



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenamn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Vurderingsform: Bacheloroppgåve

Kandidatnr: 31

Leveringsfrist: 21/02-14

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær

Fagansvarleg (Rettleiar dersom rettleia oppgave): Astrid Solheim

-Bipolar lidning type 1-

- Leva best mogleg med lidinga -



Bildet er henta 12/02-14 frå http://psyknyheter.files.wordpress.com/2011/01/istock_000009143348xsmall.jpg

Bacheloroppgåve

Ordtelling: 8995

Kandidatnr: 31

Samandrag

Tittel: Bipolar lidning type 1: Leva best mogeleg med lidninga

Bakgrunn for valt tema: Det er så mange som 50 000 som lev med denne lidninga i Norge, og eg har gjennom min praksis og jobb ved psykiatrisk avdeling møtt fleire pasientar med bipolar lidning og har sett deira utfordringar med å leve med denne lidninga.

Valt problemstilling: Korleis kan sjukepleiar hjelpa pasientar til å leva med diagnosen bipolar lidning type 1.

Oppgåvas hensikt: Hensikta er å belysa utfordringane til personar med bipolar lidning og korleis sjukepleiar kan hjelpa dei til å leva med lidninga under og etter innlegging i psykisk helsevern. Og målet er at dette kan takast med inn i sjukepleie utøvinga.

Metode: Dette er ei litteraturstudie, der eg har søkt etter forskning gjennom å primært ha brukt Svemed og CINAHL gjennom HSH sine bibliotek sider. Søkeorda eg brukte var Bipolar lidning og disorder, nursing, treatment, wellness, live well og self management, ved å kombinera desse søkeorda valte eg 4 forskningsartiklar ut i frå det eg fann som seinare vart inkludert i studia. Desse artiklane vart brukt i diskusjons delen der eg brukte desse opp i mot teori og egne erfaringar.

Resultat: Studiane som vart tatt med viste korleis ulike brukar erfaringar personar med bipolar lidning har. Det vart påpeikte ufordringar i kvardagen, med store svingningar, tap av relasjonar, tap av sjølvvet, vanskelig å kjenna symptom, vanskelig syn på framtida og problem med medikament. Nokre av studiane påpeiker korleis brukarar har klart å leva med lidninga, ved å ha strategiar, nok søvn, godt støtte nettverk privat og profesjonelt, læra seg kva som fram provoserer symptom og ikkje minst ta medisiner. Studiane visar at pasientane treng informasjon om korleis dei kan og ikkje kan påverka lidninga og treng støtte i dei vanskelige tidene og sjukepleiar må fremma håp ved å finna kva kvar enkelt treng for å føla mestring.

Nøkkelord: Strategiar, sjukepleie, håp, mestring og sjølvkontroll

Summary

Title: Bipolar disorder type 1: Live best possible with the disorder

Background for choice of topic: It is over 50 000 who live with bipolar disorder in Norway, and in my practice and work I have met several patients with this disorder, and seen all difficulties they meet in daily living.

Topical approach: How can nurses help patients to live with bipolar disorder type 1.

The aim of the thesis: The aim is to look at challenges persons with bipolar disorder meet in daily living and how nurses can help them to live with this disorder, under and after being in mental health hospital. And the aim is to look at how this can be used in further nursing too patients with Bipolar disorder type 1.

Method: This is a literature study, to find articles primary Svemed+ and CINAHL was used, founded at school's library website. Bipolar liding and disorder, nursing, treatment, wellness, live well and self-management were the items I used, and by combined these items, I found 4 articles that is included in this study. These articles have been used in discussion against theory and my own experiences.

Result: Articles used in this study showed different experiences people with bipolar disorder have. Big challenges in daily living, hard mood swings, lost relations, loss of them self's, hard to recognize symptoms, difficult look at the future and problems taking and handle medication. Some of the studies tell how patients with bipolar disorder have learned living with the disorder. The participants in these studies said that, have strategies to avoid illness, get enough sleep, a good network of family and friends and professional's, learn what brings up symptoms of illness and taking medication is very important to manage living with bipolar disorder. The studies also tells that persons with bipolar disorder needs information what they can do and cannot do to manage the illness, they also need support through hard times and nurses have to give patients hope and help individual in different ways.

Key words: Strategies, hope, coping and self-management

Innhold

.....	2
1 Innleiing	7
1.1 Bakgrunn for val av tema	7
1.2 Problemstilling.....	Feil! Bokmerke er ikke definert.
1.3 Begrunning og hensikt med oppgåva	8
1.4 Avgrensing og presisering av problemstilling	8
2.0 Teori	9
2.1 Sjukepleieteoretikar	9
2.2 Kommunikasjon av Travelbee.....	9
2.3 Bipolar lidning	10
2.4 Fasane i bipolar lidning type 1	10
2.4.1 Mani	10
2.4.2 Depresjon	11
2.5 Sjukepleie og behandling til den bipolare pasienten	11
2.6 Medikamentell og terapeutisk behandling	12
2.7 Strategiar for den bipolare.....	12
2.7.1 Akseptera diagnosen.....	12
2.7.2 Teikn på sjukdom	12
2.7.2 Mestre dårlege periodar	13
2.7.4 Søvnn	13
2.7.5 Pårørande.....	13
2.7.6 Individuell plan.....	14
3.0 Metode.....	15
3.1 Litteraturstudie.....	15
3.2 Framgangsmåte	16
3.3 Inklusjons og eksklusjons kriteria	16
3.4 Kritisk vurdering og etiske grunnlag	19
4.0 Resultat	22
4.1 Oppsummering av funn.....	24
5.0 Diskusjon	25
5.1 Kunnskap til å akseptera	25
5.2 Skape gode rutinar i kvardagen	26

5.3 Mestre dei dårlig periodane	27
5.4 Individuell plan	29
5.5 Sjukepleie i forhold til medikamentell og terapeutisk behandling	30
6.0 Konklusjon.....	32
Referanseliste	33
Vedlegg.....	35

1 Innleiing

Eg vil her innleiingsvis sjå på bakgrunn for mitt val av tema, også vil eg presentera problemstilling, før eg går over i hensikt og begrunning for oppgåva, også vil eg avgrensa og presisera problemstillinga.

1.1 Bakgrunn for val av tema

Bakgrunnen for at eg har valt å skriva mi oppgåve om bipolar lidning er at eg har gjennom min jobb i psykiatrien og i min praksis i psykiatrien har møtt mange pasientar med denne sjukdommen. Denne pasient gruppa med bipolar lidning som tidlegare heite manisk depressiv, har alltid fascinert meg. Dei pasientane som eg har møtt på institusjon har vært i ein manisk fase som gjer at pasienten ofte er svært ukritisk og manglar impuls kontroll. I mange tilfelle har pasienten før dei kom inn til behandling øydelagt mykje for seg sjølv og deira omgiversar, men likevell så ynskjer dei ikkje medisinar fordi dei seier at dei likar seg i denne fasen som dei føler seg produktive, og dei veit at turen ned i depresjon er veldig tung. Eg ser vidare for meg som ferdig sjukepleiar å jobba innafor psykiatri feltet og derfor ynskjer eg å heva min kompetanse på dette feltet som gjer at eg kan bidra i behandlinga av denne pasient gruppa, og eg tar sikte på å fordjupa på dette feltet i oppgåva slik at eg klarar det. Dei pasientane som eg har møtt i jobb og praksis med bipolar lidning har hatt type 1 av denne lidninga, som vil sei at det er store stemningsvariasjonar mellom depresjon og mani, derfor vil sjukepleie til pasientar med nettopp type 1 lidning være mitt hovudfokus i oppgåva.

Eknes(2006, s.182-188) seier at bipolar lidning i lag med schizofreni er ein av dei mest alvorlige psykiske lidningane. Felles for desse lidningane er at dei kan sjåast i samanheng i forhold til arv og er lidningar som oftast vil sjåast i eit livslangt løp. Bipolar lidning har forskjellige alvorleghetsgradar, nokon har korte periodar der dei er oppstemte og har mykje energi, altså hypomane fasar, andre har korte depressive periodar, mens i andre tilfelle har personar store stemningsvingingar med eller utan psykotiske framtrinn.

Og som Haver (2012, s192) hevder er det rundt 50 000 personar som lever med denne lidninga i Norge, også det at så mange som 20-25 % av dei som har bipolar lidning begår sjølv mord grunna den store påkjenningane lidninga gjer, det vil derfor sett får sjukepleiar perspektiv være svært viktig med god kompetanse på denne lidninga.

1.2 Problemstilling

Problemstillinga eg har valt er «Korleis kan sjukepleiar hjelpe pasientar til å leva med diagnosen bipolar lidning type 1»

1.3 Begrunning og hensikt med oppgåva

Hensikta med denne oppgåva er å setja seg inn i korleis sjukepleierar kan hjelpe pasient med bipolar lidning type 1 til å leva optimalt med sjukdommen ut i frå forutsetnadane sine og for å unngå nye innleggingar i sjukehus. Bipolar lidning er sett på som ein sjukdom som har eit livslang løp, og eg har lyst til å fordjupa meg i dette slik at eg som framtidig ferdig sjukepleiar kan bruke denne kompetansen i møte med slike pasientar.

1.4 Avgrensing og presisering av problemstilling

Problemstillinga kan sjåast i eit perspektiv på korleis sjukepleiaren kan støtte og veileia pasientar med bipolar lidning type 1 på kort og lang sikt. Oppgåva kjem til å omhandla type 1 av bipolar lidning fordi her er svingingane størst og førar til pasientar med denne lidinga som oftast ikkje klarar å leva med sjukdommen utan hjelp frå helsevesen. Fokuset blir dermed på pasientar som sjukepleiar vil kunna møte under psykisk helsevern. Pasienten skal gjennom oppgåva være i fokus, og oppgåva skal sjå på kva behov pasienten har, og kva tiltak og handlingar som vil være hensiktsmessig sjukepleie til pasienten under opphald i psykisk helsevern og etter. Hovudfokuset kjem til å ligga på korleis sjukepleiar, ut ifrå brukarerfaringar kan hjelpe pasienten til å leva med bipolar lidning, altså skal studia gjera nytte av pasientens erfaringar, som skal brukast i sjukepleie praksis i møte med desse pasientane.

2.0 Teori

2.1 Sjukepleieteoretikar

Eg har valt å bruka Joyce Travelbees (1926) sjukepleie definisjon som er velkjent og allment akseptert, hennar teori vektlegg at alle menneske vil oppleve lidningar og smerte i løpet av livet. Hennar sjukepleie tenking går derfor ut på å hjelpe den sjuke eller lidande til å finna mening i den situasjonen personen opplever, og dette vil ein oppnå ved å opprette eit menneske til menneske forhold til pasienten. For å klare dette presiserer Travelbee må pasient og sjukepleiar legge vekk stereotypen som ligg i oppfatninga av «pasient» og «sjukepleiar». (Travelbee, 2001, s77)

Joyce Travelbee meiner at det å finne mestring hos pasienten til å komme seg igjennom sjukdom og lidning står sentralt. Samtidig vektlegger Travelbee å finna håp for pasienten som sentralt i sjukepleiarens mål og hensikt. (Travelbee, 2001, s120-123)

Travelbee vektlegg tydeleg personens subjektive følelse av lidning, nokre vil ikkje føla seg sjuk sjølv om dei har ein påvist diagnose, mens andre vil kunne føle smerte og lidning sjølv om det ikkje føreligg noko diagnose. Lidning er visst ein person opplever at noko som den verdsetter er trua, og jo meir personen verdsetter dette jo meir vil personen føle lidning. (Travelbee,2001,s.89-96)

2.2 Kommunikasjon av Travelbee

Travelbee meiner at kommunikasjon verbalt og non-verbalt er sentralt i sjukepleiarens måte å jobbe med pasientar på, og ein viktig reiskap i å oppnå eit menneske til menneske forhold til pasienten. Ho seier at kommunikasjon ikkje er eit mål i seg sjølv men eit hjelpemiddel til å nå interaksjonsprosessens mål.(Travelbee,2001, s141)

Og for å sitera Travelbee(2001,s142) så seier ho at:

Gjennom observasjonar og kommunikasjon kan sjukepleiaren fastslå den sjukes behov-det første nødvendige skritt ved planlegging av sjukepleieintervensjoner.

Ho seier vidare at alle sjukepleiarar bør i dialog med ein pasient, gjer det dei kan for ein meningsfull dialog for pasienten, og at meningsfull dialog gjenkjennes ved at dialogen er målretta og ein kommunikasjon som er gjensidig for sjukepleiar og pasient.

(Travelbee,2001,s148)

2.3 Bipolar lidning

Bipolar lidning er ein stemnings lidning som tidlegare heite maniske-depressiv sjukdom. Denne lidning er ein betegnelse på at det har førelagt mani aleine, eller der både mani/hypomani og tilløp av ein eller fleire depressive episodar, har lagt til grunn for diagnosen. Bipolar lidning er ein svært alvorlig psykisk sjukdom og kan være svært plagsam for personen sjølv og/eller for omgivelsane rundt. Denne lidninga blir sett på som ein kronisk lidning som ofte oppstår tidlig i vaksen livet, der debuten ofte oppstår mellom 18-30 åra, og stort sett er det ein lidning som vil vare i eit livslangt perspektiv. Det er forskjellige gradar av stemningslidningar og det sprikar litt kva som er bipolar og unipolare lidningar, for det er usikkert om det har førelagt meir enn bare depresjon. Men i hovudsak blir bipolar lidning delt i to kategoriar 1 og 2. Ved type 1 er den «typiske» bipolare lidninga der det føreligg det store svingningar mellom mani og depresjon, og personar med denne typen må som oftast i kontakt med helsevesenet. Ved type 2 lidning er det dei depressive fasane som er mest framtrendane, og har tilløp mindre oppstemte fasar som blir kalla hypomani. I nyare tid er det komt fleire kategoriar bipolar lidning 3 A og B og kategori 4. (Eknes, 2006, 184-187)

2.4 Fasane i bipolar lidning type 1

Bipolar lidning type 1 karakteriserast med store svingningar mellom mani og depresjon, og er vanskelig for personen og oversjå. Hos desse personane er manien svært uttalt, men det er fremdeles dei depressive fasane som er dei lengste i dei fleste tilfelle fordi det er lengre behandlingstid i desse fasane. (Skårderud, Stänicke og Haugsgjerd,2010, s.341-342)

2.4.1 Mani

Maniske symptom er hovudkjenneteiknet på bipolar lidning, og er ein essensiell indikasjon på sjukdom, seier Ødegaard, Høyersten og Fasmer (2012,s.61)

Eknes(2006, s184) seier at symptoma på mani kan variere frå person til person, varigheten kan være svært ulik og alvorleghetsgraden på manien kan være svært ulik hos dei forskjellige. Vidare seier han at maniske symptom utviklar seg gradvis, og personar som har hatt denne sjukdommen over ei tid kan derfor kjenne igjen symptoma og derfor kan dempe og handtera dei symptoma som kjem. Han beskriver vidare typisk symptom som oppstår er auka energi, auka følelsesliv, lågare søvnbehov, ukritisk åtferd og ved alvorlig mani kan det oppstå psykose.

Ødegaard, Høyersten og Fasmer (2012, s.61-63) seier at mange som har hatt maniske episodar har i ettertid fått tragiske innverknad på deira liv og omgivelsane rundt dei. Det at dei følar seg uovervinnelige, det høge energinivået og handlingsviljen er ofte ein dårlig kombinasjon. Ofte førar dette med seg forhasta beslutningar og ikkje minst handlingar som i ettertid ofte visar seg å være negativt for personen. Botnlaus gjeld, tapt arbeidsplass også tap av relasjonar til folk som står nær og i mange tilfelle blir det for stor belastning for ektefeller at det ender med skilsmisse. Mange kjem på kant med loven og begår lovbrøt som farlig bilkjøring, seksuelle overgrep og ved alvorlig mani kan kombinasjonen mellom impulsivitet og aggresjon enda med mord og sjølv mord.

2.4.2 Depresjon

Sjølv om depresjon blir sett på som den motsette fasen av mani, kan desse to likevell gå litt over i kvarandre, nokre fellestrekk har dei mellom seg, men det er ofte motsetningane i desse fasane som blir tydlige. (Eknes,2006, s.186)

Ødegaard et.al(2012, s.64-68) seier at folk med bipolar lidning i snitt har halvparten av livet med sjukdomssymptom, og at tida dei er sjuke heilt klart er dominert av depresjonssymptom. Dei hevder vidare at dei mest tydlige symptoma på bipolar depresjon er trettheit og energimangel, men det førekjem fleire tilleggs symptom som lavt stemningsleie, lav sjølvtilitt, manglande evne til å ha glede, skyldfølelse, lav konsentrasjon, dårlig psykomotorikk, dårlig søvn, lav appetitt og som ein total følelse blir det omgjort i mange tilfelle til suicidale tankar.

2.5 Sjukepleie og behandling til den bipolare pasienten

I dei nasjonale faglig retningslinja (2012) for utgreiing og behandling av bipolare lidningar, står det under generelle behandlingssprinsipp at pasienten skal møtast med respekt av sjukepleiar og andre i helsevesenet og fokus på medbestemming skal stå høgt i møte med desse pasientane. Sjukepleiar skal alltid hjelpe pasienten til å lindre symptom, forkorte episodar og hjelpe til å betra forløpet av lidinga. Ofte er medikamentell hjelp det første som blir brukt, men sjukepleiar skal også være med å setja opp tiltak som ska fremma det å komme seg i aktivitet, betra den sosiale funksjonen, auka mestring og ha ein god livskvalitet ut i frå føresetnadane. I behandlinga skal sjukepleiar tenkje på prinsippa i recovery prosessen som går ut på at pasienten skal føla mestring over si eiga lidning.

2.6 Medikamentell og terapeutisk behandling

Førstehandsbehandling av bipolar lidning er som oftast medikamentell, der stemningsstabiliserande litium ilag med antiepilektikum og antipsykotika er mykje brukt. Som har hatt nokså god effekt ved mani, men har vist seg å hatt dårlig effekt ved depresjon. Det blir skilja mellom medisinsk behandling akutt og vedlikeholdsbehandling. Pasientar som har tilbakefall av sjukdom etter påbegynt medikamentell behandling skyldast oftast at ikkje medisinen blir brukt forskriftsmessig (Eknes, 2006, 225-227)

Det som har vist seg å ha god effekt som supplement behandling er psykoedukativ strategi terapi, som er ein opplærings modell, som kan tilpassast individuelt eller det kan gjerast i grupper. Opplegget er basert på opplæring til pasienten og til dei pårørande, slik at dei skal kunna forstå korleis dei kan og ikkje kan påverka lidinga. Denne terapeutiske opplæringa skal bidra til at pasienten skal klare å styra sjukdommen sjølv gjennom handlingar. Økt opplæring i forhold til dømes medikament har vist seg å ha god effekt (Eknes, 2006, s211-213)

2.7 Strategiar for den bipolare

2.7.1 Akseptera diagnosen

Veldig mange sliter med å akseptera at dei har fått ein sjukdom som heiter bipolar lidning, dette er det fleire grunnar til, men for mange er det fortsatt tabu belagt med psykiske lidingar og ikkje alltid nok akseptert i samfunnet. Det kan også ta lang tid før riktig diagnose blir lagt og det gjer at mange har fått tilleggs problem med lidinga som til dømes eit trøblete forhold til rus. Nokon meiner at dei bare er annerledes enn andre, og at det er personlegheiten som gjer at dei er sånn. Andre er klar over at dei har lidinga men vil ikkje ta konsekvensane med å ha denne lidinga. Det å akseptera lidinga er uansett eit viktig ledd i å kunne få kontroll over livet og lidinga slik at behandling kan starta. Godt informerte sjukepleiarar er ein viktig del når pasienten skal klara å akseptera lidinga, då dårlig kunnskap er ein viktig faktor for å ikkje klara å slå seg til ro med sjukdommen, rolla til sjukepleiaren blir å informere og hjelpe pasienten til å ta til seg kunnskap. Og ikkje minst kunne formidle til pasientar at bipolar er ein sjukdom personen har, ikkje noko den er. (Ødegaard, Syrstad og Ødegaard, 2012, s429)

2.7.2 Teikn på sjukdom

Det å bli ekspert på egen sjukdom seier Ødegaard, Syrstad og Ødegaard (2012, s.427-429) og kjenne igjen risikofaktorane er viktig for den bipolare for å kunne mestre eigen sjukdom. Kva som kan er symptom kan variere frå person til person og derfor er pasienten sjølv som må

finne kva som er han eller hennar symptom på ein ny episode. Dei seier vidare at det å kjenna igjen kva som kan være utløysande årsak, er også viktig for å kunna førebygga nye episodar. Negative hendelsar er typisk ting som kan utløysa nye episodar, men også positive hendingar i den bipolares liv kan være ein utløysande årsak for nye episodar.

2.7.2 Mestre dårlige periodar

Eknes(2006, s221) seier at sjukepleiar bør hjelpe pasienten til å leggja planar for dårlige tider i dei gode fasane. Det er strategiar som bør leggjast for pasienten ilag med pårørande eller personale frå helsvesenet, som har nær relasjon til personen. Desse strategiane går ut på at når personen kjenner teikn på at den går inn i ein manisk fase til dømes, lar andre personar overta dei tinga i livet som førar til symptom triggering, og som vil være skadelig for pasienten i etter tid, som til dømes finansielle ting. Vidare kan det være lurt å unngå bankbesøk, reklamar og generelt større investeringar. Det å utsette avgjørsle kan også være ein lur stragi for å unngå impulsive avgjersle, som kan være negativt for personen i etterkant. Så lenge pasienten er innlagt under psykisk helsevern kan det være lurt å ha lagt ein frivillig plan som gjer at sjukepleiar til dømes kan hjelpe pasienten med det finansielle mens pasienten har sjukdomsepisode av mani, der impulsiviteten er høg.

2.7.4 Søvn

Lavt søvnbehov er eit typisk symptom på mani, og dårlig søvnmønster er eit tegn på depresjon. Det vil sei at for personar med bipolar lidning bør innarbeida seg eit sunt og godt forhold til søvn. For at pasienten skal klare dette er det viktig at sjukepleiar er med å hjelper pasienten til å skape gode rutinar og ein plan for å oppnå god struktur. For at sjukepleiar skal kunne hjelpe pasienten med søvn, er kartlegging av søvnmønster for kvar enkelt pasient eit viktig redskap i behandlinga. (Holsten og Bjorvatn, 2012, S.213-217)

2.7.5 Pårørande

Som sjukepleiar vil pårørande ofte vær ein viktig del av pasienten på godt og vondt, ofte kan også den pårørande bli ein slags pasient som også treng veiledning og støtte. Pårørande for den bipolare pasienten treng derfor god oppfølging av sjukepleiar, og treng veiledning, informasjon og støtte for å kunna være der for pasienten, og bør takast med på planlegging av behandling. (Ødegaard og Ødegaard, 2012, s.461-463)

2.7.6 Individuell plan

Molven (2011, s119) seier at alle som mottar langvarig og koordinert helsehjelp, har krav på at den helsehjelpa som gis skal dokumenterast, og måten den skal dokumenterast i ein individuell plan. For at ein pasient skal falle inn for kriteria for langvarig og koordinert helsehjelp må den helsehjelpa gå over ei tid, og definisjonen på koordinert er at fleire delar av helsetenesta er involvert, for eksempel spesial, kommunehelsetensta ilag med sosialhelsetenesta.

Lemvik (2006, s69-70) seier at pasientar innafor psykisk helsevern kan ha svært god nytte av individuell plan, og at sjukepleiarar som fagperson skal tilby og hjelpe pasienten til å utarbeide planen, som bør innehalda korte og langsiktige mål, og tiltak som skal hjelpe pasienten til å nå dei måla.

3.0 Metode

Tranøy seier i (Dalland,2011, s83), ein metode blir brukt for å frambringa kunnskap eller etterprøva påstandar som har blitt satt fram med krav om å vera sanne, gyldige eller haldbare. Vidare står det at ein metode blir brukt til å fortella oss korleis vi bør gå til verks for å framskaffa eller etterprøva kunnskap. Kva som gjer at vi vel ein bestemt metode er ut i frå kva metode vi trur vil gje oss gode data og besvarar det spørsmålet vi har stilt oss på ein fagleg interessant måte.

Det blir i hovudsak skilt mellom to ulike metodar, den kvalitative og den kvantitative metoden. Ein kvantitativ metode har som hensikt å plukke ut informasjon slik at den kan blir brukt i ein målbar einhet, som foreksempel gjennomsnitt og prosent. Mens ved den kvalitative metoden er det ønska å finna svar på spørsmål som ikkje kan talfestast eller målast, men heller fokuserer på å tolka og skapa meining og forståing i menneskets subjektive oppleving av det som skjer rundt dei.(Dalland,2011, s84) (Forsberg og Wengstrøm, 2013, s.54)

For mi oppgåve er det naturleg at eg har funne mest artiklar som er kvalitative i og med at mi oppgåve omfattar kva som er pasientens subjektive meining som omhandlar korleis dei meistrar sin sjukdom.

3.1 Litteraturstudie

Litteraturstudie tar utgangspunkt i å finna eit bilde av den kunnskapen som allereie er skrevet om det valte problemområdet. I hovudsak i ein slik studie blir det då tatt utgangspunkt i pensumbøker og i forskingsartiklar eller andre fagstoff. (Dalland, 2011, s64)

I følgje Forsberg og Wengstrøm (2013, s28) er det visse punkter som skal vere med for at det skal kunna kallast ein systematisk litteraturstudie, det skal utformast ein klar og tydelig problemstilling og det skal gjerast ein søkestrategi for å finna relevante artiklar, metoden skal som er brukt i oppgåva skal komma tydleg fram, og ikkje minst skal det komma fram kriteriet for valte studiar og grunn for å velja vekk, og det skal gjerast eit kritisk syn på valte studiar.

I ein systematisk litteratur studie skal det gjerast grundige søk etter studie på det valte området. For å finna forskning på området er det avgjerande å gjera seg godt kjent på dei ulike søkedatabasane, for å gjera da er det viktig å starte søket bredt for å sjå kva typar studiar som er ute om det valte temaet, og når man har oversikten kan søket snevrast inn og finna spesifikke artiklar til valt problemstilling. (Forsberg og Wengstrøm, 2013, s.28)

3.2 Framgangsmåte

Eg starta først ut med å laga meg ei problemstilling og velja meg ein sjukepleieteoretikar som skulle leggja grunnlaget for søking og val av artiklar. Eg valte problemstillinga: «Korleis kan sjukepleiar hjelpe pasientar til å leva med diagnosen bipolar lidning type 1» Der eg hadde mål om å finna forskning basert på brukarars erfaringar med å leva med lidninga, og artiklar med fokus på sjukepleiarar sine erfaringar med å hjelpe pasientar med lidninga.

Databasane som vart søkt i var først og fremst CINAHL, Svemed+, PsykINFO og Medline, og desse databasane fann eg gjennom HSH sine bibliotek sider. I starten brukte eg bipolar lidning i søket både på norsk og engelsk før eg gjekk over til ord eg kunne kombinera for å finna spesifikke artiklar til mi problemstilling gjennom MeSH termer.

Eg valte som sagt å bruka å bruka Bipolar disorder og Bipolar lidning, og kombinerte det ved å bruka wellness, nursing, live well, treatment, strategies og self management, ved å kombinera ord fann eg relevante artiklar for mi problemstilling. Eg søkte i alle dei fire nemnde databasane, men det var på CINAHL og Svemed+ eg fant artiklar som eg ville bruka. Eg fann ein norsk på svemed+ og 3 engelsk språklige på CINAHL. Overskrifta var det første eg såg på når eg skulle velja artikkel før eg gjekk inn på for å sjå relevansen for mi problemstilling, gjennom samandrag og full tekst. Gjennom søka eg gjorde fann eg artiklar som omhandla pasientar sine erfaringar med lidninga og i liten grad sjukepleiarar sine erfaringar med møte med den bipolare pasienten. Derfor enda eg opp med fire artiklar som handlar om pasientens erfaringar, men artiklane handlar om korleis sjukepleiarar og helsevesen kan dra nytta av desse erfaringane.

3.3 Inklusjons og eksklusjons kriterier

I hovudsak ynskte eg at artiklane skulle omhandla brukaren sitt perspektiv på lidninga og kva som gjer at dei klarar å leva med den, og kva som er sjukepleiarar sin rolle i behandlinga av den bipolare, kva perspektiv dei har på lidninga. Studien burde blitt gjort av ein eller fleire sjukepleiarar, men med tanke på tema så skal eg vær fornøyd visst eg finn artiklar som sjukepleiarar kan bruka i sin praksis. Det var viktig at det omhandla pasienten sin oppfatning av lidninga og kva sjukepleiarar kan gjere for pasienten, og ikkje eit medisinsk perspektiv. Eg vil før eg starta søket helst ha studiar som ikkje er eldre enn 10 år gamle, men er open for å vurdera om kunnskapen i eldre studiar er relevant for dagens praksis.

Søketabellar:**CINAHL 13/01- 14**

Søk nr	Søkeord	Antall	Evt valte artiklar
S1	Bipolar disorder	4510	
S2	Bipolar disorder+ Wellness	20	<i>Staying well with bipolar disorder (J.L, Browne og S.J Russel, 2005)</i>
S3	Bipolar disorder+wellness+nursing	1	
S4	Bipolar disorder+live well	4	
S5	Bipolar disorder+ treatment	1450	
S6	Bipolar disorder + treatment + nursing	94	

CINAHL 22/01-14

Søk nr	Søkeord	Antall	Evt valte artiklar
S1	Bipolar disorder	4606	
S2	Bipolar disorder + strategies	135	
S3	Bipolar disorder + self managment	77	“What happens after diagnosis? Understanding the experiences of patients with newly-diagnosed bipolar disorder” av Proudfoott. J.G,

			Parker.B.P, Benoit.M, Manicavasagar.V, Smith.M og Gayed.A. Og «Persons living with bipolar disorder- their view of the illness and the future” by Jönsson.P.D, Wijk. H, Skärsäter. I, Danielson. E.
--	--	--	--

Svemed+ 16/01-14

Søk nr	Søkeord	Antall	Evt valte artiklar
S1	Bipolar lidelse	21	«Jeg kjenner det bruser i meg- Pasientkunnskap om mani som fenomen og lidelse», (2006) B. Karlsson.
S2	Bipolar disorder	142	
S3	Bipolar disorder + nurisng	2	
S4	Bipolar disorder + wellness	5	

3.4 Kritisk vurdering og etiske grunnlag

For å sitere Daland (2012, s63):

Kjelde brukas også som opphav til kunnskap, ikkje alt som presenterast som kunnskap er like haldbart. Det betyr at kjeldene må gjennomgå ein prosess for at vi kan sjekke om de er brukbare. Når kjeldene er funnet, må den vurderast både i forhold til kvalitet og korvidt den er relevant for ditt arbeid.

Kjeldekritikk er ein metode som blir brukt for å fastslå om kjeldene som er funnet er sanne. Derfor må dei vurderast og karakteriserast kjeldene som skal benyttast. Kjeldekritikken skal visa om du er i stand til forholde deg kritisk til det kjeldematerielle som er brukt i ei oppgåva. (Dalland, 2012, s67-72)

Før arbeidet med ein systematiske litteraturstudier bør etiske overvegningar blitt gjort. Det er viktig at studia er gjort etter etiske retningslinjer som seier at studia bør være vurdert av ein etisk komité, eller det skal være dokumenterte etiske overvegningar. Og resultatet i studien skal alle funn bli presentert, det skal ikkje være rom for forskar og utelate funn fordi det ikkje støttar forskars syn. (Forsberg og Wengstrøm, 2013, s69-70)

I mine valte studiar kjem det klart fram i tre av studiane at den er etisk vurdert av ein komité, den eine kjem ikkje dette fram, men grunnlaget for å ta den med er at den er godkjent av tidsskriftet den er tatt med i og det var frivillig deltaking av deltakarane.

For å kritisk vurdere mine kjelder har eg valt å bruka sjekklister frå kunnskapssenteret (2008).

Artikkelen til Browne og Russel 2005

Artikkelen er kvalitativ og er hensiktsmessig fordi den krev pasientens subjektive mening. Hensikta med studien kjem klart fram. Studien forklarar kvifor dette utvalet vart valt, og korleis dei har funne dette utvalet, og dei har tatt med kvifor dei valte å utelate nokre frå studien. Dei legg fram at dei har intervjuet personane ved hjelp av fleire typar intervju blant anna semi-strukturelle dybde intervju, og dette verkar fornuftig fordi då kan personen komme med eigne innspel til spørsmåla. Ikkje noko klart faglig ståsted i frå forskaren kjem fram. Innhaldet som dei kom fram til kjem godt fram og er kategorisert på ein god måte. Det kjem ikkje fram at den er etisk vurdert, men at den er godkjent i det tidsskriftet det er komen ut i og

det er frivillig deltaking studien som det alltid skal være. Resultata kjem godt fram, men ingen diskusjons del, men resultata kan være nyttig for sjukepleiar å ha med tanke på erfaringar hos pasientar som har «stayed well» med bipolar lidning.

Artikkelen til Karlsson, 2006

Formålet med studien kjem godt fram, det er valt ein kvalitativ metode, der den er mest hensiktsmessig grunna pasientars subjektive følelse og fenomen. Det kjem godt fram grunnlaget for valt utval. Forskaren har brukt intervju som han sjølv har føretatt, og dette kjem tydeleg fram. Forskaren sitt ståsted blir nemnd, også konteksten. Funna er satt i hovudgrupper og undergrupper som er bra satt saman og er tydlige. Diskusjonsdelen diskuterer momenter for og i mot og gir bydne. Studien er godkjent av regional etisk komite, erfaringar som pasientar har med mani kjem tydeleg fram og mani som fenomen. Kunnskapen om pasientars erfaringar med mani som blir presentert i studien vil være nyttig for sjukepleiarar slik at dei kan bruke det i tilnærming for pasientane og for min problemstilling.

Artikkelen til Proudfoot et.al, 2009

Studien har eit klart mål og problemstilling, kvalitativ studie er hensiktsmessig i forhold til studiens innhald. Det er godt beskriven grunnlag for valt utval på 26 personar, der fleire kriterium måtte være innfridd for å delta i studien. Studien er basert på email svar gjennom bruk av ekspertar som dei kan støtta seg på undervegs, studien får derfor ikkje denne relasjonen til personane som dei ville gjort visst dei var fysisk tilstedet, men fleire av deltakarane uttrykte at dei likte betre å svara gjennom e post enn «face to face», og metoden ser derfor ut til å ha fungert. Det er redegjort for at deltakarane har deltatt i ein opplærings bolk i forkant av studien som er grunnlaget for sjølve studien. Studien har samla resultat og satt det opp i 7 kategoriar av svar. Der er i diskusjonsdelen brukt andre studiar og fagartiklar til å støtta opp under funna. Den er etisk vurdert av human research ethics committee of the university of New South Wales. Hovudfunna viste personane hadde eit trøblete forhold til biverknadar av medisin, uønska symptom, positive og negative reaksjonar på diagnosen, vanskelig å kjenna igjen teikn på nye episodar, tap av sjølvfølelse og ei usikker framtid. Denne studien peiker på fleire utfordringar pasientar har når dei blir diagnostisert med bipolar lidning som vil være nyttig for sjukepleiar å veta om når dei skal være med behandle og stabilisera livet til den bipolare pasienten. Samtidig er slike utfordringar forskjellig frå person til person, men det kan likevillig være nyttig med slik bakgrunnskunnskap når sjukepleiar kjem i kontakt med andre pasientar med same lidning.

Artikkelen til Jönsson et.al, 2008

Formålet med studien kjem tydlig og fint fram, ut i frå studiens problemstilling som skal beskrive individets følelse av å leva med bipolar lidning er kvalitativ analyse det mest hensiktsmessig. Studien har klare inklusjons kriteria, det er blitt valt ut 18 personar fordelt mellom 18-57 år, der det er beskriven kvifor akkurat desse vart plukka ut, eksklusjons kriteria var dei ikkje måtte vær innlagt på sjukehus då studien skulle utførast, eller akutt episode av lidinga. Ein intervju guide vart laga til, der det vart lagt til undervegs i intervjuet oppfølgings spørsmål, der målet var å finna erfaringar og meiningane til deltakarane om lidinga, som gjer at dybde intervju som dei har valt verkar fornuftig for å finna godt materiell til å svara på problemstilling. Data og kategorisering er klart formulert og kjem tydlig fram, og er underbygt ved å bruka andre studiar som kan bekrefte eller avkrefte funna. Studien er etisk godkjent av regional ethics review board i Lund, og dei vart stilt spørsmål i etterkant om dei syns det var greitt å dela kunnskapen sin med andre. Resultata som viser at personane belyser viktigheten med å akseptera lidinga, usikkerheten på seg sjølv, det å heile tida måtte streva for forståing frå folk rundt seg og det å handtera sjukdommen slik at dei kan leva med den. Og desse tinga er kunnskap som sjukepleiarar kan bruka i praksis i møte med slike pasientar og som er nyttig i forhold til mi problemstilling i forhold til sjukepleiars rolle for å hjelpe pasientar til å leva med lidinga.

4.0 Resultat

Staying well with bipolar disorder (J.L, Browne og S.J Russel, 2005)

I denne kvalitative studien gitt ut i Australia og New Zealand har Browne og Russel tatt utgangspunkt i å finne ut korleis brukarar med bipolar lidning klarar å leve godt med bipolar lidning. Kriteriet for å være med i studien er at dei er naud til å ha holde seg sjukdomsfrie i minst 2 år. 100 stykk vart plukka ut til studien, der alderen varierte frå 18-83 år, 86% var over 30 år. Resultatet av studien viste at dei forskjellige hadde ulike strategiar som dei brukte når dei kjente symptom på nye sjukdomsepisodar eller for å unngå symptom i det heile, og viste ulike syn på kva det å leve godt med sjukdommen var, nokre meinte det var godt nok å leve normalt og vær symptom frie, andre meinte dei skulle kunne ta val og ha total kontroll over si lidning. Og dei hadde ulike måtar dei klarte dette på, mange gjekk ut på at dei hadde akseptert lidinga og på den måten gjort livsstilsendingar som godt søvnmønster, stressmestring, gode matrutinar osv. Konklusjonen var at personar som hadde var oppmerksom på sin lidning, klarte å lage seg egne strategiar for å unngå nye episodar av symptom og på den måten leva med bipolar lidning.

Denne studien er relevant for mi problemstilling fordi studien setter lys på korleis pasienten sin erfaring i forhold til å unngå nye sjukdoms episodar som vil være relevant i forhold til korleis sjukepleiarar kan hjelpe andre pasientar til å leve godt med denne lidinga.

Jeg kjenner det bruser i meg- Pasientkunnskap om mani som fenomen og lidelse, (B. Karlsson, 2006).

Bengt Karlsson som er psykiatrisk sjukepleiar og 1.amneusis har gjort ein studie om pasientars erfaring med å leve med mani og gitt den ut i bladet Vard i Norden. Studiens hensikt er å framstille pasientens innanfrå perspektiv av opplevingar og erfaringar knyta til å ha bipolar lidning. Karlsson har brukt ein kvalitativ forskning, der grunnlaget er semistrukturert intervjuguide. Intervjuet vart gjort i personens eigen heim og gjennomført av forfattere sjølv. Seks menn og 5 damer deltok i studien, og som har vært innlagt på akuttpost minimum 2 gangar før intervjuet, men ikkje det siste halvåret, og som er diagnostisert med affektiv lidning, bipolar affektiv lidning etter ICD-10, og den er gjennomført i Norge. Han har spurt om to hovudspørsmål med underspørsmål til desse. Hovudspørsmåla er

1. Korleis erfara tidlegare pasientar mani som fenomen og lidning?
2. Korleis verkar lidinga inn på personens sosiale liv og sjølvforståing?

Funna i desse spørsmåla utdjupar eit trøblete forhold til å kontroll over livet i dei maniske fasane, den tøffe overgangen frå mani til depresjon, tap av relasjonar og fortell om ein kontrast full kvardag. Konklusjonen peiker på kunnskap kjem ifrå å forstå gjennom å lære av pasienten og at sjølve hjelpearbeidet må utfoldast ved at pasienten får utnytta sitt fulle potensial på eigne premissar.

Denne studien er til god hjelp til min problemstilling fordi den peiker på pasientens erfaring med i dei dårlige fasane og kva som er utfordringane ved lidinga, som vil være til hjelp i forhold til den sjukepleia som skal giast til pasientar med denne lidinga.

Persons living with bipolar disorder- their view of the illness and the future, av

Jönsson.P.D, Wijk. H, Skärsäter. I, Danielson. E.

Jönsson, Wijk, Skärsäter og Danielson jobbar alle for institute of health and caring science I Gøteborg, og har gitt ut ein artikkel i bladet Issues in mental health nursing i 2008, om korleis personar med bipolar lidning lever med sjukdommen og deira syn på lidinga og framtida. Hensikta med studien er å beskriva meininga med livet hos ein person med bipolar lidning, basert på kvar enkelts syn på lidinga og framtida. Kvalitativ metode vart brukt der personar som er over 18 år, diagnostisert med bipolar lidning type 1 eller 2 vart tatt med, og dei kjem frå ulike plassar i Svergie. For å finna svar til studien vart 18 personar valt ut til å delta i studien der det var laga til standard spørsmål men som var opne og som innbydde til ein samtale mellom intervjuar og den som vart spurd. Intervjua vart gjort enten i heimen til dei som var med i studien, eller i pasientens eige rom på ei psykiatrisk avdeling. Spørsmåla dei stilte delte dei i 2 hovudgruppe, korleis dei enkelte såg på sjukdommen, og korleis dei såg på framtida med lidinga. Og så delte dei spørsmåla igjen inn i 6 mindre spørsmåls undergrupper, aksept av lidinga, være usikker på seg sjølv, jobba for forsåelse, handtera lidinga, usikker framtid og ei framtid basert på håp. Hovudfunna i studien viser at personane i studien heile tida jobba for å akseptera, forstå og beherska sjukdommen er ein utfordrande del av kvardagen. Ein stabil kvardag og være ein del av eit sosialt nettverk var viktig for å ha håp om ei god framtid. Dei påpeiker viktigheten for sjukepleiarar å lytta til pasientens erfaringar, for så bruka kunnskapen til å hjelpa personar med bipolar lidning til å finna håp og laga ein stabil kvardag for dei enkelte med lidinga, slik at dei kan beherska å leva med lidinga.

What happens after diagnosis Understanding the experiences of patients with newly diagnosed bipolar disorder, av Proudfoot. J.G, Parker.B.P, Benoit.M, Manicavasagar.V, Smith.M og Gayed.A.

Proudfoot, Parker, Benoit, Manicavasagar, Smith og Gayed har gjort ein studie som vart godkjent for publikasjon 2. Februar 2009 i bladet The authors. Journal compilation. Hensikta til studien var å sjå på erfaringar og utfordringar pasientar med nylig påsatt bipolar lidning diagnose har ut i frå pasient erfaringar. Dette er ein kvalitativ studie som er gjort i forbinding med ein kontroll spørreundersøking i forhold til ein internett undervisning om bipolar lidning, der også spørreundersøkinga vart gjort over internett gjennom ein standard av spørsmål som dei sendte tilbake. For å være med i undersøkinga måtte deltakarane vær diagnostisert med lidinga dei siste 12 mnd, være over 18 år og nylig motteke behandling hos ein psykiater, bu i Australia og være klar for å være med på studie over 6 mnd. 26 personar deltok i studien, der dei kommuniserte med «informed supporters» som hadde vore symptom frie i minst 2 år. Deltakarane vart spurt om korleis deira forhold til å ha fått diagnosen bipolar lidning, utfordringar i forhold til medikament, symptom og det korleis nettverket rundt dei handterte det at dei hadde fått denne lidinga. Der dei svarte at dei hadde bivirkningar på medikamenta dei ikkje var forberedt på, problem med å kjenna igjen symptom på nye episodar, positive og negative sider med å blitt diagnostisert, mista styringa på eige liv, usikker på framtida og det å forholde seg til andre er utfordrane.

4.1 Oppsummering av funn

Eg fann gjennom mine søk 4 artiklar som eg syns var relevant for mi problemstilling, eg fann kun artiklar som var kvalitative, der den eine var norsk. Eg var forberedt då eg byrja å søka at det var mest kvalitative studiar eg ville finna då problemstillinga mi har hovudfokus på subjektive følelsar hos pasienten.

Hovudfunna i artiklane peikar på fleire utfordringar pasientar med bipolar lidning har i forhold til å leva med lidinga, i starten kan det være vanskelig å kjenna igjen symptom på nye sjukdomsepisodar, uynskja verknadar av medisinar, følelse av å ha mista kontroll på eige liv og problem med å forholde seg til folk rundt seg.

Det blir påpeike i studiane at det å akseptera, forstå og beherska er nøkkelord for å leva lidinga, og for å klare det så var det viktig med ein stabil kvardag og være del av eit sosialt nettverk. Studiane påpeiker viktigheten av at alle må behandlast ulikt og har forskjellige

behov, og det er ulike ting hos kvar enkelt som framprovoserar nye sjukdomsepisodar. Men for dei aller fleste er medisin ein avgjerande faktor for å holda sjukdommen i sjakk.

5.0 Diskusjon

Eg skal i drøftingsdelen drøfte ut i frå problemstillinga «Korleis kan sjukepleiar hjelpa pasientar til å leva med diagnosen bipolar lidning type 1» ved å bruka valte studiar, teori, egne meiningar og erfaringar. Eg vil i drøftingsdelen sjå på pasientens oppleving og kva som skal til for at dei kan leva med lidinga, og vil på den måten sjå på kva sjukepleiar kan bidra med for å hjelpa desse pasientane primært i psykisk helsevern.

5.1 Kunnskap til å akseptera

I studien til Jönsson, Wijk, Skärsäter og Danielson (2008) blir det påpeika at dei aller fleste syns det er vanskelig å akseptera lidinga i starten. Dei syns det er vanskelig å sjå på seg sjølv som ein person med ein psykisk lidinga. I studien til Proudfoot, Parker, Benoit, Manicavasagar, Smith og Gayed (2009) så kjem det fram ulike syn på om det er negativt eller positivt at dei har fått påvist bipolar lidning, for mange blir det ein faktisk ein bekreftelse på kvifor dei har følt seg annerledes. Det er som ein deltakar i studien til Jönsson et.al (2008) seier, det er lystyen på å ha eit normalt liv utan problem som gjer at mange går igjennom ein periode der dei benektar at noko er gale. Dette bekreftar også Ødegaard, Syrstad og Ødegaard (2012, s429) som seier at for mange kan det ta opp til fleire år etter dei har fått diagnosen og mange går igjennom fleire sjukdomsepisodar før dei vedkjenner seg at dei er sjuke. Det er derfor mange brukar lang tid på å beherska sjukdommen, nettopp fordi det er så mykje lettare å kunna ta symptom på nye sjukdomsepisodar på alvor visst personen har akseptert at den er sjuk.

Travelbee (2001, s 90-92) seier at det er ulikt i kva grad personar følar lidning, nokre følar lidning utan at det føreligg noko sjukdom, mens andre ikkje følar lidning sjølv om dei er sjuke. Ho meiner vidare at reaksjonane på sjukdomsdiagnose kan være sterkt avhengig av fleire faktorar, der graden av trussel mot sjølvet er avgjerande på korleis pasientar reagerer på ein diagnose. Derfor er det viktig at sjukepleiarar tar individuelle omsyn til pasientars oppfatning av å være sjuk.

Etter mi meining og erfaring seier at det nyttar ikkje å pressa dei til å vedkjenna seg sjukdommen, men som helsepersonell sette rammer og ta over dei ulike utfordringane i livet

pasienten ikkje klarar å handtera i sjukdomsfasar. For så når ting har stabilisert seg rundt pasienten reflektere ilag med pasienten for så informere om viktigheten med behandling og at det er små forandringar i livet pasienten treng gjer, men likevel kan gjer stor forskjell.

Både Jönsson (2008) og Ødegaard et.al (2012) seier at godt informerte personar frå helsevesenet som for eksempel sjukepleiarar kan gje den bipolar pasienten god informasjonen og på den måten skape tillit, kan være ein viktig faktorar for at pasienten skal klare å akseptera si lidning.

Slik eg ser det er det viktig at sjukepleiarar brukar kunnskapen dei har til å informere og veileda pasientar til forståing kva sjukdommen inneber og at ved riktig livsførsel kan dei leve opp i mot normalt visst dei tar omsyn til sjukdommen, og at bipolar lidning er noko dei har, ikkje noko dei er.

5.2 Skape gode rutinar i kvardagen

Jönsson et.al(2008) viser til at deltakarane i studien har fire tema som kjenneteiknar det å leve bipolar lidning, der utfordringane med å handtera lidinga i kvardagen er ein av temane. I studien til Russel og Browne (2005) blir det påpeika fleire punkt om akkurat det å handtera kvardagen, å få kartlagt kva som er deira sårbarhets område og tilpasse seg etter det, handtera belastningar i kvardagen, få nok søvn og ha eit fornuftig kosthold er viktige element. Det blir også framheva som viktig å ha sosial og profesjonell støtte i kvardagen.

Jönsson et.al(2008) viser til at utfordringar pasienten har til å mestre sjukdommen og kvardagen med bipolar lidning er ein kontinuerlig prosess, og mange kjempar ein evig kamp. Travelbee(2001,s123) seier at det er sjukepleiarens oppgåve å holde fast ved håpet, og at sjukepleiaren må aktivt være tilgjengelig for pasienten og på den måten skape tillit som ho meiner er nært beslekta til håp. Å være tilgjengelig og villig er måten sjukepleiaren kan bidra på meiner Travelbee, og då meiner ho at sjukepleiaren skal være tilgjengelig for pasienten når den vil snakke om sine problem og sjukepleiaren må være villig til å sjå utfordringane som pasienten har.

Søvn og kvile er ein av dei viktigaste faktorane for å beherska kvardagen og sjukdommen seier deltakarane i studien til Russel og Browne (2005), der dei vektlegg ein hårfin balanse mellom trening, kvile og eit fornuftig kosthold. Desse faktorane er viktige element i å skape ein god og strukturert kvardag for pasienten.

Dei seier vidare at deltakarane har hatt god nytte av tiltak som gjer at dei held seg til sengs til same tid, unngår nokon form for intellektuell stigma på natta og fleire har hatt god nytte av medikament over periode fram til dei hadde innarbeida gode rutinar.

Holsten og Bjorvatn (2012, s218) seier at fokus på døgnrytme er svært viktig i behandling av bipolar lidning, sjukepleiar bør ilag med pasienten sette opp rammer rundt søvn, der pasienten bør ha fast tid for å leggja seg og stå opp, uansett kvardag eller helg, spesielt for dei pasientane som har dårlig søvn som ein tydeleg symptom triggjar.

Slik som eg ser det kan også være lurt at sjukepleiar ilag med pasienten førar søvnmønster og kor mange timar pasienten har søvn pr natt, for å kunna dokumentera kor viktig nettopp søvn er for pasienten. Slik dokumentasjon kan brukast i kartlegging av behov for søvn, der det i forkant bør være kartlagt pasientens søvn før sjukdomsepisode, og eventuelle behov for medikamentell behandling.

Holsten og Bjorvatn (2012, s220) bekreftar at medikamentell behandling ilag med tildømes lysbehandling i kortare periodar ved ein sjukdomsepisode der søvnen er ute av kontroll, har hatt god effekt.

Browne og Russel (2005) kjem fram til at det å ha eit godt støtte nettverk er ein viktig faktor for å beherska sjukdommen. Og i eit godt støtte nettverk meina dei privat og profesjonell støtte, gjennom til dømes sjukepleiarar og pårørande. Pårørande er altså ein viktig brikke for at pasienten skal kunna klara seg gjennom vanskelige periodar og kan være den sosiale støtta i kvardagen for å holda symptom på avstand. For pasienten er dei pårørande viktig, og mange pårørande syns det er godt å kunna være støtte for pasienten.

Ødegaard et.al (2012, s462-465) seier at å være pårørande for bipolare pasientar kan være svært belastande, der svingingane deira kan følgja pasientens opp og nedturar. Dei påpeiker at den pårørande kan på mange måtar bli ein «ekstra» pasient som treng like mykje støtte og veiledning i korleis dei skal hjelpe den bipolare pasienten.

Etter mitt syn meiner eg at sjukepleiar også retta fokus mot den pårørande, og finna ut korleis den kan hjelpa den pårørande til mestring i kvardagen. Gjennom å informere kva sjukdommen inneber, kva behov pasienten har for hjelp og ein støtte på at det den pårørande gjer er bra kan være viktige element for at den pårørande skal klara å meistra den vanskelige tida.

5.3 Mestre dei dårlig periodane

Bengt Karlsson (2006) har gjort ein studie der deltakarane har lagt fram sin erfaring med å være bipolar og desse svingingane mellom depresjon og mani, med hovudfokus på oppleving

av manien. I den maniske fasen seier deltakarane at dei mistar kontroll over eige liv, dei har ein stadig frykt for svingingane mellom depresjon og mani, og har ein kvardag full av kontrastar.

I Browne og Russel (2005) sin studie går det fram fleire kriteria som er viktig for å mestre lidinga og unngå nye sjukdomsepisodar, ta medisiner, handtera situasjonar som byr på stress, ha nok søvn, sørgja for god ernæring, identifisera sjukdomssymptom og ha eit godt nettverk rundt seg har vært viktig, men det er svært individuelt kva dei ulike ser på kva det vil sei å meistra og leva med sjukdommen.

Min erfaring er når eg har møtt pasientar med bipolar lidning type 1 som har komt inn til psykiatrisk avdeling i ein manisk fase er at dei har nedsatt søvnbehov, autoseponert medisin, har overspist eller ikkje tatt til seg næring over ein lengre periode, mange har fått eit problemfullt forhold til rusmiddel og ofte eit forhold til dei nærmaste som er øydelagt eller begynt å slå sprekker og ofte er komen i økonomiske vanskelegheiter. Derfor blir den første tida når dei er innlagt på til dømes ei psykiatrisk avdeling viktig at desse tinga blir normalisert og at det blir satt i gang tiltak, som fremmar tryggleik for pasienten, der tiltaka bør være retta mot å ta vekk dei faktorane som har vært med på å skape ein sjukdomsepisode.

Travelbee (2001, s120-123) vektlegg å skape situasjonar som gjer at pasienten skapar håp og meistring over sitt eigen liv og sjukdom, og at det er sjukepleiaren sitt å bidra til dette gjennom sine sjukepleieintervensjonar.

Dette blir også vektlagt i dei nasjonale retningslinjene (2012) for behandling av bipolar lidning, der behandlinga skal gå i tråd med recovery prosessen som går ut på at pasienten skal føla meistring i behandling av sin eigen sjukdom. Og intervensjonane skal alltid handle om å lindra symptom, forkorte sjukdomsperiodar og betra forløpet til lidinga.

I Karlssons (2006) studie peiker han på funna i studien som framhevar at hjelpearbeidet med denne type pasientar bør ha fokus på at pasienten får utnytta sitt potensiale på sine eigne premiss. Der fokuset bør være at sjukepleiar og pasient er likeverdige deltakarar og som er basert på lydhørhet og bekrefting. Dette blir også vektlagt av Travelbee (2001, s77), som legg vekt på at visst sjukepleiar skal oppnå relasjon gjennom tillit og forståing, må stereotypa rundt rolla sjukepleiar og pasient undergravast, for å skape eit menneske til- menneske forhold. Kompetansen skal sjølvstøtt brukast, men begge skal kunna være likeverdige i behandling med ulikt utgangspunkt på ein profesjonell og menneskelig måte.

Eg har erfart i møte med pasientane som er maniske og innlagt på psykiatrisk avdeling, er at visst eg i møte med pasienten møter dei med respekt og på ein inkluderande måte har eg opplevd pasientane på ein heilt anna måte og eg opplev då ein gjensidig respekt. Og visst

pasientane blir møtt med openheit der pleiepersonell ser vekk i frå diagnosen og heller brukar tid å på kartlegge det «friske», som vil sei å finna pasients kompetanse, ikkje stempla dei som bipolar og som ein person med mange begrensingar i forhold til dette.

Og nettopp dette seier fleire av deltakarane i studien til Karlsson (2006) at det å bli stempla som bipolar og sjuk gjer at dei følar på desse begrensingane sjølv og dei følar å få jobb og eit godt sosialt nettverk vil være urealistisk. Dei følar rett og slett at det står stempla i panna deira at dei er sjuke.

5.4 Individuell plan

Som nemnd tidlegare peiker Karlsson (2006) på kartlegging av ressursane av pasientane og ikkje sjå på begrensingane til pasienten er viktig for at dei skal føla mestring. Og som deltakarane i Russel og Browne sin studie påpeiker er eit godt støtte nettverk viktig for å klara å leva med lidinga. For å klara å skape gode vilkår rundt pasienten, og for å sikra medbestemming for pasienten er min erfaring at individuell plan, er eit nyttig verktøy for nettopp det. Som Molven (2011, s119) seier har alle som mottar langvarig og koordinert helsehjelp rett på å få utarbeida ein individuell plan. Som sjukepleiar har eit ansvar for at pasienten får eit tilbod om å om få utarbeida. Som Travelbee (2001, s.141) seier er kommunikasjon ein måte å nå intervensjonane sine mål, ved å bruke kommunikasjon til observasjon for å finne pasienten behov for sjukepleie.

Som vi har komen fram til i studiar og teori, visar det at pasienten ynskjer å føla mestring over si eiga lidning, og ein måte å for dei å få mestring på er å være deltakande i si eiga behandling. Som ledd i å få til ei deltaking er då individuell plan eit viktig reiskap, der pasienten ilag med sjukepleiar setter i saman kort og langsiktige mål som er realistiske å klare.

Som Karlsson (2006) er inne på, så er dei maniske periodane prega av dårlig kontroll over eige liv og ein kvardag med mange kontrastar, og som mine erfaringar tilseier vil det være vanskelig å setta opp mål og tiltak som pasient i ein slik fase.

Derfor kan det som Eknes (2006, s221) seier at ein måte for pasienten å føla mestring på er at det blir lagt ein plan for dei dårlige periodane, når pasienten er i gode periodar. Dette bør gjerast ilag med næraste pårørande og profesjonelle i helsevesenet som til dømes sjukepleiarar som har nær relasjon til pasienten, og som er eit godt støtte nettverk for pasienten. Ein slik plan meina Eknes (2006,s221) vil være med å skape forutsigbarhet og ein slags kontroll, over det pasienten ikkje har kontroll på. Det blir påpeika at ein slik plan bør innehalda kva som skal skje når pasienten går inn i ein ny sjukdomsepisode, og kven som eventuelt tar over ansvaret når pasienten er inne i ein dårlig periode.

Lemvik (2006, s69-70) bekreftar dette og seier at pasientar innlagt under psykisk helsevern kan ha god nytte av ein slik plan, der sjukepleiar skal bruka sin kunnskap og erfaring til å hjelpe pasienten å setja opp mål og tiltak som skal til for å nå desse måla. Ein slik plan kan også brukast til å koordinera tverfagelig mellom instansane i frå spesialhelsetenesta og til kommunane.

5.5 Sjukepleie i forhold til medikamentell og terapeutisk behandling

I studiane til Proudfoot et.al (2009) og Browne og Russel (2005) blir forholdet til medikament nemnd. For deltakarane i studia til Browne og Russel (2005) har det å ta medisin vært av dei viktigaste faktorane for å holda symptom på avstand.

Og som Eknes (2006, s.225) seier er første hands behandling av bipolar lidning type 1 medikamentell, men at dette sjølvsagt er individuelt, og medikament ilag med andre formar for behandling er naudsynt i mange tilfelle og kombinasjons behandling ofte er det beste. Han seier at stemningsstabiliserande medikament er det som oftast blir prøvd først hos pasientar med bipolar type 1 lidning, grunna dei store svingingane mellom depresjon og mani.

Ødegaard et.al (2012, s463) seier at pasientar med type 1 diagnose, kan det ved lengre sjukdomsepisodar som går ubehandla oppstå psykose som eit tilleggs symptom og derfor kan det være aktuelt å bruka antipsykotikum for å unngå dette.

Proudfoot et.al (2009) fortel at fleire av deltakarane syns den første tida med medisinar var problemfull, mange var ikkje forberedt på kva effekt medikamenta ville ha og dette gjorde at mange autoseponerte medisin. Og i tillegg var dei ikkje forberedt på at det ville ta så lang tid å finna medisin som ville hjelpa dei. Deltakarane seier på eit generelt grunnlag at visst dei hadde fått betre informasjon kunne dei vært betre forberedt på desse tinga kunne ha gjort at dei kanskje ville klart å holdt lenger med medisin. Ut i frå brukarerfaringar er informasjon ein viktig bidragsytar for å klare å få eit godt forhold til medisinar, og ikkje minst klare å ta dei medisidane som skal til for å dempa symptom og forhåpentlegvis holde sjukdomsepisodar vekke.

Det vil være naturleg at sjukepleiar som leverer ut medisin, har eit meiransvar for å følgja opp informasjon om kva medisinen vil gjer, og kva biverknadar dei eventuelt kan forvente seg.

Det vil også kunne være viktig med oppfølging i forhold til plager dei har i ettertid, og det er ein fordel og motivere til fortsetting av medisinar, sjølv om symptom er vekke, for å holde sjukdommen i sjakk.

Erfaring tilseier visst medisinen blir brukt forskriftsmessig vil den ha god effekt på å fjerne og førebygga symptom, men at mange syns biverknadane er så plagsame at dei ikkje tar medisinerane slik som beskriven. Ofte når symptoma på sjukdom er vekke og biverknadane blir for tydelege, vel mange å autoseponera medisinen.

Studia til Proudfoot et.al (2009) er basert på deltakarane har vært delaktig i ein såkalla psykoedukativ program over nett, og som dei påpeiker være eit nyttig reiskap i behandling. Som også Eknes (2006, s211-213) seier er den typen opplæring i strategiar ein god terapeutisk tilnærming for pasientar med bipolar lidning type 1. Desse programma går ut på å kartlegge og gje eit opplæringsopplegg for kvar enkelt pasient om korleis dei kan påverka lidinga, kva sjukdommen inneber, informasjon om medikament og kva dei kan få hjelp til av helsevesenet. For at dette skal være nyttig for pasienten bør det være individuelt tilpassa, gjennom kartlegging. Travelbee (2001, s141-142) vektlegg at kommunikasjon ikkje er ein intervensjon i seg sjølv, men eit reiskap som er svært viktig for å nå sjukepleieintervensjonane og vil være essensielt i kartlegging av pasientens situasjon. Kommunikasjon blir ein del av det å observere, kartlegge pasientens behov for behandling, og blir det viktigaste verktøyet i møte med pasienten.

Slik eg ser det blir altså den terapeutiske behandlinga av bipolar lidning type 1, basert på å bruka samtalar, kartlegging av pasienten erfaringar med medisin, rusmisbruk, søvn osv. og medikamentell behandling ofte naudsynt. Og gjennom dialog og kartlegging kan sjukepleiar individuelt tilpassa pleia pasienten treng.

6.0 Konklusjon

Studia viser at det er mange utfordringar for pasientar med bipolare lidning å leva med lidninga, men med hjelp og støtte frå eit nettverk av pårørande og helsevesen kan det holde med små forandringar i pasientens liv, for å holde symptomta i sjakk. Med type 1 lidning er det som nemnd tidlegare store svingingar mellom mani og depresjon, som gjer livet kontrast fullt og med mange vanskelige overgangar mellom desse fasane. For sjukepleiar blir det viktig å skape håp for pasienten, og for å skape håp er det naudsynt å skape meistring hos pasienten. Kartlegging av pasientens ressursar er derfor viktig og bruke pasienten aktivt i behandlingssopplegg vil være avgjerande for mange pasientar. Individuell plan er eit godt verktøy for nettopp dette, der pasienten får være med å setta opp mål kort og langsiktig. For at pasientane skal kunne være med å setta opp realistiske mål og tiltak, treng naudsynt informasjon av godt informert helsevesen som sjukepleiarar. Punkt som er nemnd viktig for å holdta symptom vekke er god struktur i kvardagen, med god kombinasjon av aktivitet og kvile, nettverk av pårørande og profesjonelle, unngå stress og ta medisiner forskriftsmessig. Denne informasjonen vil være nyttig for sjukepleiar å ha når dei skal møte pasientar med bipolar lidning type 1, men informasjonen er også nyttig for alle former for bipolare lidningar.

Referanseliste

Daland, O. (2012) Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Gyldendal akademiske

Daland, O. (2011) Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Gyldendal akademiske

Eknes, J. (2006) Depresjon og Mani- Forståelse og behandling. Oslo: Universitetsforlaget

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013) Att göra systematiska litteraturstudier. Stocholm: Natur och Kultur.

Haver, B. (2012): Bipolar lidelse og suicidalitet (s.189-208) I: Haver, B. Ødegaard, K.J. Fasmer, O.B. «*Bipolare lidelser*» Bergen: Forlaget

Haver, B., Lars. T.(2012): Rusmisbruk og bipolare lidelser. (s.331-366) I: Haver, B. Ødegaard, K.J. Fasmer, O.B. «*Bipolare lidelser*» Bergen: Forlaget

Helsedirektoratet(2012) *Nasjonale faglige retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidingar.* (Rev.utg) Oslo: Departementet.

Holsten, F. Bjorvatn, B (2012): Søvnforstyrrelser ved bipolar lidelse. (s.211-224) I: Haver, B. Ødegaard, K.J. Fasmer, O.B. «*Bipolare lidelser*» Bergen: Forlaget

Travelbee, J. (2001) Mellommenneskelige forhold i sjukepleie. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Karlsson, B. (2006) Jeg kjenner det bruser i meg- Pasientkunnskap om mani som fenomen og lidelese. *VÅRD I NORDEN* 3/2006. PUBL. NO. 81 VOL. 26 NO. 3 PP 39–43

Kunnskapssenteret(2008) *Sjekkliste for kvalitativ forskning.* Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta.

Lemvik, B. (2006) Å skape gode livsvilkår- Psykisk helsearbeid i kommunen. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Molven, O.(2011): Pasientars rettigheter og plikter.(s.105-135) I: Holter.I.H, Mekki.T.E. *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe AS

Russen, S.J., Borwne J.L.(2004) Staying well with bipolar disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2005; 39:187–193

Skårderud. F, Haugsgjerd. S, Stänicke.E, (2010) *Psykiatriboka -Sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal norske forlag AS.

Ødegaard, C.H, Syrstad, E.G., Ødegaard, K.J. (2012): Å leve med bipolar sjukdom.(s.427-442) I: Haver, B. Ødegaard, K.J. Fasmer, O.B. «*Bipolare lidelser*» Bergen: Forlaget

Ødegaard, C.H., Ødeaagard, K.J (2012): En pårørende forteller om å leve med en som har alvorlig bipolar lidelse.(s.459-471) I: Haver, B. Ødegaard, K.J. Fasmer, O.B. «*Bipolare lidelser*» Bergen: Forlaget

Ødegaard, K.J, Høyersten, J.G, Fasmer, O.B. (2012): Historisk utvikling, epidemiologi og klassifisering av bipolare lidelser.(s.43-72) I: Haver, B. Ødegaard, K.J. Fasmer, O.B. «*Bipolare lidelser*» Bergen: Forlaget

Vedlegg

Oversiktstabell

Artikkel(Namn, forfatter,år)	Hensikt	Metode og datasamling	Utval (Deltakarar i studien)	Resultat
J.L Browne og S.J Russel, 2005 <i>«Stay well with bipolar disorder»</i>	Hensikten med studien var å sjå på kva dei ulike gjorde for å unngå sjukdomsepisodar og oprettholda godt funksjonsnivå. Og vidare sjå kva miljøet rundt hadde å sei for dette.	Dette er ein kvalitativ studie, der dei brukte foreløpige spørreskjema og semistrukturelle intervju.	100 stk vart plukka ut, der kriterien var at dei må ha holdt seg sjukdomsfrie i min 2 år. 63 damer og 37 menn.	Resultatet viste forskjellige strategiar for å holde seg friske og dei var basert på individuelle behov. Viktige element var stressmestring, identifisera symptom triggjarar, nok søvn, ta medisin og eit godt støtte nettverk
B. Karlsson, 2006, <i>«Eg kjenner det bruser i meg- Pasient kunnskap om mani som fenomen og lidelse»</i>	Hensikt er å framstille pasientens innenfraperspektiv av opplevinger og erfaringer knytta til å ha bipolar lidning.	Det er ein kvalitativ studie, der det er brukt semistrukturelle intervju. Og intervju er gjort i personens heim.	11 personar er plukka ut, 6 menn og 5 damer. Deltakarane må ha vært innlagt 2 ganger akuttpost og diagnostisert	Funna i desse spørsmåla utdjuvar eit trøblette forhold til å kontroll over livet i dei maniske fasane, den tøffe

			affektiv liding/bipolar liding i forhold til ICD-10, og ikkje vært innlagt siste ½ året	overgangen frå mani til depresjon, tap av relasjonar og fortell om kvardagar som var full av kontrastar
«Persons living with bipolar disorder-their view of the illness and the future» (2008) by Jönsson.P.D, Wijk. H, Skärsäter. I, Danielson. E.	Hensikta med studien var å beskriva meininga med livet for den bipolare, basert på synet på lidinga og framtida.	Studien er kvalitativ, der det er gjort intervju som er gjort etter spørsmål som gis til alle, men der spørsmåla går over i ein samtale. Og spørsmåla er gjort i personens heim eller pasientrom.	18 personar vart tatt med, dei måtte var over 18 år, medianen på deltakarane var 31,5 år, diagnose bipolar liding type 1 eller 2 måtte foreligge,	Hovudfunna påpeiker at deltakarane har ein kvardag fylt med utfordringar med å akseptera, forstå og beherska lidinga. Å ha ein stabil kvardag og være ein del av eit funksjonelt nettverk var viktig for håp om ei god framtid.
“What happens after diagnosis? Understanding the experiences of patients with newly-diagnosed	Hensikta med studien var å finna erfaringa til pasientar med nylig diagnostisert bipolar liding.	Studien er gjort ut i frå ein kvalitativ metode, der det er gjort intervju av personar	Dei som var tatt med studien var allereie tatt med i ein internett	Resultata visste at bivirkningar på medikamenta var noko dei ikkje var

<p><i>bipolar disorder</i> (2009) av Proudfott. J.G, Parker.B.P, Benoit.M, Manicavasagar.V, Smith.M og Gayed.A.</p>		<p>over nett der svar blir sendt over epost.</p>	<p>undervisning i korleis takla livet er dipolar diagnose. Desse må være 18 år, diagnostisert bipolar 1 eller 2 siste året, motta behandling og være frå Australia. 26 deltok, med ein median alder på 31,5 år.</p>	<p>forberedt på, problem med å kjenna igjen symptom på nye episodar, la fram positive og negative sider med å blitt diagnostisert, følelse av å mista styringa på eige liv, utfordrande framtid og utfordringar med å forholda seg til folk rundt seg.</p>
--	--	--	---	--