



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	12-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-05-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2020 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 305

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9997

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har registrert

oppgavetittelen på

norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 77

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



BACHELOROPPGAVE

Veiledning og kommunikasjon i utøvelse av sykepleie til pasienter diagnostisert med bipolar lidelse

Guidance and communication in the practice of nursing for patients diagnosed with bipolar disorder

Kandidatnummer: 305

Bachelor i sjukepleie
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Innleveringsfrist: 22. mai 2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Abstract

Background: Bipolar disorder occurs in 1-1,7 percent of the population. In Norway, approximately 50,000 people live with the disorder. Bipolar disorder can cause repeated episodes of mania and depression and many people experience being hospitalized and in need of treatment. Many also experience being hospitalized several times.

Research question: «How can guidance and communication as a health-promoting nursing initiative help patients with bipolar disorder to cope with life after hospitalization?»

Method: This thesis is written as a literature study and is based on academic literature and six qualitative research articles related to the research question.

Results: Results from this thesis show that people with bipolar disorder use similar coping strategies to stay well. The results indicate what the guidance nurses offer to their patients is deficient. Results also show that people diagnosed with bipolar disorder seek guidance from nurses where they learn about lifestyle changes, strategies, early signs of illness and factors that can trigger episodes. The results show that this information can promote health and help people with bipolar disorder to cope with life. The results indicate that patients feel safe during hospitalization when nurses initiates conversation and reflection.

Conclusion: Nurses can facilitate a guidance program that is individually tailored. In the guidance, nurses can provide important information that can help patients to cope with life and challenges after hospitalization. Nurses should inform patients about necessary lifestyle changes, self-management strategies, early warning signs and factors that may trigger episodes of mania and depression. A successful counseling program requires that nurses have communication skills, initiates reflective conversations and that a relationship based on respect is established between the nurse and her patient.

Key words: Bipolar disorder, manic depressive, nursing, health promotion, guidance, communication, empowerment, coping with life, self-management.

Innholdsfortegnelse:

1.0 Innledning	1
1.1 Problemstilling	2
1.2 Avgrensning av oppgaven	2
1.3 Disposisjon for oppgaven	3
2.0 Teori	4
2.1 Teoretisk bakgrunn	4
2.1.1 Mani, hypomani og depresjon	4
2.1.2 Bipolar lidelse type 1 og type 2	5
2.2 Teoretisk perspektiv	6
2.2.1 Joyce Travelbee	6
2.2.2 Kommunikasjon	6
2.2.3 Kommunikasjon til mennesker med bipolar lidelse	7
2.2.4 Veiledning	9
2.2.5 Mestring, helsefremming og empowerment	10
3.0 Metode	12
3.1 Søkeprosess i litteraturstudien	12
3.1.1 Databaser	12
3.1.2 PICO og søkeord	13
3.1.3 Søkeshistorikk	16
3.1.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	16
3.1.5 Kritisk vurdering av artikler	17
3.1.6 Analyse av inkluderte artikler	18
3.2 Metodekritikk: kritikk til litteraturstudium som metode	19
3.3 Kildekritikk: kritikk til kunnskapskilder	19
3.4 Etske overveielser	20
4.0 Resultat	21
4.1 Resultatsyntese	21
4.1.1 Feil fokus og mangel på erfaring og informasjon under veiledning	21
4.1.2 Holdninger	22
4.1.3 Refleksjon og trygghet	23
4.1.4 Individuell tilpasset behandling og brukermedvirkning	24

4.1.5 Livsstil og utarbeidelse av strategier	25
4.1.6 Forståelse og aksept.....	26
4.1.7 Kommunikative tilnærminger	27
4.1.8 Støttende kommunikasjon	28
5.0 Diskusjon/drøfting.....	29
5.1 <i>Resultatdiskusjon</i>	29
5.1.1 Hvordan veiledning kan hjelpe pasienter til å mestre livet etter innleggelse	29
5.1.2 Innholdet i et veiledningsopplegg: pasientkunnskap til bruk i veiledning	31
5.1.3 Den relasjonelle dimensjon	33
5.1.4 Kommunikasjon.....	35
5.2 <i>Metodediskusjon</i>	37
5.2.1 Diskusjon: resultatets validitet	37
5.2.2 Diskusjon: egen metodisk tilnærming	37
6.0 Konklusjon	39
7.0 Litteraturliste	40
Vedlegg 1: Søkehistorikk	1
Vedlegg 2: Utfylte sjekklister for kritisk vurdering av kvalitative studier	1
Vedlegg 3: Litteraturmatrise.....	1
 Oversikt over tabeller:	
Tabell 1: Hjelpende kommunikasjon.....	7
Tabell 2: PICO, søkeord og kombinasjoner av søkeord.....	15
Tabell 3: Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	17

1.0 Innledning

Bipolar affektiv lidelse, også kjent som bipolar stemningslidelse betegner tilstander hvor kvalitativ forandring i sinnsstemning påvirker ens følelser, tanker og atferd (Nysæter & Walvig, 2016, s. 122-123). World Health Organization (1999, s. 112) forklarer at bipolar affektiv lidelse karakteriseres ved gjentatte episoder med forstyrrelser i stemningsleie. De fleste mennesker opplever forandringer i stemningsleie, og opp- og nedturen i humøret er ikke uvanlig. Hos mennesker med bipolar lidelse er disse forandringene mer ekstreme (Helsebiblioteket, 2018).

Snoek & Engedal (2018, s. 99) hevder at Bipolare lidelser forekommer hos 1-1,7 prosent av befolkningen. Ifølge Ødegaard, Høyersten & Fasmer (2012, s. 46) lever cirka 50 000 mennesker med en bipolar lidelse i Norge. I «Livet med bipolar lidelse» publisert av Nasjonalt Folkehelseinstitutt (2009) kommer det frem at reinnleggelser i psykiatrisk helsevern for mennesker med bipolar affektiv lidelse er et faktum. Den gjennomsnittlige alderen for første sykdomsepisode som krever sykehusbehandling er 22 år (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2018, s. 368).

Helseopplysning og veiledning er viktige tiltak i behandlingen til pasienter med bipolar lidelse. Behandlingsprogrammet fra Divisjon psykisk helsevern trekker frem medikamentell behandling og opplæring som de viktigste behandlingsformene (St. Olavs Hospital, 2019). Skårderud et al. (2018, s. 376) legger også vekt på helseopplysning og veiledning i behandlingsprosessen. Informasjon om lidelsens tilbakevendende karakter, behandlingsprinsipper, mulige faresignaler og stressfaktorer er trukket frem som viktige komponenter. En overordnet målsetting er å legge til rette for at pasienten evner å fungere selvstendig (Hummelvoll, 2012, s. 439).

Pasient- og brukerrettighetslovens § 3-2 og § 3-3 sier at pasienter og pårørende har rett til informasjon og veiledning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanningen (2019) sier at den nyutdannede skal ha kunnskap om kommunikasjon og veiledningsmetoder. Den nyutdannede sykepleier skal også ha

ferdigheter til å anvende veilednings-, kommunikasjons- og relasjonskompetanse i møte med pasienter og pårørende. Videre sier forskriften at sykepleieren skal ha kompetanse til å planlegge og gjennomføre kommunikasjon, samhandling og samarbeidsprosesser basert på respekt, medbestemmelse og integritet (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, § 7, § 8 og §9). Tilsvarende krav til utøvelse av sykepleie er formulert i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Sykepleieren understøtter mestring og håp hos pasienter, legger til rette for brukermedvirkning og gir tilstrekkelig, tilpasset informasjon (Norsk sykepleierforbund, u.d.).

Lovverket sier at veiledning og opplæring av pasienter er lovpålagt sykepleieren, samt at sykepleieren skal ha kompetanse til å gjennomføre kommunikasjonsprosesser og veiledning. Fra litteraturen forstår vi at veiledning og opplæring som del av behandlingen til mennesker med bipolar lidelse er viktig. Temaet for oppgaven retter seg mot sykepleierens veiledende funksjon og bruk av kommunikasjon i samhandling med den bipolare pasient. Med bakgrunn i nevnte opplysninger er følgende problemstilling formulert:

1.1 Problemstilling

«Hvordan kan veiledning og kommunikasjon som helsefremmende sykepleietiltak hjelpe pasienter med bipolar lidelse til å mestre livet etter innleggelse i sykehus?»

1.2 Avgrensning av oppgaven

Denne oppgaven fokuserer på mennesker med diagnosen bipolar lidelse type 1 og type 2, der lidelsen har et tilbakevendende og kronisk forløp. Oppgaven ser bort i fra mennesker som har hatt en enkeltstående manisk eller depressiv episode samt mennesker som har en depressiv lidelse. Valgt avgrensning begrunnes med at mennesker som har bipolar lidelse type 1 eller 2 ofte trenger sykehusbehandling og oppfølging av helsepersonell (Snoek & Engedal, 2018, s. 101). Oppgaven ser på veiledning og kommunikasjon i utøvelse av sykepleie til personer som har bipolar lidelse og er under sykehusbehandling. Dette begrunnes med at samhandling mellom sykepleier og den bipolare ofte inntreffer når pasienten er innlagt på psykiatrisk institusjon.

1.3 Disposisjon for oppgaven

Denne oppgaven følger stegene i IMRaD-modellen, som står for Introduksjon, Metode, Resultat og Diskusjon. IMRaD-modellen brukes i helsefag og er en foretrukken mal for oppbygging av vitenskapelige artikler (Søk & Skriv, 2017). I tillegg til de fire stegene fra IMRaD-modellen, inneholder oppgaven et teorikapittel og en konklusjon. Bacheloroppgaven består dermed av til sammen seks kapitler; introduksjon, teori, metode, resultat, diskusjon og konklusjon. Bacheloroppgaven har til hensikt å formidle bred kunnskap og forståelse, og av den grunn står teori sentralt (Dalland, 2017, s. 163-164). Teoridelen inkluderer litteratur og begrepsdefinisjoner som er relevant for oppgaven. Dette kapitlet presenterer også Joyce Travelbees sykepleieteori, da hennes tenkning og syn på sykepleie er aktuelt for oppgavens tema.

2.0 Teori

2.1 Teoretisk bakgrunn

2.1.1 Mani, hypomani og depresjon

Bipolar affektiv lidelse karakteriseres ved gjentatte episoder med forstyrrelser i stemningsleie. Forstyrrelsene kan gi episoder med hevet stemningsleie eller lede frem til episoder med senket stemningsleie. Disse ytterpunktene identifiseres som mani og depresjon (Snoek & Engedal, 2018, s. 100).

Under en manisk episode kan pasienten oppleve oppstemthet, økt aktivitets- og energinivå, taleflom og irritabilitet (Nysæter & Walvig, 2016, s. 122-123). Noe kan oppleve tilstanden som en rus, hvor selvkritikken er nedsatt. Mange opplever å bruke store summer penger og kan ha økt seksuell interesse. Noen utvikler også vrangforestillinger, ofte med grandiose tanker om seg selv og egne evner. Hypomani er en tilstand mellom mani og normalt stemningsleie. Ved hypomani kan en ofte oppleve det samme som ved mani, men i en midlere form (Nysæter & Walvig, 2016, s. 122-123).

En episode med depresjon kjennetegnes ved senket stemningsleie, nedsatt energi, manglende interesse og redusert aktivitetsnivå. Ved depresjon kan en erfare dårlig selvfølelse, negative tanker om fremtiden og skyldfølelse (Nysæter & Walvig, 2016, s. 127). Hummelvoll (2018, s. 224) presenterer pessimisme, tristhet, kraftløshet og håpløshet som de mest fremtredende symptomer. Ofte forekommer også nedsatt appetitt, søvnforstyrrelser, redusert seksuell interesse og kroppslige plager og smerter. Forstoppelse og urinretensjon ses også hos mennesker som befinner seg i en depressiv tilstand. Uavhengig om depresjonen er mild eller alvorlig, erfarer mange symptomer på frykt og angst (Hummelvoll, 2018, s. 200).

2.1.2 Bipolar lidelse type 1 og type 2

Bipolar lidelse type 1 karakteriseres ved alvorlige stemningssvingninger der uttalte og alvorlige depressive episoder skifter med tydelige maniske episoder. Ved bipolar lidelse type 2 er depresjonene som ved type 1. Det som skiller bipolar lidelse type 1 og type 2 er episodene med økt stemningsleie. Ved bipolar lidelse type 2 er episodene med økte stemningsleie mindre klare; de er *hypomane* (Snoek & Engedal, 2018, s. 100-101). Etter en episode med mani kommer ofte en depressiv episode. Ubehandlet kan episodene med mani og depresjon vare i cirka 4-6 måneder. I denne perioden vil en sjelden kunne være i arbeid eller utdanning (Hummelvoll, 2018, s. 224).

2.2 Teoretisk perspektiv

2.2.1 Joyce Travelbee

Travelbee (2001, s. 31) forklarer at utøvelse av sykepleie er en mellommenneskelig prosess. En av hennes grunntanker er at den profesjonelle sykepleieren skal etablere menneske-til-menneske-forhold. Relasjonene skal bestå av gjensidighet og likeverdighet, slik at sykepleieren blir kjent med pasienten, samt forstår og møter hennes behov. Det handler om å oppfatte hverandre som unike individer og ikke som «pasient» og «sykepleier». Travelbee trekker frem at sykepleieren skal hjelpe individer med å forebygge eller mestre opplevelser med sykdom og vektlegger menneskets subjektive følelser rundt lidelsen. Travelbee definerer kommunikasjon som et av sykepleierens viktigste redskaper ved etablering menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2001, s. 171). Joyce Travelbee beskriver kommunikasjon som en gjensidig prosess mellom sykepleier og pasient: en prosess sykepleieren benytter for å formidle informasjon, og en prosess pasienten bruker for å bli hjulpet (Travelbee, 2001, s. 137). Travelbee definerer også kommunikasjon som en dynamisk kraft som kan påvirke graden av nærhet mellom mennesker i sykepleiesituasjoner. Kommunikasjon er et virkemiddel som kan brukes til å oppnå nærhet og å gi hjelp (Travelbee, 2001, s. 137).

2.2.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon betyr å utveksle meningsfulle tegn mellom to eller flere parter. Begrepet kommer av det latinske *communicare*, som betyr å ha forbindelse med og å gjøre noe felles (Eide & Eide, 2007, s. 17). Gjennom dialog anvendes verbal og non-verbal kommunikasjon. En god dialog forutsetter at verbal og non-verbal kommunikasjon benyttes både ved formidling av budskap og aktiv lytting. Ved aktiv lytting kan verbal kommunikasjon være å stille spørsmål, bruke pauser og gjenta budskap (Eide & Eide, 2007, s. 23-24) (Tveiten, 2019, s. 118). Den non-verbale kommunikasjonen kan være å oppfatte ansiktsuttrykk, stemmens volum, øyekontakt, stillhet og kroppsspråk (Tveiten, 2019, s. 118). Ved formidling av budskap kan en gjennom verbal kommunikasjon justere stemmebruk og toneleie, bruke pauser og tilpasse ordbruken. Den non-verbale kommunikasjonen vises gjennom

øyekontakt, kroppsholdning, håndbevegelser, berøring, stillhet og ansiktsuttrykk (Eide & Eide, 2007, s. 24).

I utøvelse av sykepleie omtales kommunikasjon som *profesjonell, hjelpende kommunikasjon*. Denne kommunikasjonen tilhører ens yrkesrolle som hjelper, der man kommuniserer med mennesker som trenger eller søker ens hjelp. Den profesjonelle kommunikasjonen har et helsefaglig formål og skal være til hjelp for andre mennesker og være faglig begrunnet (Eide & Eide, 2007, s. 18). Profesjonell kommunikasjon forutsetter at yrkesutøveren har praktiske ferdigheter. Sykepleieren skal takle ulike kommunikasjonssituasjoner på en måte som er problemløsende, støttende og hjelpende. Det er fremhevet ti ferdigheter som er av betydning for å utøve hjelpende kommunikasjon (Eide & Eide, 2007, s. 20-21):

Tabell 1: Hjelpende kommunikasjon (Eide & Eide, 2007, s. 21)

Å utøve hjelpende kommunikasjon er ...	
1	... å lytte til den andre
2	... å observere og fortolke den andres verbale og nonverbale signaler
3	... å skape gode og likeverdige relasjoner
4	... å formidle informasjon på en klar og forståelig måte
5	... å møte den andres behov og ønsker på en god måte
6	... å stimulere den andres ressurser og muligheter
7	... å strukturere en samtale eller samhandlingssituasjon
8	... å skape alternative perspektiver og åpne for nye handlingsvalg
9	... å forholde seg åpent til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål
10	... å samarbeide om å finne frem til gode beslutninger og løsninger

2.2.3 Kommunikasjon til mennesker med bipolar lidelse

Profesjonell, hjelpende kommunikasjon i utøvelse av sykepleie til pasienter med bipolar lidelse må tilpasses det enkelte individ. Valg av kommunikasjonsstrategi avhenger av hvor pasienten befinner seg: i en manisk eller depressive episode. Selv om tilnærmingen til den maniske og den depressive er ulik, er målet med kommunikasjonen det samme: å etablere en allianse som fører til et givende samarbeid (Hummelvoll, 2018, s. 207, s. 239).

Gjennom samtale med den maniske pasient vil en erfare at følelsene er labile og stemningsleiet anstrengt. En vil også kunne oppleve at den maniske har vansker med å kontrollere sin tankevirksomhet. Under en alvorlig manisk episode vil personen være mindre opptatt av betydningen i sin tenkning og tale. Tankestrømmen preges av idéflukt og av lek med ord, ordkombinasjoner og språklyder. Det er ikke uvanlig at den maniske prater hurtig og snakker på rim. Dette stiller krav til kommunikasjonsferdigheter hos primærpsykepleier (Hummelvoll, 2018, s. 235).

Hummelvoll (2018, s. 235) sier at kommunikasjonen styrkes når sykepleier lytter til hva pasienten formidler verbalt og non-verbalt. Det psykiske tempoet til pasienten er forhøyet noe som medfører rask tale med mange ord. Dersom sykepleier forsøker å øke sitt eget taletempo til det nivået pasienten ligger på, vil en oppnå å stimulere han ytterligere. Oppmerksomheten til pasienten kan lett distraheres under en manisk episode. Det er derfor viktig at sykepleieren kommuniserer med korte og enkle setninger, og har rolig stemmebruk. Det er anbefalt at sykepleier holder seg til ett tema om gangen og at temaet som blir diskutert orienteres rundt nåtid.

Pasienten vil kunne oppleve manien som kaotisk, stressende og angstfylt. Sykepleieren må derfor vise at hun er trygg i situasjonen, at hun er genuint interessert i pasientens liv og har forståelse for at han har det vanskelig. Sykepleieren skal behandle pasienten med respekt og vise seg som en forutsigbar person som stiller opp. Sykepleieren kan gjennom sine holdninger og kommunikasjon opptre som en emosjonell stabilisator ved å ikke la seg drive med av pasientens variable stemningsleie (Hummelvoll, 2018, s. 239). Hummelvoll anbefaler videre at sykepleieren bør unngå å opptre kommanderende eller fremstå dominerende. Hun bør også unngå argumentasjoner med pasienten (Hummelvoll, 2018, s. 235).

Den bipolare pasient som gjennomgår en depressiv episode har en tendens til å isolere seg, være uttrykksløs, si lite og unnlate å respondere ved forespørsler. Det kan være vanskelig for sykepleieren å stå i slike situasjoner, men hennes holdninger og handlinger bør være varme, rolige, oppriktig og aksepterende. Etablering av kontakt og samarbeid krever at sykepleieren er tålmodig og at hun tilbringer tid sammen med pasienten. Selv om den depressive ikke

prater eller uttrykker behov selskap, er det viktig at sykepleieren setter av tid med pasienten og uttrykker dette gjennom non-verbal kommunikasjon (Hummelvoll, 2018, s. 206-207).

Pasienten vil bruke lenger tid enn vanlig på å oppfatte og reagere på henvendelser under en alvorlig depressiv episode. I samhandling med denne pasienten må sykepleieren unngå lange setninger, stille ett spørsmål om gangen, være tålmodig og vente på svar. Sykepleieren må våge å stå i håpløsheten sammen med pasienten. Hun skal tilbringe tid sammen med han i taushet og tåle følelsesmessige reaksjoner. Sykepleieren skal gjennom holdninger og handlinger gi pasienten omsorg og oppmerksomhet, vise at hun bryr seg og kommunisere at pasienten er verdifull. Hun skal også hjelpe pasienten til å gjenkjenne og uttrykke følelser (Hummelvoll, 2018, s. 206-207, s. 219).

2.2.4 Veiledning

Tveiten (2019) beskriver veiledning som «(...) en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at fokuspersoneens mestringskompetanse styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier» (s. 22). At veiledningen er formell betyr at den tar del i en formell virksomhet og utføres av en yrkesutøver, eksempelvis en sykepleier. At veiledningen er relasjonell innebærer at relasjonen mellom yrkesutøver og fokusperson er av betydning for kvaliteten i veiledningen. Tillit og trygghet i veiledning forutsetter en god relasjon mellom de involverte parter. At veiledningen er pedagogisk vil si at mestring, vekst, utvikling og læring står i fokus. At veiledning identifiseres som en istandsettingsprosess betyr at fokuspersonen, for eksempel en pasient har ansvaret for at ønsket utvikling, læring, mestring og vekst realiseres. Sykepleieren legger til rette for dette gjennom veiledningen (Tveiten, 2019, s. 22). Eide & Eide (2007, s. 292) tydeliggjør at en av hjelperens viktigste kommunikative oppgaver er veiledning.

Eide & Eide (2007, s. 332) beskriver mer inngående hva ansvaret til en veileder innebærer. Veilederen fungerer som en ledsager der pasienten går gjennom en forandringsprosess. Gjennom informasjon, undervisning, råd eller instruksjon skal veilederen hjelpe pasienten til å se sin egen vei samt gjøre hans mål tydeligere. Primært er veilederen en profesjonell samtalepartner og veiledningen skal fokusere på pasientens liv, erfaringer og fremtid.

Morken (2012, s. 314) presiserer at kognitiv svikt hos den bipolare pasient kan føre til at denne pasientgruppen drar mindre nytte av veiledning og behandlingsformer der opplæring i mestring er sentralt. Kognitiv svikt er et vanlig kjennetegn ved bipolar lidelse. Under en depressiv episode er det vanlig at den bipolare opplever konsentrasjonsvansker. Under en manisk episode har den bipolar redusert evne til kritisk vurdering av informasjon som formidles. I perioder der stemningsleiet er stabilt kan en likevel ha vansker med problemløsning, planlegging, gjennomføring, oppmerksomhet og hukommelse (Andreassen & Sundet, 2012, s. 253). På grunn av kognitive forandringer er det indikert at behandling med fokus på opplæring først og fremst bør gjennomføres når den bipolare er på sitt friskeste. Ifølge forfatteren vil de sykeste pasientene ha lav nytteverdi av denne formen for behandling (Morken, 2012, s. 314). Morken (2012, s. 307-309) peker på at opplæring i egenmestring og veiledning kan inneholde følgende elementer: hjelpe pasienten til å oppdage tidlige tegn på sykdom, informere pasienten om lidelsen og informere om betydningen av å regulere daglig aktivitet, livsstil og døgnrytme.

2.2.5 Mestring, helsefremming og empowerment

I psykologien knyttes mestringsbegrepet til det å kunne stå mot utfordringer og krisesituasjoner i livet (Svartdal, 2018). Snoek & Engedal (2018, s. 44-45) trekker frem at mestringsteori fokuserer på faktorer som gjør mennesker bedre skikket til å møte utfordringer og påkjenninger. De sier at god selvfølelse er en forutsetning for å mestre eget liv, og at faktorer som bidrar til god selvfølelse er stabile emosjonelle relasjoner og kompetanse. Når en opplever økt mestring av eget liv kalles det for *empowerment*.

Empowerment og *helsefremming* er to begrep som er nært knyttet til hverandre.

Helsefremming er en prosess som gir mennesket muligheter og økt kontroll til å bedre egen helse (Nutbeam, 1998, s. 1). *Empowerment* er definert på følgende måte av Verdens helseorganisasjon: "In health promotion, empowerment is a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health" (Nutbeam, 1998, s. 6). De forklarer videre at *empowerment* omfatter flere dimensjoner. De fokuserer på en individuell psykologisk dimensjon og en relasjonell dimensjon. Den individuelle dimensjonen

handler om bevisstgjøring av egne ressurser, kontrollere eget liv og opplevelse av mestring. Den rasjonelle dimensjonen omfatter kommunikasjon og samhandling mellom pasient og helsepersonell. De trekker frem overføring av makt fra fagpersonell til pasient og likestilling av kunnskap mellom partene.

Rådet for psykisk helse (2019) og Nasjonalt folkehelseinstitutt (2009) presenterer mestringsteknikker for mennesker med bipolar lidelse som kan fremme helse. Støtte fra andre mennesker, god døgnrytme og nok søvn, fysisk aktivitet og regelmessige måltider anbefales. Det anbefales også at en er forsiktig med bruk av rusmidler og holder en rolig livsstil.

3.0 Metode

I arbeidet med å svare på oppgavens problemstilling er det gjennomført en litteraturstudie. Hensikten med en litteraturstudie er å identifisere forskningslitteratur som omhandler oppgavens tema (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015, s. 25-26). En litteraturstudie består av innhenting av kunnskap fra skriftlige kilder, kritisk gjennomgang av den og en sammenstilling av resultatene (Magnus & Bakketeig, referert i Thidemann, 2019, s. 79).

3.1 Søkeprosess i litteraturstudien

Med bakgrunn i oppgavens tema og problemstilling ble det gjort søk etter kvalitativ forskningslitteratur. I søkeprosessen ble det gjort søk etter forskning som gir innsikt i subjektive meninger, opplevelser og erfaringer rundt oppgavens tema. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2015, s. 28) sier at søk etter kvalitativ forskning er å foretrekke når en er ute etter denne typen kunnskap. Kvalitativ forskning presenterer mening og opplevelse. Det får frem sammenheng og helhet, går i dybden og gir forståelse (Dalland, 2017, s. 52-53). Thidemann (2019, s. 78) forklarer at kvalitativ forskning gir kunnskap om menneskers opplevelser og erfaringer.

3.1.1 Databaser

På grunn av valget om å innhente kvalitativ forskningslitteratur ble det utført søk i databasene Cinahl, Svemed+ og Medline. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten anbefaler å bruke de nevnte databaser når hensikten med oppgaven er å identifisere kvalitative studier (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015, s. 28).

Cinahl (Cumulative Index of Nursing av Allied Health) er en database som dekker sykepleiefaget. I databasen finnes blant annet forskningsartikler, bøker og avhandlinger. Svemed+ er en database som inkluderer nordiske helsefaglige tidsskrifter og forskning. I Cinahl og Svemed+ finnes artikler fra år 1982 og fremover. Medline er den databasen som helsepersonell bruker mest. Medline inneholder forskningsartikler som dekker sykepleiefaget fra år 1966 og fremover (Thidemann, 2019, s. 85). Likt for alle databasene er

at de inkluderer systematiske oversiktsartikler og primærstudier (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015, s. 28).

3.1.2 PICO og søkeord

I arbeidet med å utføre et strukturert litteratursøk ble PICO anvendt som rammeverktøy. PICO er et verktøy som har til hensikt å gjøre problemstillingen presis og søkbar og anvendes når en gjør søk etter kvalitativ forskning. Bokstavene i PICO betegner følgende elementer: pasient/problem/populasjon, interesse og kontekst (Universitetet i Agder, 2020).

I forkant av litteratursøket ble emneordsystemene MeSH (Medical Subject Headings) og Cinahl Headings benyttet. Dette er verktøy som finner frem medisinske og helsefaglige begreper (Thidemann, 2019, s. 87). Aasen (2019) skriver at MeSH er anbefalt som internasjonal standard for «tagging» av rapporter, systematiske oversikter og artikler. Svemed+ og Medline bruker MeSH som standardisert emneordsystem. Cinahl Headings brukes i databasen Cinahl. Hensikten med denne prosessen var å finne søkeord som databasene har integrert i sine systemer (Thidemann, 2019, s. 87).

I MeSH og Cinahl Headings ble det kartlagt engelske emneord. Søkene i emneordsystemene tok utgangspunkt i ord fra følgende kategorier i PICO: *Pasient/problem/populasjon* og *interesse*. Følgelig ble emneord fra disse kategoriene benyttet i selve litteratursøket. I søkene ble ordet «mestring» sett bort fra, selv om dette ordet er inkludert i kategorien *interesse*. Hensikten bak dette valget var å unngå å legge føringer i søkene. Elementet *mestring* er avgjørende for problemstillingen, men ved bruk i litteratursøket risikerer en å utelate viktige forskningsfunn. Hensikten med litteratursøket var ikke å finne frem til forskning som passet til en hypotese om at veiledning og kommunikasjon fører til opplevd mestring av sykdom, men hva forskningen faktisk sier om hvordan veiledning og kommunikasjon kan hjelpe pasienter til å mestre livet. Kategorien *kontekst* ble utelatt i litteratursøket, men ved valg av artikler ble *kontekst* inkludert som kriteria.

I litteratursøket ble valgte termer søkt på som både emneord og tekstord. Dette ble gjort fordi et systematisk søk skal inneholde mer enn emneord. Artikler i databaser er ikke alltid tilfredsstillende indeksert og søk på emneord alene er ikke alltid dekkende. For å unngå å gå

glipp av relevant litteratur er det anbefalt å søke på tekstord i tillegg til emneord (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015, s. 30). Emneordene og tekstordene ble søkt på alene og i kombinasjon med hverandre. Det er kategoriene i PICO som bestemmer ordkombinasjoner i litteratursøket (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015, s. 30). Emneord og tekstord som tilhørte samme kategori ble kombinert med «OR» og de forskjellige kategoriene ble deretter kombinert med «AND». Søkene i valgte databaser ble utført med engelske søkeord, fordi de fleste databaser er engelskspråklige og artikler som er skrevet på annet språk har ofte tittel og sammendrag på engelsk (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015, s. 30).

Tabell 2 presenterer oppgavens problemstilling inndelt i kategoriene fra PICO, samt emne- og tekstord som tilhører hver kategori. Kategorien «interesse» er delt inn i to underkategorier. Dette begrunnes med at ordene i de to underkategoriene peker på ulike interesseområder. Tabellen viser samtidig hvilke ord som ble kombinert med «OR» og «AND» i databasesøkene.

Tabell 2: PICO, søkeord og kombinasjoner av søkeord

Pasient/problem/ populasjon (P): Pasienter med diagnosen <u>bipolar lidelse</u> , innlagt i sykehus.	(Fenomen av) Interesse (I): <u>Veiledning og kommunikasjon</u> som <u>helsefremmende sykepleietiltak</u> utført av sykepleier. Opplevd mestring som følge av tiltak.		Kontekst (Co): På sykehus.
<p>MeSH-termer:</p> <p>Bipolar Disorder</p> <p>OR</p> <p>Manic Depressive</p> <p>Cinahl Headings:</p> <p>Bipolar Disorder</p>	<p>MeSH-termer:</p> <p>Guidance (tekstord)</p> <p>OR</p> <p>Counseling (tekstord)</p> <p>OR</p> <p>Communication</p> <p>Cinahl Headings:</p> <p>Guidance</p> <p>OR</p> <p>Counseling</p> <p>OR</p> <p>Communication</p>	<p>MeSH-termer:</p> <p>Nursing Care</p> <p>OR</p> <p>Nursing Intervention*</p> <p>OR</p> <p>Health Promotion</p> <p>OR</p> <p>Wellness</p> <p>Cinahl Headings:</p> <p>Nursing Care (tekstord)</p> <p>OR</p> <p>Nursing Intervention* (tekstord)</p> <p>OR</p> <p>Health Promotion</p> <p>OR</p> <p>Wellness</p>	

3.1.3 Søkehistorikk

En detaljert beskrivelse av litteratursøket er presentert i vedlegg 1. Søkene i de ulike databasene begynte med søk på emne- og tekstord fra PICO-tabellen. I tillegg gjennomførte jeg et søk i databasene der jeg kombinerte ordene «stay well» og «staying well» med «bipolar disorder». Dette ble gjort fordi det fremkom nye, relevante søkeord i en av artiklene jeg fant i et tidlig søk. Denne artikkelen omtaler *staying well concept*. Ved analyse av artikkelen ble det bestemt at et utvidet søk med de nevnte ordene kunne lede frem til annen relevant forskningslitteratur. Av interesse for konseptet og muligheten for å finne kunnskap som kunne belyse problemstillingen, ble søket dermed utvidet til også å inkludere disse ordene.

Blant artiklene som er inkludert i oppgaven ble noen av dem funnet i flere søk eller på tvers av databaser. Det kan tenkes at dette skyldes bruk av samme ordkombinasjoner i de ulike databasene og at flere av søkene inneholdt de samme emne- og tekstord. I tillegg er det sannsynlig at flere av databasene inneholder de samme tidsskriftene. Artiklene som ble funnet i flere søk eller på tvers av databaser er presentert i søkehistorikken (vedlegg 1).

3.1.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å tydeliggjøre søkene og avgrense mengden artikler, ble det definert inklusjons- og eksklusjonskriterier. Kriteriene gjør det enklere å finne frem til den kunnskapen som er relevant for problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 84). Valgte inklusjons- og eksklusjonskriterier er presentert i tabell 3.

Tabell 3: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - Mennesker diagnostisert med bipolar lidelse type 1 og type 2 - Utvalget/populasjonen må være > 18 år - Artikler skrevet på engelsk, norsk, svensk eller dansk - Kvalitative studier - Fagfellevurderte artikler: «Fagfellevurdering innebærer av en artikkel blir vurdert av minst to fagpersoner innen samme forskningsfelt før den blir akseptert for publisering» (Søk & Skriv, 2017) - Veiledning og kommunikasjon - Samhandling mellom sykepleier og pasient under sykehusbehandling 	<ul style="list-style-type: none"> - Mennesker som har hatt en enkeltstående manisk eller depressiv episode samt mennesker som har en depressiv lidelse - Mennesker med bipolar lidelse type 1 og 2 som ikke har gjennomgått behandling på sykehus - Mennesker med bipolar lidelse som bruker alkohol og/eller andre rusmidler

Fra tabell 3 kommer det frem at utvalget i forskningsartiklene måtte være over 18 år. Dette begrunnes med at snittalderen for første episode med mani eller depresjon som krever behandling på institusjon er 22 år (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2018, s. 368). Fra tabellen kommer det også frem at artikler som ikke var skrevet på skandinavisk eller engelsk språk ble ekskludert. Dette begrunnes med at det er en mulighet for å misforstå og feiltolke innholdet i fremmedspråklige artikler.

3.1.5 Kritisk vurdering av artikler

Underveis i litteratursøket og ved funn av artikler som ble antatt å være relevante for oppgaven, ble det gjennomført en kritisk vurdering av disse. Ser en på hva som ligger i begrepene *kritisk vurdering* og *kildekritikk*, er det tydelig at begrepene omfatter flere aspekter. Thidemann (2019) beskriver kritisk vurdering på følgende måte: «Hensikten med å foreta kritiske vurderinger er å bestemme relevans, styrke og begrensninger i den

informasjonen du samler inn» (Thidemann, 2019, s. 27). En er kildekritisk når det vurderes i hvilken grad forskningslitteraturen kan brukes til å belyse oppgavens problemstilling (Dalland, 2017, s. 158). Kildekritikk handler også om å vurdere artikkelens metodiske kvalitet, gyldighet, resultater og overførbarhet (Helsebiblioteket, u.d.).

Oppgavens inklusjons- og eksklusjonskriterier lå til grunn for å vurdere om artiklene kunne brukes til å belyse oppgavens forskningsspørsmål og problemstilling. Videre ble det brukt en sjekkliste fra Helsebiblioteket for å kritisk vurdere artiklene. Artiklenes studiedesign bestemte valg av sjekklister. Alle valgte artikler hadde en kvalitativ metodisk tilnærming og sjekklisten for kvalitative studier ble derfor valgt (Helsebiblioteket, 2016). Sjekklistene avslører artiklenes kvalitet og om de forskningsansvarlige har vurdert etiske forhold gjennom studiene. Utfylte sjekklister er presentert i vedlegg 2.

3.1.6 Analyse av inkluderte artikler

Det ble gjennomført en analyse av alle inkluderte artikler. Først ble artiklene lest flere ganger med den hensikt å forstå innholdet i artiklene. Videre ble det gjennomført en tematisk analyse. Oppgavens tema og problemstillingen lå til grunn for den tematiske analysen. For å identifisere temaene i studiene ble Thidemanns forslag til praktisk analysearbeid anvendt (Thidemann, 2019, s. 91-92). Ved identifisering av forskningsfunn som gikk igjen i artiklene og som problemstillingen etterspurte, ble dette innholdet fargekodet etter tema. Resultatet som representerte et tema ble fargekodet i samme farge på tvers av artiklene (Thidemann, 2019, s. 92). Etter at analysen var gjennomført, ble relevante funn satt inn i en matrise. Matrisen ble brukt som verktøy for å gi oversikt over innholdet i artiklene som belyste samme tema. Matrisen ble deretter brukt som hjelpemiddel til å sammenfatte resultatene. En syntese av resultatene er presentert i oppgavens kapittel 4.0.

Et viktig poeng er at analysen hadde til hensikt å identifisere innhold som var relevant for denne oppgaven. Resultatsyntesen i kapittel 4.0 presenterer derfor de funn som belyste problemstillingen og som kunne lede frem til et svar. Av den grunn ble informasjon og kunnskap fra artiklene som ikke var aktuelt for oppgaven ekskludert.

3.2 Metodekritikk: kritikk til litteraturstudium som metode

Gjennom det metodiske arbeidet ble det innhentet kunnskap fra forskningsartikler. Dette er originalartikler, også kalt primærkilder som introduserer forskning for første gang (Dalland, 2017, s. 162). Disse primærkildene har bidratt til å belyse problemstillingen med ny og oppdatert kunnskap. Forskningsartiklene har gitt informasjon om kunnskapshull og formidlet behovet for ytterligere forskning rundt temaet. Litteraturstudium som metode gjorde det også mulig å sammenstille kunnskap fra ulike forskningsprosjekter. Til tross for mange positive sider ved litteraturstudie som metode, kan metodedesignet gjøre det utfordrende å komme frem til et konkret svar på oppgavens problemstilling. En må ta utgangspunkt i andres forskningsresultater og er avhengig av at det foreligger forskning rundt temaet.

3.3 Kildekritikk: kritikk til kunnskapskilder

Oppgavens innledning og teorikapittel presenterer kunnskap fra fagbøker og fagartikler. Teorien tilførte oppgaven kunnskap relatert til problemstillingen og gjorde det mulig å vurdere forskningsfunn opp mot hva som allerede er kjent i faglitteraturen. Ved en teoretisk fremstilling av kunnskap er det viktig å være bevisst hvilke kilder som anvendes. Fagbøker kan være både primær- og sekundærkilder. En sekundærkilde kan være en kilde som gjengir informasjon som opprinnelige er publisert i et annet verk og av en annen forfatter (Søk & Skriv, 2019). Fagartikler regnes som sekundærkilder, da disse «(...) har til hensikt å gjøre gjeldende akseptert kunnskap kjent» (Lerdal, 2019). I denne oppgaven forsøkte jeg å bruke kunnskap fra primærkilder. I tilfellene der sekundærkilder refererte til opprinnelig verk og primærkildene var tilgjengelige, ble disse brukt. Likevel er det inkludert noe kunnskap fra sekundærlitteratur. Der sekundærlitteratur ble brukt, ble det i forkant undersøkt om kunnskapen var ny og om primærkilden hadde oppdatert kunnskapen (Dalland, 2017, s. 162).

3.4 Etske overveielser

De etiske overveielsene som ble tatt i løpet av det metodiske arbeidet tok utgangspunkt i forskningsetikken. Forskningsetikk handler om å ivareta personvern samt sikre at deltakere i forskningsprosjekter ikke påføres skade og unødig belastning (Dalland, 2017, s. 236).

Gjennom analyse og kritisk vurdering av artiklene ble det til å begynne med undersøkt om artikkelforfatterne formidlet informasjon om etiske overveielser. Deretter ble det vurdert om deltakernes personvern ble ivaretatt, om helse- og personopplysninger var anonymisert, om deltakerne var frivillig involvert og hadde gitt informert samtykke (vedlegg 2) (Dalland, 2017, s. 239-241). I tillegg til å sikre at valgte studier overholdt forskningsetiske prinsipper, var det gjennom hele oppgaven viktig å overholde akademiske normer for oppgaveskriving og kildehenvisning (Thidemann, 2019, s. 12). Oppgaven har fulgt reglene som gjelder for sitering og kildebruk, og litteraturlisten følger kravene i referansestilen APA 6th (Søk & Skriv, 2019).

4.0 Resultat

Fra litteratursøket ble seks artikler inkludert i oppgaven. En litteraturmatrise ble satt opp for å gi oversikt over hovedelementene i artiklene (Thidemann, 2019, s. 89). Litteraturmatrisen gir informasjon om artiklens forfatter(e), hensikt, metode, utvalg og hovedfunn (vedlegg 3). De inkluderte studiene hadde en kvalitativ metodisk tilnærming. Fem av seks studier samlet data fra mennesker som har diagnosen bipolar lidelse og viser til resultater fra et pasientperspektiv. Ett av studiene samlet data fra sykepleiere, og presenterer forskningsfunn fra et sykepleierperspektiv. Studiene ble gjennomført i ulike land: to av studiene i Nederland, ett på New Zealand, ett i Australia, ett i Canada og ett i Norge.

Den tematiske analysen som ble gjennomført viste at det var åtte tema som skilte seg ut i artiklene og som belyste oppgavens problemstilling. Resultatsyntesen er delt inn i kapitler etter tema.

4.1 Resultatsyntese

4.1.1 Feil fokus og mangel på erfaring og informasjon under veiledning

Resultatet fra flere av studiene indikerte at deltakerne ikke var tilfreds med innholdet i veiledning og opplæring de mottok gjennom sitt behandlingsforløp (Russell & Browne, 2005; Lankeren, Testerink, Daggenvoorde, Poslawsky & Goossens, 2019; Crowe & Inder, 2018). Resultatene viste også at pasientene ønsker veiledning der helsepersonell fokuserer på kunnskap om tidlige tegn på sykdomsepisode, symptomer, faktorer som kan trigge sykdom og strategier. I studien til Russell & Browne (2005, s. 191) kom det frem at helsepersonell har feil fokus under veiledning og opplæring av mennesker som har bipolar lidelse. Helsepersonell lærer pasientene til å kjenne igjen generelle tegn på bipolar lidelse som i realiteten er sene tegn på sykdom. I studien til Lankeren, et al. (2019, s. 43). rapporterte nesten alle deltakerne at de ikke fikk tilstrekkelig informasjon om sykdomsforløp og behandlingsmål.

Resultatet i studien til Russell & Browne (2005, s. 191) indikerte at mennesker med bipolar lidelse ønsker å lære om tidlige tegn på sykdom, hva som trigger sykdomsepisoder og

hvordan positive livsstilsendringer kan fremme helse og forebygge sykdom. Resultatet i studien til Crowe & Inder (2018, s. 242-243) støtter dette og viste at sykepleiere kan promotere de faktorene pasienter opplever som viktige bidragsyttere til å holde seg frisk. Resultatet viste også at sykepleieren kan sikre at pasienten får kunnskaper som bidrar til mestring (Crowe & Inder, 2018, s. 242-243).

Resultatet fra to av studiene presenterer spesifikke sykdomstriggere og tidlige tegn på sykdom (Russell & Browne, 2005; Suto et al., 2009). Resultatet i studien til Russell & Browne (2005, s. 190) viste at stress, søvnmangel, fatigue, jetlag, hormonelle svingninger, sesongskifte og festing er faktorer som kan trigge maniske og depressive episoder. Resultatet i studien til Suto et al. (2009, s. 79) indikerte at også søvnmangel og inntak av kaffe, sukker, alkohol og narkotiske stoffer kan trigge sykdom.

Resultatet i artikkelen til Russell & Browne (2005, s. 191) viste at små forandringer i søvn, humør, tanker og energinivå kan være tidlige tegn på sykdom. Resultatet sier også at mennesker med bipolar lidelse kan forebygge sykdom ved å være bevisst slike forandringer. I studien til Suto et al. (2009, s. 79) viste resultatet at symptomer og tidlige tegn på sykdom varierte mellom deltakerne. Resultatet viste ikke til spesifikke tegn slik som i studien til Russell & Browne (2005). I denne studien kom det frem at noen opplevde psykiske forandringer, og at andre opplevde forandringer i sitt aktivitetsnivå (Suto et al., 2009, s. 79).

4.1.2 Holdninger

Et par artikler pekte på helsepersonellens holdninger i samhandling med pasienter som har bipolar lidelse. Resultatet fra disse artiklene viste at et godt samarbeid mellom pasient og pleier forutsetter positive holdninger (Karlsson, 2006; Suto, Murray, Hale, Amari & Michalak, 2009). Resultatet fra studien til Karlsson (2006, s. 42) viste at intervjuobjektene opplevde å ikke bli respektert eller tatt på alvor av helsepersonell. Resultatet viste også at den bipolare pasient opplevde å bli behandlet på en skjematisk og prosedyreorientert måte. Pasientene opplever å bli satt i bås som en standardisert, manisk pasient. Resultatet i studien indikerte også at pasient og fagperson må stille som likeverdige deltakere (Karlsson, 2006, s. 43). Resultatet i studien til Suto et al. (2009, s. 81) viste at et godt forhold, bygget på respekt og

samarbeid var viktig for mennesker som lever med bipolar lidelse. Resultatet viste at et slikt forhold mellom helsepersonell og pasient, førte til at den med lidelsen valgte å kontakte helsepersonell ved behov for samtale og støtte. Deltakerne som hadde en god kontakt med helsepersonellet, anså dette som verdifullt. Denne kontakten var ønsket av de deltakerne som ikke hadde et forhold til helsepersonellet (Suto et al., 2009, s. 81).

4.1.3 Refleksjon og trygghet

Resultatet fra flere av studiene indikerte at opplevd trygghet fremmer helse og at sykepleier gjennom sine handlinger kunne bidra til å skape trygghet (Lankeren et al. 2019; Crowe & Inder, 2018). Resultatene viste også at refleksjon kunne bidra til trygghet og sikkerhet. Resultatet i studien til Lankeren et al. (2019, s. 43-44) viste at opplevd trygghet og sikkerhet i behandlingen fremmer helse. Det kommer frem i studien at gjennom måten sykepleieren kommuniserte på, samhandlet med pasientene og utførte sine oppgaver på, kunne bidra til at pasientene opplevde trygghet og sikkerhet. Deltakerne i studien satte pris på å reflektere over deres mentale tilstand sammen med sykepleier. Flere av deltakerne opplevde likevel at det ikke ble satt av tid til refleksjon. Disse deltakerne opplevde usikkerhet og at deres behandlingsmål forble uklare. Deltakerne fortalte at dette igjen påvirket deres progresjon i behandlingsforløpet negativt.

Studien til Lankeren et al. (2019, s. 44) sier at helsepersonell gjennom veiledning bør tilby pasientene muligheten til å reflektere over egne erfaringer og belastende hendelser. Resultatet i studien til Crowe & Inder (2018, s. 239) sier også at det er viktig å reflektere og snakke med pasienter om deres opplevelser med lidelsen, og at dette kan bidra til at pasientene lærer å identifisere tegn på sykdom og hva som trigger episoder med sykdom. Denne studien viste at deltakerne har en positiv effekt av å snakke med noen om eventuelle tanker og bekymringer, i stedet for å holde dette for seg selv.

4.1.4 Individuell tilpasset behandling og brukermedvirkning

Resultatet fra flere av studiene viste at individuell tilpasset behandling og utarbeidelse av en individuell plan bidrar til å holde mennesker med bipolar lidelse friske (Crowe & Inder, 2018; Russell & Browne, 2005; Suto, Murray, Hale, Amari & Michalak, 2009). Noen av studiene sier også at brukermedvirkning er avgjørende i en individuelt tilpasset behandling (Crowe & Inder, 2018; Russell & Browne, 2005; Karlsson, 2006).

Resultatet i studien til Crowe & Inder indikerte at individuell tilpasset behandling og en personsentrert sykepleiertilnærming bidro til å holde deltakerne friske (2018, s. 242). Resultatet viste også at deltakernes opplevelse med bipolar lidelse var heterogen: symptomer og erfaringer med lidelsen var unik og forskjellig for deltakerne (Crowe & Inder, 2018, s. 240, s. 242). Resultatet i studien til Russell & Browne (2005, s. 190) støtter de funn som er presentert i studien til Crowe & Inder. Resultatet viste også at utarbeidelse av en «stay well plan» (individuell plan) var av stor betydning for deltakerne. Planen bør ifølge deltakerne i studien inkludere hva som trigger sykdom, pasientens tidlige tegn på sykdom og strategier som kan bidra til å holde pasienten fri fra episoder med sykdom (Russell & Browne, 2005, s. 192). Studien til Suto et al. (2009, s. 80) presenterer også individuell plan i sine resultater. Resultatet beskriver en *Wellness Recovery Action Plan* (WRAP) som har til hensikt å veilede beslutninger. Planen er et verktøy som skal bidra til helsefremming. Resultatene til Suto et al. viste til lignende innhold i planen som beskrevet i studien til Russell & Browne (2005). I resultatet kommer det frem at den individuelle planen skal beskrive faktorer som trigger sykdom, stressfaktorer som truer velvære og god helse samt aktiviteter og strategier som fremmer helse. Planen skal også inkludere en liste over pålitelige kontaktpersoner som kan støtte personen med bipolar lidelse (Suto et al., 2009, s. 80).

I studien til Karlsson (2006, s. 42-43) viste resultatet at pasientens kunnskap settes til side og ikke blir anerkjent. Resultatet i studien viste også at fagpersoner må utvide sin fagkompetanse og lære av pasientens kunnskap, og at dette er avgjørende for å imøtekomme krav til brukermedvirkning. Resultatet i studien til Crowe & Inder viste også til betydningen av brukermedvirkning. Resultatet viste at det var viktig å identifisere hva

pasientene synes er viktig i behandlingen og ta hensyn til dette (Crowe & Inder, 2018, s. 241). Resultatet i studien til Russell & Browne (2005, s. 187) forteller at den individuelle planen skal være tilpasset den enkelte pasient og at dette lar pasienten medvirke i egen behandling (Russell & Browne, 2005, s. 187).

4.1.5 Livsstil og utarbeidelse av strategier

Resultatet fra flere studier indikerer at en rekke faktorer som bidrar til en sunn og god livsstil bør integreres i hverdagen til mennesker som har bipolar lidelse. Studiene hevder at disse faktorene er helsefremmende, bidrar til livsmestring og kan avverge episoder med mani og depresjon (Russell & Browne, 2005; Suto et al., 2009; Crowe & Inder, 2018).

Studien til Russell & Browne (2005, s. 191) og Crowe & Inder (2018, s. 241) antyder at tiltak som fremmer helse og mestring er trening, lavt alkoholinntak, sunn mat til faste måltider, hvile og stabilt søvnmønster. Resultatet i studien til Suto et al. (2009, s. 78-80) presenterer også disse tiltakene. I tillegg til nevnte tiltak, er også utendørsaktiviteter samt meditative og reflekterende øvelser inkludert som tiltak i denne studien. Turer i friluft, yoga, meditasjon, lesing, bønn og journalføring i dagbok ble trukket frem.

Resultatet i to av studiene viste at sosial kontakt og støtte fra andre mennesker var viktig i hverdagen for mennesker med bipolar lidelse. Studiene trakk frem at sosial kontakt og støtte fra familie og venner var helsefremmende. Det kom også frem i resultatet at det var viktig å ha et godt forhold til behandler og helsepersonell. Resultatet viste at deltakerne oppsøker helsevesenet for støtte og hjelp dersom man har en god relasjon (Russell & Browne, 2005, s. 191; Suto et al., 2009, s. 81).

Resultatet fra flere studier antydte at utarbeidelse av strategier kan forebygge sykdom og gir mestringsfølelse (Crowe & Inder, 2018; Suto et al., 2009; Russell & Browne, 2005). I studien til Crowe & Inder (2018, s. 241) kommer det frem at deltakerne utarbeidet strategier som de iverksatte i møte med faktorer som kan trigge sykdomsepisoder. Deltakerne opplevde å ha en aktiv rolle i håndteringen av lidelsen når de hadde slike strategier, og dette førte til opplevd mestring. Resultatet i studien til Suto et al. (2009, s. 79) viste til tilsvarende

resultater. Resultatet viste at det er viktig å overvåke eget stemningsleie og aktivitetsnivå. Ved forandringer i stemningsleie og aktivitetsnivå, viste studien at en bør besitte velfungerende strategier som forebygger en eventuell sykdomsutvikling. Noen av deltakerne formidlet at det er viktig å tilpasse aktiviteter og gjøremål for å unngå å bli overveldet. En strategi blant deltakerne var å fordele aktiviteter og oppgaver ut over uken, sikre alenetid uten planer og ved behov kansellere arrangementer. En annen strategi blant deltakerne var å unngå bruk av substanser som kan gi forandringer i stemningsleie og aktivitetsnivå. Blant deltakerne som bruker eksempelvis alkohol, kaffe og sukker, er nøye overvåking av forbruket viktig for å holde seg fri for sykdom (Suto et al., 2009, s. 79). Resultatet i studiene til Russell & Browne (2005, s. 192) og Suto et al. (2009, s. 81) viste at en trenger strategier for å håndtere stress, strategier som sikrer nok søvn og hvile og en handlingsplan som aktivt brukes ved tegn på sykdom eller i møte med faktorer som trigger sykdom. Resultatet i studien til Crowe & Inder (2018, s. 242) viste at en må ta hensyn til kroppslige, emosjonelle og sosiale signaler, samt overvåke svingninger i humøret.

4.1.6 Forståelse og aksept

Selvaksept og forståelse av eget unike sykdomsbilde er ifølge deltakerne i flere av studiene betydningsfullt. Ifølge deltakerne er denne aksepten og forståelsen viktig for å mestre både sykdom og hverdagen forøvrig (Russell & Browne, 2005; Suto et al., 2009; Crowe & Inder, 2018).

Resultatet i to av studiene viste at bred kunnskap om diagnosen var en forutsetning for å mestre livet med lidelsen (Russell & Browne, 2005, s. 190; Suto et al., 2009, s. 80-81). I studien til Crowe & Inder (2018, s. 239) viste resultatene at deltakerne satte pris på terapi der de utviklet en forståelse av ens unike sykdomsbilde med bipolar lidelse. Deltakerne rapporterte at de holdt seg fri for sykdom og opplevde mestring når de hadde opparbeidet seg en forståelse av sin egen opplevelse med sykdommen og ble kjent med seg selv. Det å lære hva som er og ikke er bipolar lidelse samt forstå hvordan ting påvirker en selv er også viktig (Crowe & Inder, 2018, s. 239).

Deltakerne i studien til Russell & Browne (2005, s. 190) viste at å akseptere lidelsen og de begrensninger som følger med fremmer helse. Resultatet i ytterligere to studier hadde tilsvarende funn (Suto et al., 2009, s. 76, s. 80; Crowe & Inder, 2018, s. 242).

4.1.7 Kommunikative tilnærminger

Resultatet i to studier indikerte at helsepersonell må ha ferdigheter til å praktisere kommunikasjonskompetanse i samhandling med pasienter som har diagnosen bipolar lidelse. Resultatet viste at sykepleieren må ha handlingskompetanse til å tilpasse måten en kommuniserer på. Deltakerne i studiene beskriver også hvordan en bør kommunisere verbalt og non-verbalt, både ved formidling av budskap og gjennom aktiv lytting (Lankeren et al., 2019; Daggenvoorde et al., 2015).

Sykepleierne som deltok i studien til Daggenvoorde et al. (2015, s. 190) sier at det er viktig å kommunisere med et språk som er tydelig og rolig i samhandling med personer som har bipolar lidelse. Denne kommunikative tilnærmingen støttes av deltakerne i studien til Lankeren et al. (2019, s. 41). I denne studien rapporterte flertallet av deltakerne at sykepleierne var flinke til å lytte oppmerksomt og kommuniserte med et språk som var pålitelig, tydelig og rolig. Deltakerne rapporterte at denne kommunikasjonen var viktig for dem. Resultatet i studien viste at også bruk av humor og motivasjon i samtalene var viktig. I samme studie kommer det frem at sinne var en følelse som regelmessig dukket opp blant deltakerne gjennom behandlingsforløpet, og at det i slike situasjoner er viktig at sykepleier snakker rolig og skaper et trygt miljø for pasienten (Lankeren et al., 2019, s. 42).

Resultatet i studien til Daggenvoorde et al. (2015, s. 190) viste at en må tilpasse sin kommunikative tilnærming etter pasientens behov. Ved noen anledninger vil det bety en kort prat, og ved andre anledninger vil det bety og ta tid til en lenger samtale i et stille rom. Å skreddersy kommunikasjonen til den enkelte pasient og hans eller hennes spesifikke symptomer rapporteres å være et godt utgangspunkt for et bra samarbeid mellom pasient og sykepleier (Daggenvoorde et al., 2015, s. 190).

4.1.8 Støttende kommunikasjon

Resultatet fra to studier rapporterte at støttende kommunikasjon er betydningsfullt i utøvelse av sykepleie til mennesker med bipolar lidelse. Resultatet viste at sykepleiere og pasienter som har erfaring med støttende kommunikasjon, betrakter dette som viktig for et godt samarbeid (Daggenvoorde et al., 2015; Lankeren et al., 2019).

Resultatene i studien til Daggenvoorde et al. (2015, s. 190) viste at støttende kommunikasjon er et viktig sykepleietiltak til denne pasientgruppen. Studien peker at på støttende kommunikasjon kan gjøres en-til-en med pasienten, enten i et planlagt møte eller under aktiviteter som gjøres sammen. Sykepleierne i studien mente at en skal anerkjenne pasientens nåværende følelser og ønsker, snakke med pasienten om hvordan ting går og åpne opp for samtale om bekymringer pasientene måtte ha. I studien til Lankeren et al. (2019, s. 42) rapporterte deltakerne at det var betryggende når sykepleieren var oppsøkende, viste tilstedeværelse, tok jevnlig kontakt, fremstod rolig og lagde avtaler med pasienten. Sykepleierne i studien til Daggenvoorde et al. (2015, s. 190) rapporterte at det var viktig å være tilstede, være tilgjengelig og å ta initiativ til samtale. Deltakerne i Lankeren et al. (2019, s. 41) satte pris på når sykepleieren oppsøkte dem med en personlig tilnærming og pratet med dem om interesser og hverdagslige tema.

5.0 Diskusjon/drøfting

5.1 Resultatdiskusjon

5.1.1 Hvordan veiledning kan hjelpe pasienter til å mestre livet etter innleggelse

Resultatet fra litteraturstudien viser at sykepleieren gjennom veiledning kan legge til rette for at mennesker med bipolar lidelse mestrer livet etter innleggelse i sykehus. Resultatet i studien til Russell & Browne (2005, s. 191) og Crowe & Inder (2018, s. 242-243) indikerer at en i veiledningen må drive opplæring der pasienten får kunnskap om hva som kan utløse episoder med sykdom, tidlige tegn og symptomer som kan identifiseres, samt livsstilsendringer og strategier som kan bidra til at en holder seg frisk. Fra egen praksisperiode ved psykiatrisk institusjon tilbrakte jeg tid sammen med mennesker som har bipolar lidelse. Ved spørsmål om hva som tilbys av veiledning til denne pasientgruppen, svarte min praksisveileder at det gjennomføres et utreisemøte der det informeres om administrasjon av medikamenter og hvem pasienten kan kontakte i helsevesenet. Pasientene jeg var i kontakt med formidlet at de hadde kunnskap om diagnosen, men ikke kjente til faktorer som kunne utløse sykdom eller strategier som holdt dem friske. De fleste pasientene jeg snakket med forklarte at de hadde vært innlagt på avdelingen flere ganger. Det kan derfor tenkes at et opplærings- og veiledningsopplegg som Russell & Browne (2005, s. 191) og Crowe & Inder (2018, s. 242-243) viser til er av betydning for om pasienter med bipolar lidelse mestrer livet etter innleggelse. Morken (2012) og Hummelvoll (2018) støtter de funn som er gjort av Russell & Browne (2005, s. 191) og Crowe & Inder (2018, s. 242-243). Både Morken (2012, s. 307-309) og Hummelvoll (2018, s. 439) hevder at et veiledningsopplegg bør hjelpe pasienter til å oppdage tidlige tegn på sykdom, få kunnskap om lidelsen og livsstilsendringer som kan bidra til å holde sykdommen på avstand.

Både forskningsresultatene til Russell & Browne (2005, s. 191) og Crowe & Inder (2018, s. 242-243) samt teorien til Morken (2012, s. 307-309) og Hummelvoll (2018, s. 439) hevder at et veiledningsopplegg med fokus på opplæring kan bidra til at mennesker med bipolar lidelse mestrer livet etter innleggelse. På den annen side er Morken (2012, s. 314) kritisk til et veiledningsopplegg med fokus på opplæring. Morken (2012, s. 314) peker på at kognitive

forandringer som følge av lidelsen kan gjøre det utfordrende å drive veiledning til denne pasientgruppen under maniske eller depressiv episode. Andreassen & Sundet (2012, s. 253) hevder at pasientene også kan ha kognitive vansker når stemningsleiet er stabilt. Hummelvoll (2018) støtter Morken (2012) og Andreassen & Sundet (2012) og problematiserer veiledning til denne pasientgruppen med tilsvarende argument. Morken (2012) hevder at opplæring bør gjennomføres når pasienten er på sitt friskeste, og at de sykeste pasientene vil ha lav nytteverdi av veiledning med fokus på opplæring (s. 314). Samtidig viser resultatet i studien til Russell & Browne (2005, s. 191) og Crowe & Inder (2018, s. 242-243) at pasienter hadde nytte av veiledning med fokus på opplæring og at de opplevde at dette bidro til mestring i hverdagen. Det kan tenkes at nytteverdien av veiledning og opplæring er stor når pasientene er på sitt friskeste, og kanskje enda større om kunnskap og informasjon samtidig formidles i form av bøker og brosjyrer. Det kan også tenkes at en individuell plan med viktig informasjon tilpasset den enkelte kan hjelpe pasienter til å mestre livet.

Resultatet fra litteraturstudien viste at sykepleieren sammen med pasienten bør utarbeide en individuell plan. Resultatet i tre av studiene indikerte at utarbeidelse av en individuell plan der pasienten medvirker kan forebygge episoder med sykdom og føre til mestring (Russell & Browne, 2005, s. 190; Suto et al., 2009, s. 80; Crowe & Inder, 2018, 242). Basert på studiens resultat, hevder Russell & Browne (2005, s. 190) at planen bør være tilpasset den enkelte pasient. Studiene til Russell & Browne (2005, s. 192) og Suto et al. (2009, s. 80) presenterte de elementer som ifølge resultatet bør ta del i den individuelle planen: faktorer som trigger sykdom, stressfaktorer som truer god helse, aktiviteter og strategier som fremmer helse, samt en liste over kontaktpersoner som kan bidra med støtte. Det kan tenkes at en individuell plan er viktig for pasienter etter innleggelse i sykehus og at denne kan utarbeides i et veiledningsopplegg sammen med sykepleier før utskrivelse. Sammenligner man de elementer forskningen trekker frem som viktig innhold i den individuelle planen og hva forskningen til Russell & Browne (2005, s. 192) og Suto et al. (2009, s. 80) samt teorien til Morken (2012, s. 307-309) og Hummelvoll (2018, s. 439) hevder at bør ta del i veiledningsopplegget, kan det se ut til at innholdet er tilnærmet likt.

Resultater i tre studier indikerer at en individuell tilpasset behandling som tillater pasienten å medvirke fremmer helse og forebygger sykdom (Russell & Browne, 2005, s. 190; Suto et al., 2009, s. 80; Crowe & Inder, 2018, s. 242). Basert på resultater i studien til Karlsson (2006, s. 43), forklarer forskeren at sykepleierne må imøtekomme kravet om brukermedvirkning. Når pasienter får muligheten til å medvirke i egen behandling bidrar det til å tilpasse behandlingen til det enkelte individ. Resultatet i studien til Crowe & Inder (2018, s. 242) viste også at sykepleieren bør ha en personsentrert tilnærming i pasientkontakten. Det kan tenkes at sykepleieren bør legge til rette for at pasienten får medvirke i behandlingen og får bestemme hva som skal inkluderes i et veiledningsopplegg. Der resultatet i studiene til Russell & Browne (2005, s. 190), Suto et al. (2009, s. 80), Crowe & Inder (2018, s. 242) og Karlsson (2006, s. 43) viste at pasienten skal ha en aktiv rolle i egen behandling, stiller Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanningen krav om dette (Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning, 2019, §9). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere hevder også sykepleieren skal legge til rette for brukermedvirkning i praksis (Norsk sykepleierforbund, u.d.).

5.1.2 Innholdet i et veiledningsopplegg: pasientkunnskap til bruk i veiledning

Resultater fra litteraturstudiet viste at mennesker med bipolar lidelse anvendte mange av de samme mestringsstrategier for å møte utfordringer og ta kontroll over beslutninger relatert til lidelsen (Russell & Browne, 2005, s. 191; Suto et al., 2009, s. 78-80; Crowe & Inder, 2018, s. 241). Resultatet viste også at en rekke faktorer kunne trigge sykdom og at disse var felles for flertallet av menneskene med bipolar lidelse som deltok i studiene. Nutbeam (1998, s. 6) hevder at opplevelse av mestring og bevisstgjøring av egne ressurser er viktig for å holde seg frisk. Det kan tenkes at pasienters opplevelse av mestring blir påvirket av den relasjonelle dimensjonen som er mellom han og sykepleier. Sagt med andre ord kan det tenkes at kommunikasjon og veiledning med deling av kunnskap gir mennesker med bipolar lidelse økt kontroll til å styrke egen helsesituasjon. Morken (2012, s. 307-309) og Hummelvoll (2018, s. 439) hevder at sykepleieren i samhandling med mennesker som har bipolar lidelse skal gi veiledning som fører til deling av kunnskap og mestring i livet. I resultatet i studiene til Russell & Browne (2005, s. 190) og Crowe & Inder (2018, s. 239) er dette også indikert. Det

er derfor grunn til å påstå at sykepleieren bør lære av pasienters erfaringer med lidelsen, og at hun bruker denne kunnskapen i praksis og veiledning til denne pasientgruppen.

I veiledningen til pasienter med bipolar lidelse kan sykepleieren ifølge resultatet i studien til Russell & Browne (2005, s. 190) og Suto et al. (2009, s. 79) informere om at mangel på søvn og hvile samt situasjoner som leder til stress kan trigge depressive og maniske episoder. I studien til Suto et al. (2009, s. 79) er det også indikert at inntak av koffein, sukker og alkoholholdig drikke kan trigge sykdom. Selv om resultatet i studiene viser til erfaringer fra mennesker med diagnosen, kan det tenkes at sykepleieren må unngå å fremstå kommanderende i formidlingen av denne informasjonen, og heller komme med anbefalinger. Fra egen praksis ved psykiatrisk institusjon erfarte jeg at flere pasienter med bipolar lidelse drakk kaffe og spiste mat som inneholdt mye sukker. Eneste regel ved institusjonen var at en ikke skulle drikke kaffe etter klokken syv på kvelden med den hensikt å unngå forstyrrelser i nattesøvnen. En kan derfor tenke at sykepleieren heller kommer med en anbefaling til pasienter og informere om at en ved inntak av substanser som kan trigge sykdom bør overvåke mengden. Deltakerne i studien til Suto et al. (2009, s. 79) informerte om at denne overvåkingen bidro til at de holdt seg friske.

Ifølge resultatet i studien til Russell & Browne (2005, s. 191) kan sykepleieren i et veiledningsopplegg informere pasienten om at forandringer i stemningsleie og søvn kan være tidlige tegn på sykdomsutvikling. Resultatet i studien til Suto et al. (2009, s. 79) viste at forandringer i psyken og aktivitetsnivå kunne være tegn på sykdom. Med bakgrunn i disse resultater kan det tenkes at sykepleieren bør informere pasienten om å overvåke forandringer i tanker, humør, energi- og aktivitetsnivå. Basert på de funn som ble gjort i studien til Russell & Browne (2005, s. 191) og Suto et al. (2009, s. 79) bør sykepleieren informere om strategier som fremmer helse og mestring. Resultatet i disse studiene viste at å holde en rolig livsstil var viktig for å mestre hverdagen. Ifølge resultatet til Russell & Browne (2005, s. 192) og Suto et al. (2009, s. 81) bør den bipolare sikre nok søvn, være utstyrt med en handlingsplan som følges i møte med utfordrende situasjoner, ha sosial kontakt med mennesker som gir støtte, samt ha et godt forhold til helsevesenet. Resultatet i studien til Russell & Browne (2005, s. 191) og Crowe & Inder (2018, s. 241) viste at mennesker med bipolar lidelse også bør holde seg fysisk aktive og spise sunn mat til faste

måltider. Resultatet i studien til Suto et al. (2009, s. 78-80) støtter disse strategiene og livsstilsendringene, men viste at også utendørsaktiviteter, meditative- og reflekterende øvelser kan fremme helse. Resultatet i forskningen støttes av Nasjonalt folkehelseinstitutt (2009) og Rådet for psykisk helse (2019) som hevder at denne pasientgruppen bør følge samme råd og strategier som er vist i forskningsresultatet. På den annen side indikerte funn i studien til Crowe & Inder (2018, s. 240, s. 242) at opplevelsen med bipolar lidelse er heterogen og at ens symptomer og erfaringer kan være forskjellig. Sykepleieren bør derfor være kritisk og forsiktig med å informere om hvilke symptomer og faktorer som trigger sykdom som er «riktig», men heller vise til hva pasienten kan oppleve. Basert på forskningsresultatet er det grunn til å tro at de nevnte helsefremmende faktorer og mestringsstrategier bør formidles i veiledning (Suto et al., 2005, s. 78-81; Russell & Browne, 2005, s. 191-192; Crowe & Inder, 2018, s. 241). Samtidig kan det tenkes at sykepleieren bør tenke på lidelsens heterogenitet og tilpasse veiledning til det enkelte individ, og at hun gjennom refleksjon kan lære pasienten å kjenne igjen sine unike sider ved lidelsen. Resultatet i studien til Lankeren et al. (2019, s. 44) og Crowe & Inder (2018, s. 239) indikerte at det er viktig at en sammen med pasienten reflekterer og at dette kan bidra til at pasienten blir kjent med sin unike lidelse og dens symptomer, samt hva denne personen opplever at trigger sykdom.

5.1.3 Den relasjonelle dimensjon

Karlsson (2006, s. 43) forklarer i sin studie at sykepleier og pasient må stille som likeverdige deltakere i samarbeidet seg imellom. Resultatet i studien til Suto et al. (2009, s. 81) viste at deltakerne opplevde det verdifullt å ha et godt forhold til sykepleier basert på gjensidig respekt og samarbeid. Denne studien indikerte også at en god relasjon kan føre til at mennesker med bipolar lidelse ønsker å kontakte sykepleier ved behov for hjelp og støtte. Sett i lys at Joyce Travelbee sin teori (2001, s. 31), kan det tenkes at en god relasjon mellom sykepleier og pasient er avgjørende for et velfungerende samarbeid og en vellykket veiledning. Travelbee (2001, s. 31) hevder selv at en god relasjon styrker pasientens håp og mestringsprosesser. Det kan selvsagt reises innvendinger til denne påstanden. Det kan tenkes at ikke relasjonen til sykepleier alene styrker pasientens mestringsprosesser, men at også andre faktorer, eksempelvis relasjonen til behandlinger eller andre mennesker er av

stor betydning. Likevel er det grunn til å påstå at relasjonen mellom pasient og sykepleier er betydningsfull. En kan tenke seg at dette er tilfellet da sykepleieren ofte er den yrkesutøveren som tilbringer mest tid sammen med pasienten.

Resultater fra studien til Daggenvoorde et al. (2015, s. 190) og Lankeren et al. (2019, s. 42) indikerte at støttende kommunikasjon er viktig for et godt samarbeid mellom pasient og pleier. Sett i lys at teorien til Joyce Travelbee, kan sykepleieren gjennom støttende kommunikasjon bygge en god relasjon med pasienten (2001, s. 31). Travelbee (2001, s. 31) hevder at kommunikasjon er et av sykepleierens viktigste redskaper når det gjelder å bygge en god relasjon, og at en ved bruk av kommunikasjon hjelper pasienter til å mestre livet med lidelsen. Det kan tenkes at en sykepleiers kommunikasjonsferdigheter er en forutsetning for en god relasjon. Fra egen praksis ved psykiatrisk institusjon fikk jeg erfare hvor viktig det var med kommunikasjon. Jeg tilbrakte mye tid sammen med én pasient og opplevde av dedikerte samtaler og bruk av tilpasset kommunikasjon skapte en relasjon oss imellom. Resultatet av denne relasjonen var at pasienten søkte støtte og hjelp hos meg. Eide & Eide (2007, s. 20) snakker spesifikt om en *profesjonell, hjelpende kommunikasjon*. Denne kommunikasjonsformen skal være problemløsende, støttende og hjelpende samt ha et helsefaglig formål (Eide & Eide, 2007, s. 18). Forfatterne støtter forskningsresultatet til Daggenvoorde et al. (2015, s. 190) og Lankeren et al. (2019, s. 42) og hevder at en hjelpende kommunikasjon forutsetter at det skapes en god relasjon hvor begge parter stiller som likeverdige (Eide & Eide, 2007, s. 21). Hummelvoll (2018, s. 206-207, s. 339) er også enig i hva som er vist i denne forskningen og hevder at målet med hjelpende kommunikasjon er å etablere en allianse som fører til et samarbeid.

Resultater fra litteraturstudien viser at støttende kommunikasjon var viktig for deltakerne (Daggenvoorde et al., 2015, s. 190; Lankeren et al., 2019, s. 42). Det kan tenkes at sykepleieren kan bruke støttende kommunikasjon i samhandling og veiledning til denne pasientgruppen, og at dette bidrar til at det skapes en god relasjon mellom partene. Ifølge resultatet i studien til Daggenvoorde et al. (2015, s. 190) og Lankeren et al. (2019, s. 42) bør sykepleieren være oppsøkende, vise tilstedeværelse, være tilgjengelig og ta initiativ til samtale. I resultatet til Lankeren et al. (2019, s. 41) kommer det også frem at sykepleieren bør ha en personlig tilnærming og ta initiativ til samtale om interesser og hverdagslige tema.

Sykepleierne som deltok i studien til Daggenvoorde et al. (2015, s. 190) forklarer en skal anerkjenne pasientens nåværende følelser og ønsker, snakke med dem om hvordan de har det samt åpne opp for samtale om bekymringer. Med bakgrunn i teorien til Joyce Travelbee kan en tolke støttende kommunikasjon som et virkemiddel sykepleieren bruker til å skape en relasjon og til å gi hjelp (Travelbee, 2001, s. 137). Travelbee hevder at kommunikasjonen kan ha stor innvirkning på den mellommenneskelige nærheten i sykepleiesituasjoner (2001, s. 137). Resultatet i forskningen til Daggenvoorde et al. (2015, s. 190) og Lankeren et al. (2019, s. 41-42) får støtte i litteraturen til Eide & Eide (2007, s. 21) som hevder at en skal møte pasientens behov, forholde seg åpent til vanskelige følelser og samarbeide om å finne frem til gode beslutninger og løsninger. Hummelvoll gir også støtte til forskningsresultatet og hevder at sykepleieren skal vise interesse i pasientens liv, forstå at situasjonen er vanskelig, sette av tid sammen med pasienten, gi omsorg og oppmerksomhet. Sykepleieren skal tåle følelsesmessige reaksjoner og hjelpe pasienten til å kjenne igjen og uttrykke følelser (Hummelvoll, 2018, s. 239, s. 206-207).

5.1.4 Kommunikasjon

Resultater i litteraturstudiet viste at sykepleieren må besitte kommunikative ferdigheter og bruke ulike tilnærminger i kommunikasjonen til mennesker med bipolar lidelse (Lankeren et al., 2019, s. 41-42; Daggenvoorde et al., 2015, s. 190). Resultatet i disse studiene indikerte at sykepleieren må være flink til å lytte og kommunisere med en tydelig og rolig stemme, samt forsøke å skape et trygt miljø. Det kan tenkes at dette skyldes at sykepleieren ikke skal påvirke stemningsleie til den maniske eller depressive ytterligere, og at en gjennom en rolig og tydelig kommunikasjon sikrer at informasjonen som formidles oppfattes riktig av den bipolare. Fra egen praksis ved psykiatrisk institusjon opplevde jeg hvor enkelte ved var å bli påvirket av pasientens stemningsleie. Jeg opplevde det spesielt krevende å holde et normalt stemningsleie i utøvelse av sykepleie til den maniske pasient. Jeg erfarte at det var lett for at både volumet i stemmen og tempoet i talen økte i samtale med den maniske og at dette påvirket den maniske til å øke sitt eget stemmевolum og taletempo ytterligere. Med bakgrunn i egne erfaringer kan det tenkes at sykepleieren må ha kompetanse til å bruke ulike kommunikasjonstilnærminger i møte med mennesker som har bipolar lidelse. Ifølge Hummelvoll (2018, s. 239) skal sykepleieren unngå å bli påvirket av pasientens varierende

humør og heller hjelpe pasienten til å stabilisere det. Hummelvoll (2018) støtter de forskningsfunn som ble gjort at Lankeren et al. (2019, s. 41-42) og Daggenvoorde et al. (2015, s. 190). Hummelvoll (2018, s. 235) hevder at sykepleieren skal kommunisere med en rolig stemme i dialog med den maniske pasient, tale med korte og enkelte setninger og holde seg til ett tema av gangen. Det er mye i den kommunikative tilnærmingen til maniske pasienter som også er anbefalt i samtale med pasienter som gjennomgår en depressiv episode. Ifølge Hummelvoll bør sykepleieren også her fremstå rolig, unngå bruk av lange setninger og stille ett spørsmål av gangen (Hummelvoll, 2018, s. 206-207).

Da Morken (2012, s. 314) hevder at veiledning og opplæring bør gjennomføres når pasienten er på sitt friskeste, er det grunn til å påstå at et veiledningsopplegg holdes rett i forkant av utskrivelse fra sykehus. De kommunikative tilnærmingene som er vist i resultatet til Lankeren et al. (2019, s. 41-42) og Daggenvoorde et al. (2015, s. 190) og som fremkommer i teorien til Hummelvoll (2018, s. 206-207, s. 235) er anbefalt når pasienten er syk. Dersom veiledning gjennomføres når pasientens stemningsleie er stabilt, kan det tenkes at de anbefalte kommunikative tilnærmingene ikke er relevant. Samtidig kan det tenkes at de kommunikative tilnærmingene er riktig å bruke når sykepleier skal sikre at pasienten forstår budskapet korrekt. Eide & Eide (2007, s. 21) sier at profesjonell, hjelpende kommunikasjon er å gi informasjon på en klar og tydelig måte, uavhengig av pasientens lidelse. Det kan også tenkes at bruk av de kommunikative tilnærmingene når pasienten er syk, fører til at det finnes en god relasjon mellom partene når det er aktuelt å gjennomføre veiledning, og at denne relasjonen bidrar til et vellykket veiledningsopplegg.

5.2 Metodediskusjon

5.2.1 Diskusjon: resultatets validitet

Validitet handler om i hvilken grad resultatene i en studie er gyldige. Det handler blant annet om resultatene er relevant for utvalget (Dalland, 2018, s. 40). Da problemstillingen i denne oppgaven retter seg mot mennesker med bipolar lidelse type 1 og type 2, er det viktig å vurdere om resultatene i forskningslitteraturen gjelder for hele målgruppen. En kan derfor spørre seg om de funn som er gjort gjennom denne litteraturstudien er relevant for målgruppen. Studiene til Russell & Browne (2005) og Crowe & Inder (2018) undersøkte hvordan mennesker med bipolar lidelse holdt seg friske (vedlegg 3). Resultatet i studien til Russell & Browne (2005) var basert på mennesker med bipolar lidelse som hadde vært fri for sykdom i to år ved undersøkelsestidspunktet (vedlegg 3). Dette kan tyde på at resultatene representerer en liten del av målgruppen. Dette kan bety at resultatene ville vært annerledes dersom studiene også rekrutterte mennesker som ikke mestret livet etter innleggelse på sykehus. Samtidig er det grunn til å tro at de resultater som er presentert i denne oppgaven kan ha nytteverdi for sykepleiere som jobber med mennesker som har bipolar lidelse. Det kan tenkes at pasienterfaringene til de som har holdt seg fri for sykdom, kan hjelpe de menneskene som har vansker med å mestre livet. Det er grunn til å tro at sykepleierne kan bruke resultatet i veiledning med den hensikt å hjelpe andre til å mestre livet etter innleggelse. Jeg vil anbefale at det forskes mer rundt temaet og gjennomføres studier hvor utvalget representerer hele målgruppen.

5.2.2 Diskusjon: egen metodisk tilnærming

Strømme (2019) skriver at «fordelen med å begrense søkerresultater må alltid veies opp mot risikoen for å miste relevante artikler» (s. 27). Gjennom valgte emne- og tekstord og kombinasjoner av disse ble søkerresultatet mitt avgrenset (tabell 2). Hensikten bak valget var å finne frem til forskningsartikler som belyste oppgavens problemstilling. Gjennom databasesøk opplevde jeg å finne relevante studier, men det kan tenkes at jeg hadde funnet frem til annen relevant forskning dersom færre ord hadde vært tillagt søkene. I databasesøkene valgte jeg også å kombinere de to underkategoriene fra kategorien «interesse» i PICO med «AND» i stede for «OR» (tabell 2). Dette kan bety at søket ble snevret

inn og at relevante artikler ble mistet. Dette kan tyde på at det hadde vært bedre om jeg kombinerte underkategoriene med «OR» i databasesøkene.

Valgte inklusjons- og eksklusjonskriterier begrenset søkeresultatene i databasene. Jeg valgte å ikke ha et kriterium om dato for gjennomført studie i databasesøkene, men tok høyde for dette gjennom den kritiske vurderingen av artiklene. Etter gjennomført databasesøk ble det valgt ut seks artikler, der noen kan betraktes som eldre. I kunnskapsbasert praksis er en ute etter den beste kunnskapen og det kan tenkes at nyere studier er mest relevant for å svare på problemstillingen. Samtidig bør en vurdere om det nyeste egentlig er best og av høyeste kvalitet (Strømme, 2019, s. 27). Gjennom dette litteraturstudie lå fokuset på forskning av nyere dato, men litteratursøket førte til at også eldre artikler ble inkludert. På tross av lang tid siden publiseringsdato, vurderte jeg de eldre artiklene som relevante for å belyse problemstillingen. Resultater fra de eldre artiklene (Russell & Browne, 2005; Karlsson, 2006; Suto et al, 2009) viste seg å få støtte i resultater fra studiene av nyere dato (Daggenvoorde et al, 2015; Crowe & Inder, 2018; Lankeren et al, 2019). Resultatet fra de eldre artiklene ble derfor vurdert å være gyldige.

En svakhet ved dette litteraturstudie kan være at jeg ikke valgte å gjennomføre søk i databasen PsycINFO. Dette er en database som blant annet dekker forskning i psykologi, samt psykologiske sider fra psykiatri- og sykepleiefaget (Thidemann, 2019, s. 85). Dette kan tyde på at jeg har gått glipp av relevant forskning som kunne belyst oppgavens problemstilling.

En annen svakhet ved min oppgave kan være at noen av studiene som ble inkludert hadde et lite utvalg (vedlegg 3). En kan derfor spekulere i om resultatet kan overføres til alle i befolkningen som har bipolar lidelse type 1 og type 2. På den annen side var jeg ute etter å finne kvalitativ forskning som går i dybden og viser erfaringer og meninger (Dalland, 2017, s. 52-53; Thidemann, 2019, s. 78). Det er grunn til å tro at denne typen forskning ville vært vanskelig å finne dersom studier med mindre utvalg ble ekskludert.

Studiene som er inkludert i denne oppgaven ble gjennomført i fem forskjellige land (vedlegg 3). Det kan tenkes at landene har ulikt helsevesen og at behandlingen som tilbys mennesker

med bipolar lidelse er forskjellig. Det kan også tenkes at sykepleierens arbeidsoppgaver i Norge, eksempelvis veiledning til pasienter, ikke er vanlig praksis i utlandet. Dersom helsevesenet i utlandet er forskjellige fra det norske, kan det også tenkes at pasienters erfaringer med veiledning og lidelsen er forskjellig. Dette kan være en svakhet ved studien som kan ha påvirket resultatets validitet.

6.0 Konklusjon

Resultater i denne oppgaven viser at sykepleieren gjennom veiledning og kommunikasjon kan hjelpe pasienter med bipolar lidelse til å mestre livet etter innleggelse i sykehus. Gjennom bruk av kommunikative ferdigheter kan sykepleieren skape en god relasjon til pasienten, som kan føre til opplevelse av trygghet for pasienten under innleggelse. En god relasjon og et forhold som er bygget på respekt mellom sykepleier og pasient legger et godt grunnlag for at et veiledningsopplegg blir vellykket. Sykepleieren bør legge til rette for et veiledningsopplegg som er personsentrert og individuelt tilpasset, og der pasientens stemme blir hørt. Sykepleieren kan i veiledningen gi viktig informasjon som kan bidra til at pasienten mestrer livet og utfordringer relatert til lidelsen. Resultater i denne oppgaven viser til en rekke pasienterfaringer som sykepleieren kan bruke i praksis og veiledning. Hun bør informere om livsstilsendringer, mestringsstrategier og faktorer som kan være av betydning for god helse. I veiledning er det avgjørende at sykepleieren er bevisst muligheten for at pasienten opplever kognitive forstyrrelser, og at hun sikrer at informasjon formidles på en måte som er forståelig. Gjennom refleksjon kan sykepleier og pasient bli kjent med de utfordringer som pasienten opplever med lidelsen. I veiledningen bør sykepleieren motivere til utarbeidelse av en individuell plan der pasienten får medvirke. Gjennom kommunikasjon og i et veiledningsopplegg må sykepleieren vise at hun stiller opp for pasienten og få frem at pasienten kan søke støtte og hjelp hos henne ved behov.

7.0 Litteraturliste

Aasen, S. E. (2019, 4. juni). Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>

Andreassen, O. A., & Sundet, K. (2012). Kognitive funksjoner ved bipolare lidelser. I Haver, B., Ødegaard, K. J., & Fasmer, O. B. (Red), *Bipolare lidelser*. (s. 253-264). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Crowe, M., & Inder, M. (2018). Staying well with bipolar disorder: A qualitative analysis of five-year follow-up interviews with young people. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 25(4), 236-244. <https://doi.org/10.1111/jpm.12455>

Daggenvoorde, T., Geerling, B., & Goossens, P. J. (2015). A qualitative study of nursing care for hospitalized patients with acute mania. *Archives of psychiatric nursing*, 29(3), 186-191. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.02.003>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning (FOR-2019-03-15-412). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>

Helsebiblioteket. (2018, 8. juni). Bipolar lidelse: Hva er det? Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/psykisk-helse/bipolar-lidelse-hva-er-det>

Helsebiblioteket. (u.d.). Kunnskapsbasert praksis: 3. Litteratursøk. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok>

Helsebiblioteket. (u.d.). Kunnskapsbasert praksis: 4. Kritisk vurdering. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering>

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). Kunnskapsbasert praksis: 4. Kritisk vurdering: Sjekklistene.

Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistene>

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkvis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse.*

(7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Høgskulen på Vestlandet. (2012). Retningslinjer om forskningsetikk i bacheloroppgaver.

Hentet fra <http://www.hib.no/siteassets/dokumenter-regelverk/forskningsetikk-bacheloroppgave.pdf>

Karlsson, B. (2006). Jeg kjenner det bruser i meg – pasientkunnskap om mani som fenomen og lidelse. *Vård i Norden*, 26(3), 39-43.

<https://doi.org/10.1177/010740830602600309>

Lankeren, J. E. v., Testerink, A. E., Daggenvoorde, T. H., Poslawsky, I. E., & Goossens, P. J. J.

(2019). Patient experiences with nursing care during hospitalization on a closed ward due to a manic episode: A qualitative study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(1), 37-45. <https://doi.org/10.1111/ppc.12370>

Lerdal, A. (2012). Forskningsartikkel eller fagartikkel?. *Sykepleien*, 100(2), 72-73.

<https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2012.0018>

Morken, G. (2012). Psykoedukasjon og annen psykoterapi ved bipolar lidelse. I Haver, B.,

Ødegaard, K. J., & Fasmer, O. B. (Red), *Bipolare lidelser.* (s. 301-316). Bergen:

Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2009, oktober). Livet med bipolar lidelse. Erfaringer fra mennesker med diagnosen. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/livet-med-bipolar-lidelse.-erfaringer-fra-mennesker-med-diagnosen-.pdf>

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2015). *Slik oppsummerer vi forskning*. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (4. utg.). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/skjema/brukererfaring/2015_handbok_slik_oppsummerer_vi_forskning.pdf

Norsk sykepleierforbund. (u.d.). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health promotion international*. Hentet fra https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64546/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf;jsessionid=BD48B4C0CB0A83CAB8B4C7726CD79CCE?sequence=1

Nysæter, T. E. & Walvig, H. J. (2016). Kapittel 6: Stemningslidelser. I Hagen, R. & Kennair, L. E. O. (Red.), *Psykiske lidelser* (s. 122-123, 127). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Olsson, A. B. S., & Vågan, A. (2018, 16. november). Mestring. Hentet fra <https://mestring.no/hva-er-laering-og-mestring/sentrale-begreper/mestring/>

Olsson, A. B. S., & Vågan, A. (2018, 16. november). Brukermedvirkning. Hentet fra <https://mestring.no/hva-er-laering-og-mestring/sentrale-begreper/brukermedvirkning/>

Russell, S. J., & Browne, J. L. (2005). Staying well with bipolar disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(3), 187-193. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01542.x>

Råd for psykisk helse (2019, 14. februar). Bipolar lidelse. Hentet fra

<https://psykiskhelse.no/bipolar-lidelse>

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2018). *Psykiatriboken: sinn – kropp – samfunn*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Snoek, J. E. & Engedal, K. (2017). *Psykiatri: for helse- og sosialfagutdanningene*. (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

St. Olavs Hospital. (2019, 15. mars). Bipolar lidelse hos voksne: Behandlingsprogram, Divisjon psykisk helsevern. Hentet fra <https://www.stolav.no/behandlinger/bipolar-lidelse-hos-voksne>

Strømme, H. (2019). Litteratursøking i kunnskapsbasert praksis og forskning. *Sykepleien Forskning. Årgang* (hefte), 24-27. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2019.61015

Suto, M., Murray, G., Hale, S., Amari, E., & Michalak, E. E. (2009). What works for people with bipolar disorder? Tips from the experts. *Journal of Affective Disorders*, 124(1-2), 76-84. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.11.004>

Svartdal, F. (2018). Mestring. I *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/mestring>

Søk & Skriv. (2019, 2. oktober). APA 6th. Hentet fra <https://sokogskriv.no/kildebruk-og-referanser/referansestiler/apa-6th/>

Søk & Skriv. (2017, 4. mai). IMRoD-modellen. Hentet fra <https://sokogskriv.no/skriving/struktur-og-argumentasjon/imrod-modellen/>

Søk & Skriv. (2017, 13. august). Kvalitative vurderinger. Hentet fra <https://sokogskriv.no/kildebruk-og-referanser/kildevurdering/kvalitative-vurderinger/#Fagfellevurdering>

Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tveiten, S. (2019). *Veiledning: - mer enn ord* (utg. 5). Bergen: Fagbokforlaget.

Universitetet i Agder: Universitetsbiblioteket. (2020, 7. mai). Systematiske litteraturstudier/Systematic literature reviews. Hentet fra <http://libguides.uia.no/c.php?g=652868&p=4581076#s-lg-box-14360762>

World Health Organization. (1999). ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Oslo: Universitetsforlaget.

Ødegaard, K. J., Høyersten, J. G., & Fasmer, O. B. (2012). Historisk utvikling, epidemiologi og klassifisering av bipolare lidelser. I Haver, B., Ødegaard, K. J., & Fasmer, O. B. (Red.), *Bipolare Lidelser*. (s. 45-76). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Søkehistorikk fra databasesøk i Cinahl

Søkedato	Søk nr.	Søkeord/ord-kombinasjoner	Antall treff	Begrensning: <i>Research Article</i>	Leste sammen- drag	Leste artikler	Artikler inkludert
26.11.2019	S1	Bipolar Disorder	14925	-	0	0	0
26.11.2019	S2	Guidance OR Counseling OR Communication	274851	-	0	0	0
26.11.2019	S3	Nursing Care OR Nursing Intervention* OR Health Promotion OR Wellness	177844	-	0	0	0
26.11.2019	S4	S1 AND S2 AND S3	23	13	1	1	1
27.11.2019	S5	S1 AND S2	339	162	4	1	0
27.11.2019	S6	S1 AND S3	173	84	5	3	2
15.12.2019	S7	Stay Well OR Staying Well	272	-	0	0	0
15.12.2019	S8	S1 AND Stay Well OR Staying Well	6	4	3	1	1

Inkluderte artikler fra søk S4 (én artikkel):

- «Patient experiences with nursing care during hospitalization on a closed ward due to a manic episode: a qualitative study”.

(Også funnet i søk S5 og S6)

Inkluderte artikler fra søk S6 (to artikler):

- «Staying well with bipolar disorder”. (Også funnet i søk S8)
- «A qualitative study of nursing care for hospitalized patients with acute mania”.

Inkluderte artikler fra søk S8 (én artikkel):

- «Staying well with bipolar disorder: A qualitative analysis of five-year follow-up interviews with young people”.

Søkehistorikk fra databasesøk i Medline via Ovid

Søkedato	Søk nr.	Søkeord/ord-kombinasjoner	Antall treff	Begrensning: <i>Qualitative Study OR Qualitative Research</i>	Leste sammen- drag	Leste artikler	Artikler inkludert
26.11.2019	S1	Bipolar Disorder OR Manic Depressive	40637	-	0	0	0
26.11.2019	S2	Guidance OR Counseling OR Communication	554871	-	0	0	0
26.11.2019	S3	Nursing Care OR Nursing Intervention* OR Health Promotion OR Wellness	149907	-	0	0	0
26.11.2019	S4	S1 AND S2 AND S3	5	2	0	0	0
27.11.2019	S5	S1 AND S2	558	11	0	0	0
27.11.2019	S6	S1 AND S3	107	9	3: 1 duplikat (Cinahl)	1	1
07.01.2020	S7	Stay Well OR Staying Well	170	-	0	0	0
07.01.2020	S8	S1 AND Stay Well OR Staying Well	7	2	2: 2 duplikater (Cinahl)	0	0
Inkluderte artikler fra søk S6 (én artikkel):							
- "What works for people with bipolar disorder? Tips from the experts".							

Søkehistorikk fra databasesøk i Svemed+

Søkedato	Søk nr.	Søkeord/ord-kombinasjoner	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Artikler inkludert
29.11.2019	S1	Bipolar Disorder OR Manic Depressive	211	0	0	0
29.11.2019	S2	Guidance OR Counseling OR Communication	8149	0	0	0
29.11.2019	S3	Nursing Care OR Nursing Intervention* OR Health Promotion OR Wellness	9018	0	0	0
29.11.2019	S4	S1 AND S2 AND S3	2	0	0	0
29.11.2019	S5	S1 AND S2	9	1	0	0
03.12.2019	S6	S1 AND S3	10	2	1	1
07.01.2020	S7	Stay Well OR Staying Well	6	0	0	0
07.01.2020	S8	S1 AND Stay Well OR Staying Well	0	0	0	0
Inkluderte artikler fra søk S6 (én artikkel):						
- «Jeg kjenner det bruser i meg – pasientkunnskap om mani som fenomen og lidelse».						

Vedlegg 2: Utfylte sjekklister for kritisk vurdering av kvalitative studier

ARTIKKEL: Lankeren, J.E.V., Testenink, A. et al., Daggenvoerde, T.H., Poslawsky, I.E., & Erossens, P.J.J. 2019. Nederland. "Patient experiences with nursing care during hospitalization on a closed ward due to a manic episode: A qualitative study."

(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert? JA UKLART NEI

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? JA UKLART NEI

Tips: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen? JA UKLART NEI

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? JA UKLART NEI

Tips: Når man bruker Leks. strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, Leks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (Leks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Skal du fortsette vurderingen?

Tips: Hvis du svarer NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie. TIL undervisningsbruk. Sist oppdatert april 2018
Side 2 av 6

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie. TIL undervisningsbruk. Sist oppdatert april 2018
Side 3 av 6

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? JA UKLART NEI

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Åpne intervju m/ intervjuguide.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? JA UKLART NEI

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

7. Er etiske forhold vurdert? JA UKLART NEI

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

- Deltakerne signerte under på informert samtykke-sejmou.

Student ble ikke forelagt etisk komité, da studien ikke påvirket deltakers integritet og personvern. Men "The Scientific Research Committee" fra alle deltakende psykiske helse-organisasjoner ga sin godkjenning.

- Foretrningen ble utført i henhold til de etiske prinsippene for medisinske forskning som involverer menneskelige forsøkspersoner i Helsinki og the Regulation of the Medical Research Involving Human Subjects Act.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? JA UKLART NEI

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Basert på svarene dine på punkt 1 - 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på? JA UKLART NEI

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

 JA UKLART NEI

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnernes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

- Studien avdekker behovet for videre forskning.

- Artikkelen trekker frem at funnene kan være nyttig i utøvelse av sykepleie. Gir innsyn i brukererfaringer.

ARTIKKEL: Russell, S. J., & Browne, J. L. 2005.
AUSTRALIA.
"Staying well with bipolar disorder".

(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert? JA UKLART NEI

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? JA UKLART NEI

Tips: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen? JA UKLART NEI

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? JA UKLART NEI

Tips: Når man bruker f.eks. *strategiske utvalg* er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? JA UKLART NEI

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse. *+ skriftlig spørreskjema.*
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)? *Overført notat til et data-programme designet for kvalitativ forskning.*
- Har forskerne diskutert metning av data?

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? JA UKLART NEI

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

7. Er etiske forhold vurdert? JA UKLART NEI

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

- Det kommer ikke frem i studien at den ble forelagt etisk komité, men godkjent i tidsskriftet som den ble publisert i.
- Det kommer frem at alle deltakerne var frivillig involvert i forskningen.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? JA UKLART NEI

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlende data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Basert på svarene dine på punkt 1 - 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på? JA UKLART NEI

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

 JA UKLART NEI

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

- Funnene kommer klart frem i artikkelen, men diskuteres ikke.
- Funnene belyser problemstillingen.

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

- Studien presenterer funn som kan være nyttig i utøvelse av sykepleie. Gir innsyn i brukereferanser.

ARTIKKEL: Daggenvoorde, I., Geerling, B., & Goossens, P.J.J. 2015. Nederland, "A qualitative Study of Nursing Care for Hospitalized Patients with Acute Mania".

(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert? JA UKLART NEI

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? JA UKLART NEI

Tips: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen? JA UKLART NEI

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? JA UKLART NEI

Tips: Når man bruker f.eks. *strategiske utvalg* er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? JA UKLART NEI

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? JA UKLART NEI

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

7. Er etiske forhold vurdert? JA UKLART NEI

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

- Deltakerne signerte under på informert samtykke-skjema i forkant av studiet.
- Studien/artikkelen sier at det i følge den Nederlandse Lovgivningen ikke var nødvendig å få student godkjent av etisk komité.
"the Scientific Research Committee" fra alle deltagende psykisk helseorganisasjonene ga sin godkjenning til forskningen.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? JA UKLART NEI

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlende data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Basert på svarene dine på punkt 1 - 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på? JA UKLART NEI

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

 JA UKLART NEI

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnernes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning? → *oja*
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på? → *ja*

- Artikkelen trekker frem at resultatene kan være nyttig i sykepleiefaget.
- Gir innsyn fra et sykepleierperspektiv, og deks erfaringer med mennesker som har bipolar lidelse.

ARTIKKEL: Crowe, M., & Inder, M. 2018. New Zealand.
"Staying well with bipolar disorder: A qualitative analysis of five-year follow-up interviews with young people?"

(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert? JA UKLART NEI

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? JA UKLART NEI

Tips: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen? JA UKLART NEI

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? JA UKLART NEI

Tips: Når man bruker f.eks. strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Ja: hentet fra tidligere forskning som ble gjennomført 5 år tidligere.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? JA UKLART NEI

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? JA UKLART NEI

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

7. Er etiske forhold vurdert? JA UKLART NEI

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

- Alle deltakerne signerte under på informert samtykke skjema. Alle frivillig involvert.

- Etisk godkjenning av the Upper South B Regional Ethics Committee.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? JA UKLART NEI

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

- Tematisk analyse av resultatene.

Basert på svarene dine på punkt 1 - 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på? JA UKLART NEI

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?



JA

 UKLART NEI

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnernes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

- Artikkelen trekker frem at funnene gir viktig informasjon som sykepleiere kan bruke i praksis.
- Gir innsyn i bruter-erfaringer.

ARTIKKEL: Suto, M., Murray, G., Hall, S., Amari, E., & Michalak, E. E. 2009. Canada. "What works for people with Bipolar disorder? Tips from the experts".

(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert? JA UKLART NEI

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? JA UKLART NEI

Tips: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen? JA UKLART NEI

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? JA UKLART NEI

Tips: Når man bruker f.eks. *strategiske utvalg* er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? JA UKLART NEI

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer, semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper, feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? JA UKLART NEI

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

7. Er etiske forhold vurdert? JA UKLART NEI

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

- Etisk godkjent av UBC Behavioral Research Ethics Board committee.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? JA UKLART NEI

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

- Tematisk analyse

Basert på svarene dine på punkt 1 - 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på? JA UKLART NEI

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

 JA UKLART NEI

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

- Artikkelen sier at det trengs mer forskning rundt temaet og kommer med forslag til videre forskning og metodisk tilnærming.
- Artikkelen sier at deres forskningsfunn kan brukes i praksis av helsepersonell.
- Innsyn i brukererfaringer.

ARTIKKEL: Karlsson, B. 2006. Norge.
 "deg kjenner det bruser i meg" - Pasientkunnskap om
 mani som fenomen og lidelse?

(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert? JA UKLART NEI

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? JA UKLART NEI

Tips: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen? JA UKLART NEI

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? JA UKLART NEI

Tips: Når man bruker f.eks. *strategiske utvalg* er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? JA UKLART NEI

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? (F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Fenomenologisk - hermeneutisk. Intervju i pasientens eget hjem.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? JA UKLART NEI

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

7. Er etiske forhold vurdert? JA UKLART NEI

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

- studiet ble vurdert av regional etisk komité og anbefalt gjennomført.

- Deltakerne ble rekruttert gjennom skriftlig informert samtykke.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? JA UKLART NEI

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Hermeneutisk innholdsanalyse.

Basert på svarene dine på punkt 1 - 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på? JA UKLART NEI

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

 JA UKLART NEI

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

- Gir innsyn i brukererfaringer og pasientkunnskap.

- Forskeren trekker frem at presentert pasientkunnskap vil være nyttig for sykepleiere i samhandling med mennesker som har bipolar lidelse.

Vedlegg 3: Litteratormatrise

Forfatte(e) Publiseringsår Land	Hensikten med studien	Metode	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
Lankeren, J. E. v., Testerink, A. E., Daggenvoorde, T. H., Poslawsky, I. E., & Goossens, P. J. J. 2019 Nederland	Studien undersøkte pasienters (m/ bipolar lidelse) erfaring med mottatt sykepleiertjenester under innleggelse på psykiatrisk sykehus under manisk episode, samt. undersøke helsefremmende faktorer.	Kvalitativ studie med åpne intervju.	12 deltakere med bipolar lidelse som hadde gjennomgått mani sykehusinnleggelse i løpet av det siste året. Alder: 18 år eller eldre. Normalt stemningsleie gjennom studiet.	Opplevelsen av trygghet og sikkerhet gjennom behandlingen er relatert til tydelig og rolig kommunikasjon, respekt, daglig struktur og at sykepleieren gjenkjenner pasienters behov. Det kommer også frem hvor viktig det er at sykepleieren i samhandling med pasienter formidler behandlingsmål.
Russell, S. J., & Browne, J. L. 2005 Australia	Studien undersøkte hvordan personer med bipolar lidelsen unngikk episoder med sykdom og hvordan de klarte å holde seg friske og mestre hverdagen.	Kvalitativ studie med spørreskjema og semistrukturert intervju.	Personer (63 kvinner og 37 menn) med bipolar lidelse som hadde vært fri for sykdom i to år. Alder: 18 – 83 år.	Utvalget brukte forskjellige strategier for å holde seg friske. Det kom frem at helsepersonell kan bidra til helsefremming og mestring gjennom opplæring, veiledning og individuell plan. Flere deltakere mente at helsepersonell har feil fokus under veiledning og opplæring.
Daggenvoorde, T., Geerling, B., & Goossens, P. J. J. 2015 Nederland	Studien undersøkte hvilke sykepleietiltak som brukes i behandlingen til mennesker med bipolar lidelse og som fremmer helse.	Kvalitativ studie med semistrukturert intervju og fokusgrupper.	22 sykepleiere (12 kvinner og 10 menn). 13 deltok i fokusgrupper. Alder: 24 – 53 år. Jobbet innen mental helse.	Topp fem sykepleietiltak var grensesetting, motivasjon, struktur i hverdagen, administrering av medikamenter og støttende kommunikasjon.

Crowe, M., & Inder, M. 2018 New Zealand	Studien undersøkte deltakernes erfaringer med psykoterapi og hvordan det hadde påvirket deres liv med bipolar lidelse. Studien undersøkte også hva som gjorde at deltakerne holdt seg friske med bipolar lidelse.	Kvalitativ studie med semistrukturert intervju.	Flesteparten av deltakerne hadde bipolar lidelse type 1 (90 %). Alder: 20 – 40 år.	Studien sier at det er tre tema som er viktig for å leve godt med lidelse: være bevisst seg selv og sin diagnose, forstå sin egen opplevelse med lidelse og å lære seg strategier. Sykepleieren kan fremme pasienters helse. Sykepleieren kan veilede pasientene til å forstå egenskapene til sykdommen og bidra til at de lærer seg å ta vare på seg selv.
Suto, M., Murray, G., Hale, S., Amari, E., & Michalak, E. E. 2009 Canada	Studien hadde til hensikt å undersøke hvilke strategier som fremmer helse og livsmestring hos personer som har bipolar lidelse, samt kritisk evaluere disse.	Kvalitativ studie med semistrukturert intervju og fokusgrupper.	Personer med bipolar lidelse type 1 og type 2. 32 deltakere (20 kvinner og 12 menn). Alder: 19 år eller eldre.	Studien kartla 6 tema gjennom diskusjon om strategier: (1) søvn, hvile, trening og diett; (2) kontinuerlig overvåking; (3) utarbeide en plan; (4) reflekterende og meditative øvelser; (5) forstå lidelsen og lære andre; (6) kontakt med andre.
Karlsson, B. 2006 Norge	Studien hadde til hensikt å kartlegge hvordan tidligere pasienter erfarer mani som fenomen og lidelse samt hvordan lidelsen virker inn på personens sosiale liv og selvforståelse.	Kvalitativ studie med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming.	Personer med bipolar lidelse (6 kvinner og 5 menn). Alder: 26 – 62 år.	Studiens resultater viser til pasienters erfaringer med lidelsen. I studien peker deltakerne på helsepersonellens holdninger som negative. Det kommer frem i studien at en som helsepersonell må ivareta pasientene, la dem medvirke i egen behandling, vise dem respekt og lære av dem. Forfatteren poengterer at pasienterfaringer er viktig kunnskap for helsepersonell.