olika färger utifrån innebörd. Vi diskuterade sedan artiklarna och respektive meningsenheter för att säkerställa att samtliga relevanta meningsenheter inkluderades. Meningsenheterna gjordes till kondenserade meningsenheter vilka sedan gjordes om till koder. Koderna delades in i underkategorier, kategorier och teman (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2008) (tabell 1).

Tabell 1. Exempel på innehållsanalys

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori	Tema
Den största bördan var relaterad till att inte kunna dela viktiga aspekter i livet med personen med BS	Största bördan var att inte kunna dela viktiga aspekter i livet.	Börda att inte kunna dela livet.	Närhet	Ensamhet kontra närhet	Upplevd stress i vardagen och brist på förståelse från omgivningen
De kände sig ensamma trots att de levde tillsammans med sin partner. Detta var kontinuerligt	Ensamhet trots ett liv tillsammans. En kontinuerlig process.	Ensamhet trots ett liv tillsammans. En kontinuerlig process.	Ensamhet		
Närståendes upplevelse av den psykiatriska vården var i stort sett negativ då vården inte kunde ge det stöd om förväntades.	Upplevelsen av stödet från den psykiatriska vården var i stort sett negativ.	Avsaknad av stöd från psykiatrisk vård.	Stöd	Brist på stöd.	
De närstående påpekade	Stödet var ämnat	Åsidosättande	Lidande		

att stödet var ämnat för personen med BS och inte till dem.	för personen med BS och inte till dem.				
De närstående förlikade sig med situationen och accepterade sjukdomen.	Förlikade sig med situationen och accepterade den.	Förlikning och acceptans	Acceptans	Acceptans och positiva erfarenheter	Försoning med livet och omfamnande av nya perspektiv
Upplevelserna hjälpte deltagarna att uppskatta livet, speciellt de goda stunderna.	Uppskattnig av livet och speciellt de goda stunderna.	Uppskattnig	Positiva erfarenheter		

RESULTAT

I analysförfarandet bildades åtta kategorier och utifrån dessa kunde två övergripande teman bildas (tabell 2).

Tabell 2. Tema och kategorier

Upplevd stress i vardagen och brist på förståelse från omgivningen	Försoning med livet och omfamnande av nya perspektiv
<ul style="list-style-type: none"> - Rollen som närstående - En vardag fylld med frustrationer. - Ensamhet kontra närhet - Känslor av skuld och skam - Brist på stöd - Oro för upplevd hälsa och framtiden 	<ul style="list-style-type: none"> - Hopp inför framtiden - Acceptans och positiva erfarenheter

Upplevd stress i vardagen och brist på förståelse från omgivningen

Rollen som närstående

De närstående beskrev sin roll som närstående som både positiv och negativ, dock upplevdes i perioder det negativa som störst. De upplevde att de nu intagit en omsorgsroll som inte gick att undfly utan blev ett livslångt åtagande (Maskill, Crowe, Luty & Joyce, 2010).

Det fulla ansvaret för den sjuke var deras och de kände sig ansvariga för hushållet, uppfostran av barnen och hanteringen av sjukdomen (Maskill et al., 2010; van der Voort, Goossens & van der Bijl, 2009) De som var föräldrar upplevde att föräldraskapet hade förändrats och försvårats på grund av sjukdomen (Dore & Romans, 2001).

De närstående önskade att förse den sjuke med konstant stöd för att ge möjlighet till att hantera vardagen, men de önskade också en egen framtid. Det uppstod därför en strid mellan behovet av att ha kontroll över sjukdomen i kontrast mot en önskan att bli befriad från ansvar (Jönsson, Skärsäter, Wijk & Danielsson, 2011). Även Van der Voort et al. (2009) menar att många av de närstående satte sina egna behov åt sidan, ofta utan att vara medvetna om det. Dock upplevde några av de närstående att de ofta hade möjlighet till att vara för sig själva (Goossens, van Wijngaarden, Knoppert-van Der Klein & van Achterberg, 2008).

En vardag fylld med frustrationer

De närstående upplevde hög stress i förhållande till den sjukas beteende. Störst påverkan hade hyperaktivitet, irritabilitet, tillbakadragenhet, aggressivt och våldsmässigt beteende, pratsamhet och impulsiva inköp (Reinares, Vieta, Colum, Martinez-Arán, Torrent, Comes, Goikoles, Benabarre, Daban & Sánchez-Moreno, 2006). Självmordstankar och självmordsförsök upplevdes som mycket svårt. I depressiva perioder upplevde de närstående det svårt att hantera känslorna av olycka och hopplöshet hos den sjuke. De närstående som upplevde stress och påfrestning var mer spända, upplevde mer oro och uppmanande oftare den sjuke att ta del av aktiviteter. Att hantera den sjukas ekonomi upplevdes som stressfullt (Dore & Romans, 2001; Goossens et al., 2008). De närstående beskrev livet tillsammans med den sjuke som en uppoffring och en tillvaro av strider och frustrationer. De var oförberedda på den sjukas omfattande beteendeförändringar och de förstod inte vad som hände och visste inte heller vad de skulle göra (Maskill et al., 2010; Tranvåg & Kristoffersen, 2008). De var tvungna att skilja mellan symtomen orsakade av sjukdomen och vad som var normalt beteende hos den sjuke. De upplevde dock tvivel över sin egen förmåga till bedömningar och livssituationen upplevdes som kaotisk, oförståelig, oförutsägbar och skrämmande (Tranvåg & Kristoffersen, 2008; Jönsson et al., 2011). De närstående kände sig maktlösa över hur sjukdomen påverkade den sjuke och hur deras eget liv och humör blev splittrat. Detta var något de fick hantera vare sig de ville eller inte (Jönsson et al., 2011). De försökte ständigt tyda den sjukas tillstånd och upplevde frustration och rädsla. Några av de närstående hade upplevt allvarliga former av våld när personen med BS var sjuk (Dore & Romans, 2001) men en del hade inte upplevt någon form av hot från den sjuke (Goossens et al., 2008).

Erkännandet att sjukdomen inte var en engångsföreteelse och att risken för ytterligare

sjukdomsepisoder fanns upplevdes som en börda. Resultatet blev att de närstående utvecklade en övervakande attityd mot den sjuke gällande förändring i beteende och symtom på sjukdom (Tranvåg & Kristoffersen, 2008).

En del av de närstående var själva deprimerade. Många upplevde mer påfrestningar än vanligt och hade svårt att finna glädje i sitt dagliga liv. Några av de närstående upplevde sitt arbete som en ansträngning på grund av sjukdomen (Dore & Romans, 2001). De sörjde förlusten av trygghet, framtiden som de hade tänkt sig den och vänner som lämnat dem. Sorgen var också relaterad till barnens förlust av trygghet och stabilitet under uppväxten (Tranvåg & Kristoffersen, 2008).

Ensamhet kontra närhet

Andra hade svårt att förstå deras situation och de närstående blev därför ofta ensamma med sina tankar och känslor (Tranvåg & Kristoffersen, 2008). Förändringen i den sjukes humör var oftast inte synlig för utomstående och inte heller för den sjuke själv, vilket gjorde att de närstående kände sig ensamma i sin upplevelse och ensamma på grund av att ingen annan förstod vad som pågick. Att kunna prata med andra om detta var en lättnad och gjorde att deras situation blev lättare att hantera (Jönsson et al., 2011).

De närstående upplevde förlust av viktiga delar av livet och upplevde sorg när sjukdomen tog ifrån dem personen de älskade och livet så som det kunde ha blivit. Förhållandet med den sjuke förändrades (Tranvåg & Kristoffersen, 2008; Goossens et al., 2008) och det blev svårare med kommunikation och samarbete. Risken för konflikt ökades också (Tranvåg & Kristoffersen, 2008). Känslan av att inte kunna dela viktiga aspekter av livet med den sjuke gjorde att de närstående kände sig ensamma trots att de levde tillsammans med den sjuke. Detta var kontinuerligt och inte bara under depressiva och maniska perioder.

En del av de närstående försökte dock att återfå kontakten med den sjuke och dela sina känslor med dem (van der Voort et al., 2009). Några av de närstående kände beundran för hur den sjuke hade hanterat sin sjukdom vilket hade fört dem närmare varandra och en del upplevde att bandet till barnen var starkare än det hade varit tidigare (Maskill et al., 2010).

Den sjuke upplevdes som frånvarande och svår att komma nära under sjukdomsepisoder och de som var i ett förhållande upplevde svårigheter med sexlivet eller upplevde brist på sexuell aktivitet och intimitet (Dore & Romans, 2001; van der Voort et al., 2009). De flesta som var i

ett förhållande upplevde det också svårt att stanna kvar i förhållandet på grund av sjukdomen och upplevde att förhållandet med den sjuke blev bättre under eutyma perioder (Dore & Romans, 2001).

Känslor av skuld och skam

De närstående fick ofta höra av den sjuke att de bar skulden till allt ont och de funderade också på om det var de som orsakat sjukdomen (Tranvåg & Kristoffersen, 2008; Jönsson et al., 2011). De kände sig ensamma med sina känslor angående sjukdomen vilket resulterade i ilska och skuldkänslor. När de närstående frågade sig själva hur de betedde sig mot den sjuke ledde det till skuldkänslor (van der Voort et al., 2009; Jönsson et al., 2011). De närstående satte sina egna behov åt sidan till förmån för den sjuke samtidigt som de försökte tillgodose sina egna behov mer vilket också ledde till skuldkänslor (van der Voort et al., 2009). Många närstående skämdes över sjukdomen till följd av spänning eller problem med grannar under sjukdomsepisoder vilket ledde till att flera kände sig stigmatiserade. De närstående var tvungna att hantera andras bristande förståelse och sina egna känslor av skam över situationen. Det ledde till att de var försiktiga med hur de pratade om sjukdomen och med vem (Dore & Romans, 2001; Jönsson et al., 2011).

Brist på stöd

De närståendes upplevelse av den psykiatriska vården var i stort sett negativ då vården inte kunde ge det stöd som förväntades (Maskill et al., 2010). Några upplevde att de inte fick tillräckligt med omsorg och information från vårdpersonal trots att de levde i en svår livssituation. Avsaknaden av omsorg från vårdpersonal skapade ilska och förtvivlan och de närstående påpekade att stödet som fanns enbart var riktat till den sjuke. De ansåg att fokus skulle läggas på både närstående och den sjuke och att det var viktigare med kontinuitet än kvantitet gällande stöd (Tranvåg & Kristoffersen, 2008; van der Voort et al., 2009). Många närstående var omedvetna om att möjligheten till professionellt stöd fanns och de som sökte efter hjälp blev ofta mer stressade vilket ökade den redan upplevda bördan (Jönsson et al., 2011; van der Voort et al., 2009).

De närstående behövde någon som lyssnade på dem och de uttryckte en önskan om att få stöd och förståelse från kollegor, vänner, familj och vårdpersonal (Jönsson et al., 2011; van der Voort et al., 2009). Dock fanns det några närstående som hade goda erfarenheter av enskild vårdpersonal som varit hjälpsamma och stödjande för dem (Maskill et al., 2010).

Oro för upplevd hälsa och framtiden.

De närstående upplevde oro för sin egen framtid och hälsa. Faktorer som medförde denna oro var brist på sömn, upplevd börda, att de var tvungna att se till att den sjuke tog sin medicin (Goossens et al., 2008). De närstående upplevde att de var tvungna att ta ansvar och att ha situationen under kontroll. De var ständigt oroliga för vad som skulle hända om de inte längre hade kontroll och vem som då skulle ta deras plats. När de inte kände att det fanns hopp om förbättring blev oron för framtiden en tyngre börda och de önskade sig en framtid där de inte längre behövde oroa sig konstant (Jönsson et al., 2011). De närstående upplevde även oro på grund av begränsad tillgång till psykiatrisk vård, begränsad längd på sjukhusvistelser och bristen på förståelse för symtom inom psykiatrisk vård. De upplevde att det fanns tendens hos vårdgivare att tillskriva symtom till något beteende som kunde kontrolleras (Maskill et al., 2010). De närstående hade olika teorier om uppkomsten av sjukdomen varav en var ärftlighet. Detta orsakade oro att andra familjemedlemmar också kunde få sjukdomen (Jönsson et al., 2011; Dore & Romans, 2001).

Den närstående upplevde också oro för den sjukes framtid och hälsa. Oron kring den sjuke var i förhållande till arbete, studier, socialt beteende, ekonomi och beteende under sjukdomsperioder (Dore & Romans, 2001; Goossens et al., 2008; Reinares et al., 2006). De närstående var också bekymrade över förlorad potential hos den sjuke och upplevde osäkerhet kring hur livet skulle bli för den sjuke (Jönsson et al., 2011; Maskill et al., 2010).

Försoning med livet och omfamnande av nya perspektiv

Hopp inför framtiden

Obesvarade frågor kring sjukdomen, behandling och framtidsutsikter orsakade kraftlöshet och osäkerhet. Trots detta hade de närstående hopp om att allt skulle bli vad det en gång varit (Tranvåg & Kristoffersen, 2008).

Den kraftansträngning de närstående gjorde när de försökte få tillbaka och fortsätta leva sina egna liv var liktydigt med att skapa hopp inför framtiden (Jönsson et al., 2011). De närstående hade hopp om att allt skulle bli som det en gång varit och när de försonades med tanken på att livet är vad det är kunde de börja finna nya mål och ideal att leva efter tillsammans.

Medvetenhet om livets möjligheter skänkte dem nytt hopp som var karaktäriserat av positiv realism, medvetenhet om de viktiga sakerna i livet, uppskattning av livet här och nu samt

insikten om fördelen med planering endast för den närmsta framtiden (Tranvåg & Kristoffersen, 2008).

Acceptans och positiva erfarenheter

Det tog många år för de närstående att börja acceptera sjukdomen och dess konsekvenser. Kunskapen och insikten de nu hade gjorde det möjligt för dem att kunna se bördorna på ett nytt sätt. Processen av acceptans var början till försoning och de närstående kunde förlika sig med situationen och acceptera sjukdomen (Tranvåg & Kristoffersen, 2008). När de närstående blev vana vid hur den sjuke påverkades av BS blev det onormala normalt. De accepterade situationen så som den var istället för hur den borde vara vilket ledde till att de kunde se på situationen utifrån nya perspektiv och finna ro (Tranvåg & Kristoffersen, 2008; Jönsson et al., 2011). De flesta närstående upplevde att relationen med den sjuke gick tillbaka till det normala efter en sjukdomsepisod och att de sedan stod varandra nära under den tiden. Många upplevde att sjukdomen hade fört dem närmare varandra (Dore & Romans, 2001; Maskill et al., 2010). En stor del av de närstående mådde trots allt relativt bra och några såg det som en belöning att få vara närstående till en person med BS. Upplevelserna hjälpte dem att uppskatta livet och framförallt de goda stunderna samtidigt som de lärde sig att vara mindre dömande mot andra människor (Goossens et al., 2008; Maskill et al., 2010). De närstående kände ökad medkänsla med sina barn och med andra med liknande erfarenheter och de upptäckte att genom kampen de uthärdat framhävdades kärleken och stoltheten över den sjuke (Maskill et al., 2010).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Sökningarna gjordes i tre för området relevanta databaser, PubMed, Cinahl och PsychINFO. Valet av dessa databaser gjordes efter att vi gjort en provsökning på våra valda sökord och dessa tre databaser genererade flest resultat. Då vi har uteslutit databaser kan det innebära att vi kan ha missat aktuell vetenskaplig forskning vilket i så fall skulle innebära en svaghet i vår litteraturstudie. Genom att vi använde oss av thesaurusökningar har vi säkerställt att även synonymer till sökorden inkluderats.

Vi valde att inte begränsa oss till ett visst land eller kön och vi satte inte heller en gräns på publiceringsår eftersom vi ville beskriva upplevelser. Vi anser att upplevelser inte förändras

nämnbart över tid och är oberoende av de intervjuades nationalitet och kön. Vi har inkluderat flera länder i vår litteraturstudie vilket vi anser är en styrka eftersom det genererar bredd på inhämtad kunskap. Att inkludera artiklar där människor beskriver olika upplevelser ger större möjlighet till att få ett resultat som belyser syftet ur olika perspektiv och ökar trovärdigheten i studien (Graneheim & Lundman, 2004). Samtliga artiklar var skrivna på engelska och lexikon har använts under hela analysförloppet för att undvika tolkningsfel vid översättning till svenska. Vi har som författare läst artiklarnas resultat flera gånger enskilt och sedan tillsammans diskuterat våra fynd. Sökningsförloppet har beskrivits utförligt och i förhållande till innehållsanalysen och utformandet av kategorier och teman har vi varit grundliga och i största möjliga mån sett till att ingen relevant data har förbisetts eller exkluderats (Graneheim & Lundman, 2004) vilket vi anser styrker trovärdigheten i vår studie. Då en av de kvalitativa artiklarna var grounded theory gjordes en modifiering av protokollet för kvalitativa artiklar genom att ta bort den frågan och räkna om den totala poängsumman. Detta för att inte artikelns poäng skulle påverkas negativt och att den på så vis skulle få lägre kvalitet.

Vi valde att utföra innehållsanalysen med en kvalitativ induktiv ansats då vi valt att lägga fokus på de närståendes upplevelser. Då vi utgått från livsvärldsperspektivet är det svårt att generalisera resultatet då människans upplevelser är subjektiva. Detta skulle kunna tänkas vara en svaghet i vår litteraturstudie, men då vi valt att beskriva upplevelser och har utgått ifrån livsvärldsperspektivet har vårt syfte inte varit att generalisera vårt resultat. Enligt Forsberg och Wengström (2008) strävar en kvalitativ ansats efter att få förståelse för och skapa mening i människans subjektiva upplevelse och vi anser därför att generalisering inte är att eftersträva i detta sammanhang.

Överförbarhet och trovärdighet ökar när resultatet belyses i resultatdiskussionen och bekräftas av ytterligare referenser (Forsberg & Wengström, 2008). Genom att vi har diskuterat resultatet och tillfört kunskap från omvårdnad och teoretisk referensram ökar trovärdigheten och överförbarheten.

En svaghet kan vara att urvalet i de granskade artiklarna skiljer sig åt men att vi trots det har valt att inkludera samtliga. I vissa artiklar befinner sig personerna med BS i en sjukdomsperiod och i andra i en eutym period. Detta skulle kunna leda till att de olika perioderna speglar upplevelserna hos de närstående på olika sätt. En svaghet kan även vara att

samma författare återkommer i både bakgrund, resultat och diskussion. Det kan tyda på att forskning och information om närståendes upplevelser av att leva med en person med BS finns i liten omfattning eftersom det inte framkommit fler vi våra sökningar.

Vi är medvetna om att våra föreställningar har kunnat spegla sig i resultatet. Vi diskuterade med varandra om de eventuella föreställningar vi hade innan vi läste artiklarna. Genom att vi i möjligaste mån har försökt vara medvetna om våra respektive föreställningar förstärker vi trovärdigheten i vår litteraturstudie. Vi har olika egna erfarenheter av personer med BS. En utav oss har själv varit närstående till en person med BS. Vi kan se både styrka och svaghet med det. Styrkan är att vi varit medvetna om våra upplevelser och erfarenheter och på så sätt har vi kunnat försöka undvika att spegla dessa i vår studie. En svaghet är att det ändå finns en risk att studien färgats av upplevelserna och erfarenheterna omedvetet.

Resultatdiskussion

Syftet med vår litteraturstudie var att beskriva närståendes upplevelser av att leva med en person med BS. Det framkom att de närstående upplevde oro, ensamhet, frustration, skam och skuld samt brist på stöd från familj, vänner och från vården. Men det framkom också att de närstående kände hopp inför framtiden samt upplevde acceptans och positiva erfarenheter. Ur detta växte två teman fram, Upplevd stress i vardagen och brist på förståelse från omgivningen samt Försoning med livet och omfamnande av nya perspektiv.

Lidande

All den oro och stress som de närstående upplevde orsakade lidande. Då vi i vårt resultat såg att lidande var ett genomgående fenomen valde vi att inkludera ytterligare en teoretisk referensram i diskussionen. Vi kan se klara likheter mellan de närståendes upplevelser och det lidande som Eriksson (1994) beskriver. Lidande i vården kan delas in i olika kategorier. Dessa kategorier är sjukdomslidande som innebär lidande i samband med sjukdom, vårdlidande som innebär lidande i samband med vården kring sjukdomen samt livslidande som innebär lidande i samband med det egna livet. Dessa kategorier är främst inriktade på patienter (Eriksson, 1994) men vi kan dock dra slutsatsen att beskrivning av lidande i dess olika former kan appliceras även på närstående. Vi har valt att inrikta oss på kategorierna vårdlidande och livslidande som relaterar till vårt resultat.

Upplevd stress i vardagen och brist på förståelse från omgivningen

Vårt resultat visar att de närstående upplevde stress och frustrationer i livet tillsammans med den sjuke. Detta visade sig genom oro, utmattning, depression eller svårigheter att finna glädje i livet (Dore & Romans, 2001; Goossens et al., 2008; Maskill et al., 2010; Reines et al., 2006). Människan ser på sitt lidande med en blandning av bitterhet och ödmjukhet och det är ödmjukheten som hjälper människan att våga lida och att därefter kunna vända lidandet från sig själv och börja känna medlidande även för andra människor. Bitterhet föder hat och förakt mot andra samt människan själv och det leder till en dålig atmosfär och brist på medlidande (Wright, Watson & Bell, 2002). De närstående upplevde att de blev lämnade ensamma med sina tankar, frågor och känslor. Bristen på förståelse och medlidande från vänner, familj, grannar och även den sjuke ledde till att de närstående kände sig ensamma (Jönsson et al., 2011; Tranvåg & Kristoffersen, 2008; van der Voort et al., 2009). Att inte kunna dela viktiga aspekter av livet med den sjuke upplevdes som en stor börda och upplevelsen av att vara ensam trots att de var i ett förhållande var genomgående (van der Voort et al., 2009). Social samvaro är ett avgörande element för upplevelsen av hälsa och även möjligheten till att dela något med andra människor har betydelse för hur människan upplever hälsa (Jormfeldt, 2006). Att vara närstående till en person med BS innebär således att den upplevda hälsan sätts på spel.

Vi anser att det faktum att de närstående blev lämnade ensamma i svåra situationer ledde till ett ännu större lidande än det de redan upplevde i livet med den sjuke. Eriksson (1994) menar att ensamheten som följer av att människor blir uteslutna ur gemenskap och inte känner sig välkomna tar hoppet och livsglädjen ifrån dem och kan leda till ett svårt lidande.

Eftersom vi har funnit klara likheter vad gäller lidande i flera studier är det viktigt att vårdpersonal inte enbart fokuserar på den sjuke utan även fångar upp de närstående och erbjuder stöd. Ett bra stöd från sjukvården kan innebära att deras förhållande med vänner, familj, grannar och eventuellt den sjuke förbättras och risken att de närstående blir ensamma minskar. Enligt Moberg (2005) är det vanligt att familj och vänner inte vågar umgås med en person med psykisk sjukdom då de ser sjukdomen som något som skulle kunna smitta, likt en somatisk sjukdom. Familj och vänner vill ofta inte umgås med en person som är deprimerad eller har ångest då de är rädda för att själva bli deprimerade eller få ångest av att lyssna på personen.

Ensamhet kan dock enligt Dahlberg och Segesten (2010) upplevas på olika sätt. Den kan vara

ofrivillig med känslan av att vara utan delaktighet och att inte höra samman med andra människor, men den kan också vara önskad och upplevd som behaglig, livsbejakande och kreativ. I vårt resultat framkom att en del närstående hade möjlighet till att tillbringa tid för sig själva (Goossens et al., 2008) vilket skulle kunna betecknas som önskad ensamhet som den närstående själv har valt. De närstående avstår för en stund gemenskap med den sjuke och väljer ensamhet som ger lugn, ro, vila och frid (Dahlberg & Segesten, 2010). Vi anser att denna kunskap ger möjlighet till att se att ensamheten också kan vara ett positivt redskap för de närstående. Det finns alltså olika sätt att se på fenomenet ensamhet vilket också kan ses ur ett livsvärldsperspektiv där världen som den erfars är högst personlig (Dahlberg & Segesten, 2010).

De närstående upplevde oro och ångest över vad som väntade dem i framtiden. Att inte veta hur den sjuke förändras i sitt beteende dag för dag, att ständigt behöva tyda humöret hos den sjuke och att inte veta hur den sjukes eller de närståendes liv skulle påverkas väckte ångest och frustration (Jönsson et al., 2011; Tranvåg & Kristoffersen, 2008). När människan inte vet vad som väntar väcks ångest. Ångest innebär att människan känner ovisshet och tomhet och det blir då ett lidande (Birkler, 2007). I vår profession som sjuksköterskor ska vi lindra eller bota både fysiskt och psykiskt lidande samt skapa trygghet (Malmsten, 2007; Socialstyrelsen, 2005; Wright, Watson & Bell, 2002). Vi anser att detta även gäller närstående.

Bristerna i den psykiatriska vården när det gäller bemötande och stöd till närstående är påtagliga. Det saknas förmåga att hjälpa människor som lider av ensamhet, att ta vara på det sociala nätverk en människa har och att inge hopp (Moberg, 2005). Vårt resultat visade att de närstående upplevde brist på stöd från familj, vänner och vårdpersonal. De upplevde att vårdpersonal inte försåg dem med det stöd som behövdes och de upplevde att den vård och omsorg som gavs inte var riktad till de närstående utan till den sjuke (Maskill et al., 2010; van der Voort et al., 2009). Enligt kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) är en av sjuksköterskans uppgifter att genom ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt kommunicera med närstående och ge vägledning och stöd för en optimal delaktighet i vård och behandling. Bristen på stöd till de närstående speglas tydligt i vårt resultat och vi anser att fokus bör inriktas på att uppmärksamma de närstående och att sjuksköterskan enligt sina uppgifter införlivar både stöd och möjlighet till delaktighet för de närstående.

Om vi ser bristen på stöd ur ett livsvärldsperspektiv bör vi fokusera på att bejaka människans unikheter och förståelsen att varje upplevelse också är unik. För att få förståelse för hur de närstående upplever sin situation måste sjuksköterskan ställa frågan till de närstående om hur de upplever sin situation. Genom att möta de närstående så förutsättningslöst som möjligt och fånga in det oförutsägbara i deras upplevelse är det viktigt att sjuksköterskan är medveten om och reflekterar över sin förförståelse (Dahlberg et al., 2003).

Trots att de närstående befann sig i en svår livssituation upplevde de inte att de fick tillräckligt med omsorg och information från vårdpersonal vilket skapade upplevelser av ilska och förtvivlan (Tranvåg & Kristoffersen, 2008). Enligt livsvärldsperspektivet bör sjuksköterskan vara nyfiken på de närståendes värld och vad lidande innebär för de närstående (Dahlberg et al., 2003). Bristen på stöd och upplevelsen av ilska och frustration kan ses som ett vårdlidande för de närstående. Vårdlidande innebär ett onödigt lidande som i samtliga fall bör undvikas. Vårdlidande uppstår vanligtvis på grund av brist på kunskap, omedvetet handlande och brist på reflektion hos vårdpersonal (Eriksson, 1994). Vi håller med om att vårdlidande bör undvikas med alla medel. Vårdlidande orsakas i detta fall av bristen på stöd till de närstående och kanske kan ökad kunskap och reflektion över eget handlande hos sjuksköterskan minska det onödiga lidandet för de närstående. Enligt ICN:s etiska kod (Svensk sjuksköterskeförening, 2007) ska sjuksköterskan uppdatera sin kunskap genom ett livslångt lärande och ta ett personligt ansvar för sitt sätt att utöva sitt yrke. Det framkom i vårt resultat att de närstående inte bara upplevde brist på stöd utan de var ibland även omedvetna om möjligheten till professionellt stöd och de som tog steget att söka hjälp upplevde ofta stress (Jönsson et al., 2011; van der Voort et al., 2009). Vi undrar hur det kommer sig att de närstående inte blivit uppmärksammade av sjuksköterskan och hur det kommer sig att när de sökte hjälp upplevdes det som en börda. Kanske det är så att det är brist på kunskap och brist på reflektion hos sjuksköterskan som är bakgrunden även till detta dilemma? Är den patientfokuserade vården där de närstående inte får ta del av omsorgen ett hinder för fortsatt utveckling? Dock ingår enligt Dahlberg och Segesten (2010) de närstående i patientperspektivet och människor är beroende av varandra och särskilt vid långvarig sjukdom. Vi anser att även detta är ett vårdlidande för de närstående och åtgärder bör vidtas för att undvika liknande situationer.

Ett sätt att undvika vårdlidande kan vara att sjuksköterskan bjuder in närstående till samtal eller gör hembesök. Sjuksköterskan kan genom detta bidra till att de närstående får förståelse

för vad som händer med den sjuke (Hedelin, 2006). Vi anser att om att sjuksköterskan tillvaratar de närståendes kunskaper och erfarenheter (Socialstyrelsen, 2005) kan de närstående uppleva att de bli lyssnade till och att livsvärlden samtidigt tas i beaktning. Det är viktigt att förstå att ett livsvärldsperspektiv inte ger en sann bild av hur världen ter sig eller hur den upplevs av människor utan det belyser att sanningen är relativ och att den förändrar sig ständigt. En öppenhet för den relativa sanningen krävs därför i mötet med de närstående (Dahlberg et al., 2003). Ett fenomen som orsakade oro hos de närstående var att de upplevde att det fanns tendens hos vårdgivare att uppfatta symtomen orsakade av sjukdomen som något den sjuke kunde kontrollera (Maskill et al., 2010). Vi tror att denna tendens kan skapa känslor av att inte bli trodd och att inte bli hörd hos de närstående vilket i så fall innebär ett bortseende från livsvärldsperspektivet och ett vårdlidande för de närstående.

Familjemedlemmars individuella hälsa är en nödvändig förutsättning och grunden för hela familjens välbefinnande. Att leva i en värld med få utomstående som kan stödja, dålig ekonomi och dålig relation med sin partner innebär riskfaktorer för att utveckla depression och för att den ska återkomma (Hedman Ahlström, 2006). I vårt resultat framkom att en del av de närstående själva var deprimerade (Goossens et al., 2009). Enligt Hedman Ahlström (2006) kan de närstående behöva uppmuntras att be om hjälp för att aktivera sitt sociala nätverk. Denna uppmuntran anser vi att sjuksköterskan kan bidra med. Sjuksköterskan ska enligt kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) informera och undervisa närstående individuellt eller i grupp och förvissa sig om att de förstår given information och enligt Socialstyrelsen (u.å.) bör sjukvården erbjuda närståendebildning i tillägg till läkemedelsbehandling för att förebygga återfall efter en manisk eller depressiv period. Närståendebildning är inriktad på att informera den sjuke och de närstående om sjukdomen och bidrar till att förlänga tiden mellan återfall och minskar även fall av återinsjuknanden. Effekten kan ses både när närstående utbildas utan den sjuke och tillsammans med den sjuke. Genom närståendebildning minskar den subjektiva bördan för de närstående och möjligheten till att hantera svåra situationer förbättras. En förbättring i den sociala funktionsförmågan för familjen görs också möjlig.

Utbildning och stöd ger ökad möjlighet för de närstående att hantera situationer och ger förstärkt känsla av att bli sedd. Sjuksköterskans stöd bör inriktas både på att stödja den närstående som en person som påverkas av sjukdomen likväl som att hjälpa till med förslag till hur de närstående kan stödja den sjuke (Jönsson, 2006). Vi tror att om närstående får stöd

och information om sjukdomen genom närståendebildning innebär det ytterligare ett sätt att undvika vårdlidande och likaså livslidande.

Utifrån ett livsvärldsperspektiv kan sjuksköterskan ge sitt stöd till de närstående genom att försöka förstå och bemöta deras livsvärld. Inom den psykiatriska omvårdnaden har livsvärldsperspektivet stor betydelse för den sjukes välbefinnande och är ett sätt att möta det lidande som den sjuke och närstående upplever (Dahlberg et al., 2003).

Försoning med livet och omfamnande av nya perspektiv

I vårt resultat framkom att trots att närstående ofta kände stress som yttrade sig på olika sätt kring livet med den sjuke fanns ändå positiva upplevelser och hos många infann sig känslan av hopp till slut (Tranvåg & Kristoffersen, 2008; Jönsson et al., 2011). Att känna hopp innebär att ha positiva förväntningar på möjligheter i livet på kort eller lång sikt. Hopp förenar begreppet nutid med framtid (Eide & Eide, 2009). Hopp är en känsla som behövs för att kunna lindra lidande och människan behöver balans mellan givande och tagande samt hjälpa och bli hjälpt. Det hjälper inte att bara ha en vilja då viljan inte sällan är förenad med ångest och fruktan utan det måste finnas tillit och tro till livet för att kunna lindra lidandet. Människan kan lindra sitt lidande oavsett om den är ödmjuk eller bitter i sin grundhållning om kärlek finns till grund då kärleken är grundkraften som behövs. Det har visat sig att grunden i människans kamp för att lindra lidande är tro, hopp och kärlek (Eriksson, 1994). Känslan av hopp anser vi att sjuksköterskan bör uppmärksamma och stärka. Att arbeta utifrån ett livsvärldsperspektiv är en förutsättning eftersom de närstående ingår i den sjukes livsvärld och sammanhang och därför också påverkas av den (Dahlberg & Segesten, 2010). Vi tror att det är av lika stor betydelse att stärka de positiva erfarenheterna hos de närstående som att stödja de svåra.

SLUTSATS OCH FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING

Vi har genom vårt resultat kopplat med Erikssons (1994) lidandeteori konkluderat att närstående till personer med BS upplever vårdlidande och livslidande. Vi kan se att det är av stor betydelse att ett livsvärldsperspektiv tas i beaktning i mötet med de närstående för att kunna lindra lidandet och ge det stöd som de närstående är i behov av. Vi anser att det behövs mer forskning inom området för att få en djupare förståelse för de närstående och deras

situation. Ett område som skulle behöva mer uppmärksamhet och som är essentiell för de närståendes livsvärld är copingstrategier. Vilka copingstrategier finns tillgängliga för de närstående och hur kan sjuksköterskan bidra till effektiva och individanpassade sätt att hantera sjukdomen?

Kliniska implikationer

Vi tror att vårt resultat är värdefullt för alla sjuksköterskor som ger omvårdnad till personer med BS och deras närstående. Kanske kan den nytillkomna kunskapen inspirera till ytterligare kunskapsinhämtning och att omvårdnadsarbetet utgår ifrån, inte bara den sjuke, utan också från de närstående och deras livsvärld. Ett sätt kan vara att sjuksköterskan informerar om och inbjuder till kontakt med anhörigföreningar. Det finns information att hämta på internet och vi tror att det skulle vara en fördel för de närstående om sjuksköterskan kan bidra med att förmedla denna information. Jönsson, Wijk, Danielsson och Skärsäter (2010) gjorde en svensk studie som gick ut på att de närstående till personer med BS fick delta i ett antal gruppträffar (interventioner) med jämna mellanrum under en längre tid där alla fick möjlighet att delge gruppen sina upplevelser av sjukdomen och samtidigt få tips och strategier för hur de ska klara av situationen som närstående. Studien visade på att interventionerna var positiva för de närstående som deltog. Detta visade sig bland annat genom att närstående låg på en normal stressnivå mot den tidigare höga samt att de hade lättare att förstå sjukdomen som den är och hur man kan vara som närstående för att ge bästa stöd till den sjuke. Denna typ av intervention anser vi kan användas för närstående exempelvis i psykiatriska öppenvården.

REFERENSER

Allgulander, C. (2008). *Introduktion till klinisk psykiatri*. Lund: Studentlitteratur AB

Backlund, L. (26 januari 2011). *Manodepressiv sjukdom – bipolar sjukdom*. [Elektronisk]. Tillgänglig: <http://www.1177.se/Kalmar-lan/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Manodepressiv-sjukdom---bipolar-sjukdom/>. [2012-05-17]

Birkler, J. (2007). *Filosofi i omvårdnad – Etik och människosyn*. Stockholm: Liber AB

Dahlberg, K. & Segersten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur och kultur AB

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur AB

Dore, G. & Romans, S.E. (2001). Impact of bipolar disorder on family and partners. *Journal of Affective Disorders*. 67, 147-158. Elsevier Science B.V. (1.)

Eide, H. & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation – Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur AB

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber AB

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur AB

Goossens, P.J.J., Van Wijngaarden, B., Knoppert-Van Der Klein, E.A.M. & Van Achterberg, T. (2008). Family caregiving in bipolar disorder: Caregiver consequences, Caregiver coping styles and Caregiver distress. *International Journal of Social Psychiatry*. 54, 303-315. Sage publications. (2.)

Graneheim, U.B. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research:

concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24, 105-112

Hedelin, B. (2006). Att främja hälsa och förebygga psykisk ohälsa – psykiatrisk omvårdnad utanför psykiatriens arena. Arvidsson, B. & Skärsäter, I. (Red.) *Psykiatrisk omvårdnad – att stödja hälsofrämjande processer* (s. 63-80). Lund: Studentlitteratur AB

Hedman Ahlström, B. (2006). Familjens betydelse för psykisk hälsa och ohälsa vid depression. Arvidsson, B. & Skärsäter, I. (Red.) *Psykiatrisk omvårdnad – att stödja hälsofrämjande processer* (s. 85-98). Lund: Studentlitteratur AB

Hedman Ahlström, B., Skärsäter, I. & Danielson, E. (2007). Major depression in a family: What happens and how to manage – A case study. *Issues in Mental Health Nursing*, 28(7), 691-706

Jormfeldt, H. (2006). Hälsa i psykiatrisk omvårdnad – autonomi, gemenskap och meningsfulla handlingar. Arvidsson, B. & Skärsäter, I. (Red.) *Psykiatrisk omvårdnad – att stödja hälsofrämjande processer* (s. 21-35). Lund: Studentlitteratur AB

Jönsson, P. (2006). Från obalans till balans – att främja hälsoprocesser genom omvårdnad vid bipolär sjukdom. Arvidsson, B. & Skärsäter, I. (Red.). *Psykiatrisk omvårdnad – att stödja hälsofrämjande processer* (s. 123-138). Lund: Studentlitteratur AB

Jönsson, P.D., Wijk, H., Danielsson, E. & Skärsäter, I. (2008). Persons living with bipolar disorder – their view of the illness and the future. *Issues in Mental Health Nursing*, 29, 1217-1236. Informa Healthcare USA, Inc

Jönsson, P.D., Wijk, H., Danielsson, E. & Skärsäter, I. (2010). Outcomes of an educational intervention for the family of a person with bipolar disorder: a 2-year follow-up study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 333-341. Blackwell Publishing

Jönsson Dahlqvist, P., Skärsäter, I., Wijk, H. & Danielsson, E. (2011). Experience of living with a family member with bipolar disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20, 29-37. Australian College of Mental Health Nurses Inc. (3.)

Lundman, B. & Hällgren-Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB

Malmsten, K. (2007). *Etik I basal omvårdnad - I någon annans händer*. Lund: Studentlitteratur AB

Maskill, V., Crowe, M., Luty, S. & Joyce, P. (2010). Two sides of the same coin: caring for a person with bipolar disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 535-542. Blackwell Publish. (4.)

Moberg, Å. (2005). *Vara anhörig – Bok för anhöriga till psykiskt sjuka*. Stockholm: Bokförlaget DN

Moberg, Å. & Inczedy-Gombos, A. (2000). *Adams bok*. Stockholm: Natur och kultur AB

Pejlert, A. (2001). Being a parent of an adult son or daughter with severe mental illness receiving professional care: parents' narratives. *Health and Social Care in the Community*, 9(4), 194-204

Reinares, M., Vieta, E., Colum, F., Martinez-Arán, A., Torrent, C., Comes, M., Goikolea, J.M., Benabarre, A., Daban, C. & Sánchez-Moreno, J. (2006). What really matters to bipolar patients' caregivers: Sources of family burden. *Journal of affective disorders*, 94, 157-163. Elsevier B.V. (5.)

Skärsäter, I. (2010). Förstämmningssyndrom. Skärsäter, I. (Red.) *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – På grundläggande nivå*. (s. 67-93). Lund: Studentlitteratur AB

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. [Elektronisk] Tillgänglig:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf [2012-03-09]

Socialstyrelsen (u.å.). *Vuxna med bipolär sjukdom*. Stockholm: Socialstyrelsen [Elektronisk].

Tillgänglig:

<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerfordepressionochangest/sokiriktlinjerna/vuxna-med-bipolarsjukdom1> [2012-02-07]

Socialstyrelsens termbank. [Elektronisk] Tillgänglig:

<http://app.socialstyrelsen.se/termbank/QuickSearchBrowse.aspx> [2012-02-12]

Svensk sjuksköterskeförening. (2004). *Närståendes behov. Omvårdnad som akademiskt ämne III*. G. Östlinder (Red.). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening

Svensk sjuksköterskeförening. (2007). *ICNs etiska kod för sjuksköterskor*. [Elektronisk]

Tillgänglig:

<http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf> [2012-03-19]

Tranvåg, O. & Kristoffersen, K. (2008). Experience of being the spouse/cohabitant of a person with bipolar disorder: a cumulative process over time. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 5-18. Blackwell Publishing. (6.)

van der Voort, T.Y.G., Goossens, P.J.J. & van der Bijl, J.J. (2009). Alone together: A grounded theory study of experienced burden, coping and support needs of spouses of person with a bipolar disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, 434-443. Blackwell Publishing. (7.)

Van Wijngaarden, B., Schene, A.H. & Koeter, M.W. (2004). Family caregiving in depression: Impact on caregiver's daily life, distress, and help seeking. *Journal of Affective Disorders*, 81(3), 211-222

WHO (2001). *The World Health Report 2001 – Mental Health: New understanding, New Hope*. World health organization. [Elektronisk] Tillgänglig:

http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf [2012-02-09]

Widman, M. (28 mars 2012). *Bipolär sjukdom*. [Elektronisk]. Tillgänglig:

<http://www.varguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Sjukdomar-och-besvar/Manodepressiv-sjukdom/>. [2012-05-17].

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur AB

World Medical Association. (2008). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html> [12-02-27].

Wright, L.M., Watson, W.L. & Bell, J.M. (2002). *Familjefokuserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB

(1-7) = artikel ingår i studien. Motsvarande nummer återfinns i artikelmatrisen samt söklistan.

Bilaga 1. Söklista (Sökningarna genomförs 120202-120203).

Databas	Sökord/term	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal granskade
Cinahl	Bipolar disorder	2845	0	0	0	0
	Family	73113	0	0	0	0
	Bipolar disorder AND family	165	165	12	4	1 (3)
	Experienc*	125911	0	0	0	0
	Bipolar disorder AND family AND experienc*	34	34	7	2	2 (2) (6)
PsychINFO	Bipolar disorder OR Cyclothymic Personality	14495	0	0	0	0
	Bipolar disorder OR Cyclothymic Personality AND Family	149	149	16	1	1 (5)
	Bipolar disorder OR Cyclothymic Personality AND experienc*	1335	0	0	0	0
	Bipolar disorder OR Cyclothymic Personality AND family AND experienc*	13	13	4	0	0
PubMed	Bipolar disorder	32410	0	0	0	0
	Bipolar disorder AND family	3534	0	0	0	0
	Bipolar disorder AND family AND experience	286	286	34	2	1 (1)
Manuell sökning		2	2	2	2	2 (4) (7)
Totalt:		254292	649	75	11	7

() = artikel ingår i studien. Motsvarande nummer återfinns i artikelmatrisen samt referenslistan.

Bilaga 2 – Artikelmatris

Författare År Land Tidskrift	Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
Dore & Romans (2001) Australien <i>Journal of Affective Disorders</i>	Research report: Impact of bipolar affective disorder on family and partners (1.)	Syftet var att beskriva vilken inverkan bipolär sjukdom har på närstående som lever med en person med bipolär sjukdom samt både den subjektiva och den objektiva bördan de närstående utsätts för.	Kvalitativ ansats, intervjuer med 49 närstående. Personer med bipolär sjukdom fick frågan om de ville att deras närstående skulle medverka.	De närstående upplevde flertalet svårigheter (ekonomiskt, psykiskt, jobbrelaterat mm) med att leva med person med bipolär sjukdom, framförallt vid episoder av mani eller depression. Det som var mest oroväckande var att flertalet utav deltagarna i studien rapporterade oro för våld och aggression i samband med episoder av mani.	Medelhög
Goossens, van Wijngaarden, Knoppert-van der Klein & van Achterberg (2008) Nederländerna, <i>International Journal of Social Psychiatry</i>	Family caregiving in bipolar disorder: caregiver consequences, caregiving coping styles, and caregiver distress. (2.)	Syftet var att klargöra vilka konsekvenser närstående till personer med bipolar sjukdom i öppenvården ställs inför, deras lidande och hur de hanterar det.	Kvantitativ ansats, 115 närstående har fått svara på ett antal frågeformulär (IEQ, UCL, GHQ-12 & visual analogue scale*).	Ca 30% av de närstående kände sig oroliga och nedstämda. Det fanns skillnader mellan kvinnliga och manliga närståendes sätt att bearbeta sin roll.	Hög
Jönsson, Skärsäter, Wijk & Danielson (2011) Sverige, <i>International Journal of Mental Health Nursing</i>	Experience of living with a family member with bipolar disorder (3.)	Syftet var att undersöka hur det är för en närstående att leva med en person som lider av Bipolär sjukdom med hänsyn till hur de ser på den sjukes tillstånd och framtiden.	Kvalitativ ansats, intervjuer med de 17 närstående.	Studien visade att de närstående kände sig ensamma med sina erfarenheter och kämpade för att uppnå en normal livssituation då de kände att de kom i andra hand efter sjukdomen. De hade svårt att planera sin egen framtid då fokus lades på den sjukes tillstånd i första hand.	Hög

*IEQ: Involvement Evaluation Questionnaire, UCL: Ulrecht Coping List, GHU-12: 12-item General Health Questionnaire & Visual analogue scale: life chart methodology measure from 1-100.

Författare År Land Tidskrift	Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
Maskill, Crowe, Luto & Joyce (2010) Nya Zeeland, <i>Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing.</i>	Two sides of the same coin: caring for a person with bipolar disorder. (4.)	Syftet var att finna och skapa en djupare förståelse för hur livet för individer som stöttar någon med bipolär sjukdom påverkas, både positivt och negativt.	Kvalitativ ansats, semi-strukturerade intervjuer med 12 närstående för att ta reda på deras egna upplevelser.	Studien visar att de närstående hade både en negativ och en positiv syn på livet med den sjuke. Författarna kunde efteråt finna två genomgående teman: 1, positivt: De närstående kände att de blivit mer förstående och kände mer medkänsla till din sjuke och de hade kommit närmare varandra och 2, negativt: De närstående såg det som en uppgång, att det var tufft och att de fått ändra på sina liv.	Hög
Reinares et al. (2006) Spanien, <i>Journal of Affective Disorders</i>	What really matters to bipolar patients' caregivers: Sources of family burden (5.)	Syftet med studien var att bedöma den närståendes subjektiva bördor, varför de uppkommit och vilka som är de tyngsta.	Kvantitativ ansats med 86 deltagare. Både den sjuke och den närstående blev intervjuade samt fick svara på frågor från ett antal instrument. Till den närstående användes en anpassad version av SBAS och de fick svara på ett antal strukturerade frågor.**	De närstående visade på en måttlig nivå av subjektiv börda. Den som främst orsakade stress hos den närstående var olika beteenden hos den sjuke såsom hyperaktivitet, irritabilitet, tillbakadragande och nedstämdhet.	Hög

** SBAS: Social Behavior Assessment Scale

Författare År Land Tidskrift	Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
Tranvåg & Kristoffersen (2008) Norge, <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>	Experience of being the spouse/cohabitant of a person with bipolar affective disorder: a cumulative process over time. (6.)	Syftet var att identifiera och beskriva erfarenheter av att vara närstående till en person med bipolär sjukdom över tid.	Fenomenologisk hermeneutisk Kvalitativ studie, intervjuer med 8 deltagare som var sammanboende eller gifta med den sjuke.	Gemensamma upplevelser (tre stycken) hos de närstående upptäcktes och dessa innebar en förståelse för erfarenheter från de känslor som närstående kände över tid: Rädsla, Anklagan, Självtvivel och tvivel om de egna krafterna att göra rätt bedömningar, Skötsel och information kontra att förbises eller bortprioriterad av vårdpersonal, Stigmatisering och förlust av sociala nätverk, Osäkerhet, maktlöshet och hopp, Ensamhet, Ilska och förtvivlan, En ihållande hotbild, Egna hälsoproblem. Sorg över förlust, Gryende acceptans, Försoning samt Nytt hopp.	Hög
van der Voort, Goossens & van der Bijl (2009) Nederländerna, <i>International Journal of Mental Health Nursing</i>	Feature article: Alone together: A grounded theory study of experienced burden, coping and support needs of spouses of person with a bipolar disorder (7.)	Syftet var att få en djupare insikt i den upplevda erfarenheten, copingstrategier och vilket stöd den närstående som lever med en person med bipolär sjukdom behöver.	Kvalitativ ansats där semistrukturerade intervjuer med 15 närstående gjordes.	De flesta utav de närstående i studien upplevde svårigheter och tunga bördor av att klara av situationen. Den största upptäckten som författarna fann gemensamt hos de flesta är att de känner sig ensamma även att de levde tillsammans med en person med bipolär sjukdom inte bara under manisk- eller depressiv period utan fortgående. Stöd från sjukvården efterlystes av de flesta och sågs som något som måste ändras på.	Hög

(1-7) = artikel ingår i studien. Motsvarande nummer återfinns i söklistan samt referenslistan.

Bilaga 3 - Kvalitetsbedömning

Protokoll för kvalitetsgranskning av kvalitativa artiklar

Ur: Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006)

Beskrivning av studien

Tydlig avgränsning/problemformulering? Ja Nej Vet ej

Patientkaraktäristiska:

Antal:

Ålder:

Man/kvinna:

Är kontexten presenterad?

Ja Nej Vet ej

Etiskt resonemang?

Ja Nej Vet ej

Urval

-Relevant?

Ja Nej Vet ej

-Strategiskt?

Ja Nej Vet ej

Metod för

-urvalsförfarande tydligt beskrivet?

Ja Nej Vet ej

-datainsamling tydligt beskriven?

Ja Nej Vet ej

-analys tydligt beskriven?

Ja Nej Vet ej

Giltighet

-Är resultatet logiskt, begripligt?

Ja Nej Vet ej

-Råder datamätnad?

Ja Nej Vet ej

-Råder analysmättnad?

Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

-Redovisas resultatet klart och tydligt?

Ja Nej Vet ej

-Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?

Ja Nej Vet ej

Genereras teori?

Ja Nej Vet ej

(maxpoäng = 14)

Huvudfynd (Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?)

.....
.....
.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Bra Medel Dålig

Kommentar

.....
.....

Granskare sign:

Bilaga 4 - Kvalitetsbedömning

Protokoll för kvalitetsgranskning av kvantitativa artiklar

Ur: Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006)

Beskrivning av studien

Forskningsmetod:

- RCT CCT (ej randomiserad)
 multicenter, antal center.....
 kontrollgrupp/er

Patientkaraktäristiska:

- Antal:.....
Ålder:.....
Man/kvinna:.....

Kriterier för exkludering

Adekvata för exklusioner

- Ja Nej

Intervention

Vad avsåg studien att studera?

Dvs. vad var dess primära resp. sekundära effektmått

Urvalsförfarandet beskrivet?

- Ja Nej

Representativt urval?

- Ja Nej

Randomiseringsförfarande beskrivet?

- Ja Nej

Likvärdiga grupper vid start?

- Ja Nej

Analyserade i den grupp som de

randomiserades till?

- Ja Nej

Blindning av patienter?

- Ja Nej

Blindning av vårdare?

- Ja Nej

Blindning av forskare?

- Ja Nej

Bortfall:

Bortfallsanalysen beskriven?

- Ja Nej

Bortfallsstorleken beskriven?

- Ja Nej

Adekvat statistisk metod?

- Ja Nej

Etiskt resonemang?

- Ja Nej

Tillförlitlighet av instrument:

Är instrumenten valida?

- Ja Nej

Är instrumenten reliabla?

- Ja Nej

Är resultatet generaliserbart?

- Ja Nej

(maxpoäng = 16)

Huvudfynd (hur stor var effekten?, hur beräknades effekten?, NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, power-beräkning)

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Bra Medel Dålig

Kommentar

Granskare sign:

Bilaga 5 – Kvalitetsbedömning (modifierad version)

Protokoll för kvalitetsgranskning av kvalitativa artiklar

Ur: Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006)

Beskrivning av studien

Tydlig avgränsning/problemformulering? Ja Nej Vet ej

Patientkaraktäristiska:

Antal:

Ålder:

Man/kvinna:

Är kontexten presenterad?

Ja Nej Vet ej

Etiskt resonemang?

Ja Nej Vet ej

Urval

-Relevant?

Ja Nej Vet ej

-Strategiskt?

Ja Nej Vet ej

Metod för

-urvalsförfarande tydligt beskrivet?

Ja Nej Vet ej

-datainsamling tydligt beskriven?

Ja Nej Vet ej

-analys tydligt beskriven?

Ja Nej Vet ej

Giltighet

-Är resultatet logiskt, begripligt?

Ja Nej Vet ej

-Råder datamätnad?

Ja Nej Vet ej

-Råder analysmättnad?

Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

-Redovisas resultatet klart och tydligt?

Ja Nej Vet ej

-Redovisas resultatet i förhållande

till en teoretisk referensram?

Ja Nej Vet ej

(maxpoäng = 13)

Huvudfynd (Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?)

.....
.....
.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Bra Medel Dålig

Kommentar

.....
.....

Granskare sign: