

LIVSKVALITET HOS VUXNA MED BIPOLÄR SJUKDOM
- En litteraturöversikt

QUALITY OF LIFE IN ADULTS WITH BIPOLAR DISORDER
- An overview

Examinationsdatum: 2012-01-31
Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Kurs 36
Examensarbete, 15 högskolepoäng
Författare: Ioana Goldstein & Lilly Yifter

Handledare: Nina Raab
Examinator: Fredrik Saboonchi

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Bipolär sjukdom kännetecknas av återkommande episoder av mani och egentlig depression med mellanliggande perioder av psykisk återhämtning. Huvudsymtomen vid en manisk episod är förhöjd, expansiv eller irriterad sinnesstämning, medan huvudsymtomen vid en egentlig depression är nedstämdhet och minskat intresse eller glädje. Bipolär sjukdom drabbar ungefär lika många män som kvinnor och brukar debutera i tonåren. Sjukdomen kan påverka familjerelationer, arbetsförmåga med mera. Livskvalitet är ett mått som kan användas för att mäta en individs välbefinnande och är betydelsefull att försöka mäta vid bipolär sjukdom. En allmänt accepterad definition på livskvalitet är Världshälsoorganisationens definition av livskvalitet. Deras definition av livskvalitet berör bland annat följande fyra områden: sociala relationer, fysisk hälsa, psykologiskt tillstånd och miljö.

Syfte: Syftet var att beskriva livskvaliteten hos vuxna med bipolär sjukdom.

Metod: En litteraturoversikt gjordes med 15 artiklar hämtade från databaserna PubMed, Cinahl och PsychInfo. De sökord som användes vid databassökningarna var: "bipolar disorder", "quality of life", "mania", "major depression", "euthymic" och "social functioning". De utvalda artiklarna beskrev livskvaliteten hos vuxna med bipolär sjukdom, de var publicerade inom de senaste tio åren, de var skrivna på engelska och de var "peer-reviewed" eller publicerade i en tidsskrift som var "peer-reviewed". Samtliga artiklar kvalitetsgranskades innan de inkluderades i föreliggande studie. Under bearbetningen av artiklarna delades informationen från de olika artiklarna in i tre teman beroende på vilken av de tre frågeställningarna informationen besvarade. Dessa teman blev sedan huvudrubriker i resultatet.

Resultat: Både de patienter som hade en sjukdomsepisod och de med en normal sinnesstämning uppvisade sämre livskvalitet i jämförelse med friska individer. Faktorer som god sjukdomsinsikt, socialt stöd och rutiner var associerade med bättre livskvalitet, medan graden av depressiva och maniska symtom, stigande ålder och tidig sjukdomsdebut var associerade med sämre livskvalitet. De depressiva symtomen hade störst betydelse för den skattade livskvaliteten och påverkade framför allt de fysiska och psykiska områdena av livskvaliteten. Patienter med bipolär sjukdom med normal sinnesstämning uppvisade bäst livskvalitet följt av dem som befann sig i ett maniskt/hypomaniskt tillstånd, ett blandat tillstånd och ett depressivt tillstånd.

Slutsats: Fynden från föreliggande studie visar att patienter med bipolär sjukdom upplever sämre livskvalitet i jämförelse med friska individer. Symtomen har troligtvis en stor betydelse när det gäller den sämre upplevda livskvaliteten. Symtomen gör det svårt att upprätthålla relationer, bevara ett arbete, planera inför framtiden med mera. Dessutom lever dessa patienter i en oviss tillvaro där de aldrig vet när nästa sjukdomsepisod kommer, hur den kommer att manifesteras sig eller hur allvarlig den kommer att vara.

Nyckelord: Bipolär sjukdom, mani, egentlig depression, sjukdomspåverkan, livskvalitet.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING

BAKGRUND	1
Bipolär sjukdom	1
Symtombild	1
Sjukdomspåverkan	3
Sjuksköterskans roll	5
Livskvalitet	6

PROBLEMFÖRMULERING **8**

SYFTE	8
Frågeställningar	8

METOD	8
Datainsamlingsmetod	8
Urvalskriterier	8
Databassökning	9
Bearbetning av material	10
Giltighet/trovärdighet	11

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN **11**

RESULTAT	11
Skillnader i livskvalitén mellan patienter med bipolär sjukdom och friska individer	11
Olika faktorerers påverkan på livskvalitén och dess områden	12
Skillnader i livskvalitén mellan tillstånden inom bipolär sjukdom	14

DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	16
Slutsats	18
Fortsatta studier	19

REFERENSER **20**

BILAGA I-III

Bipolär sjukdom

Bipolär sjukdom är en livslång psykiatrisk sjukdom som kännetecknas av återkommande episoder av mani och egentlig depression med mellanliggande perioder av mer eller mindre fullständig psykisk återhämtning (Socialstyren, 2010). Sjukdomen kan yttra sig på olika sätt och en del individer har endast isolerade episoder av egentlig depression eller mani med mellanliggande perioder av normal sinnesstämning. Andra individer kan ha växlande episoder av egentlig depression och mani, utan perioder med normal sinnesstämning. Det finns även vissa individer som kan uppvisa både depressiva och maniska symptom under samma episod, vilket benämns blandad episod (Gournay, 2009).

Sjukdomen klassificeras enligt MINI-D IV (1998) i två undergrupper: bipolär sjukdom typ I och typ II. Patienter som får diagnosen bipolär sjukdom typ I ska ha upplevt minst en manisk eller en blandad episod (MINI-D IV, 1998). Dessa patienter kan ofta även ha upplevt en egentlig depressionsepisod, men det är inget krav för att få en diagnos (Parsons, 2004). Till bipolär sjukdom typ II hör de patienter som haft minst en egentlig depressionsepisod och en hypomanisk episod vilket innefattar lindrigare maniska symptom. Episoderna kan även klassificeras utifrån svårighetsgrad det vill säga om de är lindriga, måttliga, svåra, med eller utan psykotiska inslag (MINI-D IV, 1998).

Av de två undergrupperna av bipolär sjukdom blir patienter med bipolär sjukdom typ II oftare feldiagnostiserade som unipolär depression. Detta på grund av att dessa patienter ofta inte upplever sina hypomaniska symptom som avvikande, utan endast söker för sina depressiva symptom (Namjoshi & Buesching, 2001). De depressiva symptomen är vanligare än de maniska symptomen hos båda undergrupperna av bipolär sjukdom. Förhållandet mellan egentlig depression och hypomani/mani det vill säga antalet veckor som patienten upplever depressiva symptom i förhållande till antalet veckor som patienten upplever hypomaniska/maniska symptom är 3:1 för patienter med bipolär sjukdom typ I och 37:1 för patienter med bipolär sjukdom typ II (Judd et al., 2003).

I Europiska Unionen beräknas ungefär 1,5 till 2 procent av befolkningen lida av bipolär sjukdom typ I och 2,6 till 6 procent av bipolär sjukdom typ II (Pini et al., 2005). Bipolär sjukdom brukar debutera i tonåren eller som ung vuxen. De flesta individer är 15 – 19 år när de får sina första symptom på sjukdomen (Bauer & Pfennig, 2005). Det finns ingen skillnad mellan könen vad gäller förekomsten av bipolär sjukdom (Diflorio & Jones, 2010). Däremot har flera studier enligt Diflorio och Jones (2010) visat på att bipolär sjukdom typ II är vanligare bland kvinnor än män.

Symtombild

Egentlig depressionsepisod

Huvudsymtomen i en egentlig depression är nedstämdhet och minskat intresse eller glädje. Andra symptom som kan ingå är viktnedgång eller viktuppgång, sömnstörning, psykomotorisk agitation eller hämning, svaghetskänsla, överdrivna skuldkänslor, minskad tanke- eller koncentrationsförmåga eller obeslutsamhet och dödstankar. För att uppfylla de diagnostiska kriterierna för en egentlig depressionsepisod måste symptomen ha förekommit under en tvåveckorsperiod. Minst fem av de ovan nämnda symptomen måste ha ingått, varav minst ett av symptomen måste ha varit nedstämdhet eller minskat intresse eller glädje (MINI-D IV, 1998).

Nedstämdheten som kan upplevas vid en egentlig depression är oftast svår att beskriva och har ingen uppenbar orsak (Ottosson, 2009). Förutom nedstämdhet är minskat intresse eller glädje ett av huvudkriterierna för en egentlig depression (Åsberg & Mårtensson, 2009). Nedsatt aptit är ett vanligt symtom vid egentlig depression och kan leda till ofrivillig viktnedgång. I andra fall kan ökad aptit förekomma med viktuppgång som resultat. Sömnen är en annan vital funktion som kan påverkas. De flesta patienter med egentlig depression har en störd sömn. Det innebär att de kan ha svårt att somna in, ha en avbruten eller ytlig sömn eller vakna upp för tidigt (Åsberg & Mårtensson, 2009). Följden blir att de antingen får för lite eller för mycket sömn (MINI-D IV, 1998).

Psykomotorisk agitation är ett annat symtom som kan förekomma vid egentlig depression och som kännetecknas av en överdriven motorisk aktivitet hos dessa patienter. Dessa patienter kan exempelvis ha svårt att sitta stilla (MINI-D IV, 1998). Hos en del patienter med egentlig depression förekommer hämning. Hämning är ett gemensamt begrepp på de symtom som visar sig som tröghet och brist på tempo och intensitet (Ottosson, 2009). Vid exempelvis psykomotorisk hämning kan en förlångsamning av rörelsemönster, tal och mimik ses (Åsberg & Mårtensson, 2009).

Svaghetskänsla eller brist på energi förekommer hos en del patienter med egentlig depression. Det kan till en början yttra sig som svårigheter att initiera nya aktiviteter och sedan påverka grundläggande handlingar som att exempelvis kliva upp ur sängen eller tvätta sig (Åsberg & Mårtensson, 2009). Överdrivna skuld känslor är ett annat symtom som kan ingå i ett depressivt tillstånd. Patienter med egentlig depression kan känna en oerhörd skuld över upplevelser som exempelvis olydnad och oärlighet. Upplevelser som andra människor inte skulle ägna en tanke åt eller ha någon större ångest över. Känslan av skuld är hos dessa patienter dessutom ofta förenad med tankar på straff (Ottosson, 2009).

De flesta patienter kan vid egentlig depression klaga på koncentrationssvårigheter. De kan ha svårt att läsa, titta på TV och ibland även svårt att föra en vanlig konversation. Någoting annat som är vanligt är obeslutsamhet. Att fatta enkla beslut som att bestämma vilka kläder man ska sätta på sig kan vara väldigt svårt (Åsberg & Mårtensson, 2009). Dödstankar och suicidtankar är också vanligt förekommande vid egentlig depression. Tanken på döden ses av patienter med egentlig depression både som ett straff och som en befrielse. Patienter med egentlig depression kan ha dödstankar, suicidtankar, suicidavsikter eller begå suicidhandlingar. Detta är faktorer som kan användas för att bedöma depressionens djup hos patienter med egentlig depression (Ottosson, 2009).

Manisk episod

Vid mani är huvudsymtomen varaktig förhöjd, expansiv eller irriterad sinnesstämning. Andra symtom som kan ingå vid mani är förhöjd självkänsla eller storhetsidéer, minskat sömnbehov, svårigheter att vara tyst, tankeflykt, lätt distraktion, hyperaktivitet eller rastlöshet och minskade hämningar. För att uppfylla de diagnostiska kriterierna för mani måste symptomen ha förekommit i minst en vecka eller mindre om det har krävts sjukhusvård. Minst tre av de ovan nämnda symtomen måste ha funnits med under sjukdomsperioden eller fyra symptom om sinnesstämningen bara är irriterad (MINI-D IV, 1998).

Mani är både fysiskt och psykiskt påfrestande för de drabbade patienterna. Bakom det observerbara glada och oberörda yttre kan patienterna dölja en sorgsenhet och en sårbarhet. Den förhöjda sinnesstämningen minskar inte i intensitet, vilket gör det omöjligt för de drabbade patienterna att vila. Detta kan leda till att intryck och associationer upplevs som

kaotiska och världen kan upplevas som fragmentarisk och obegriplig (Hummelvoll & Severinsson, 2002). Den förhöjda sinnesstämningen följs ofta av en irritabilitet och vissa patienter med mani har en tendens att lättare bli arga (Gournay, 2009).

Hyperaktivitet är vanligt bland patienter med mani och kännetecknas ofta av en ökad kapacitet att arbeta och att vara social. De flesta har även en ökad sexualitet (Gournay, 2009). Ökad sexualitet är vanligt vid mani och kan uttryckas på olika sätt. Patienter med mani kan exempelvis ha på sig färgstarka eller mer avslöjande kläder och de kan lättare inleda sexuellt umgänge med främmande människor (Videbeck, 2011). Hyperaktivitet kan också leda till ett mer risktagande beteende och detta i kombination med en förhöjd sinnesstämning skulle kunna sätta patienterna i fara (Gournay, 2009).

Patienter med mani kan vara lätt distraherade och beskriver ofta symtom som rusande tankar. De kan hoppa från den ena tanken till den andra och kan ha svårt att behålla en och samma tanke en längre stund. Tankarna skiftar slumpmässigt och berör olika ämnen. Dessa tankar kan upplevas som skrämmande då de kan innehålla paranoidea eller besvärande idéer som patienten finner oroande. Det snabba omloppet av tankar visar sig också genom andra maniska symtom. Patienter med mani kan vara mer pratsamma och lida av tankeflykt. I deras försök att förmedla sina snabbt växlande tankar kan patienter med mani prata konstant om olika ämnen och vad som verkar vara en mängd nya idéer och teorier. Detta glömmer de dock bort kort därefter, vilket kallas för tankeflykt. Vid lättare former av mani kan patienterna prata snabbt och verka lätt distraherad, men i svårare fall kan patienterna prata mer osammanhängande (Parsons, 2004).

Förhöjd självkänsla och storhetsidéer är ett annat symtom som kan förekomma vid mani. Patienter med mani har ofta ett gott självförtroende och kan ta på sig i stort sett vilka projekt som helst (Stuart, 2009). Sömnproblem är också vanligt vid mani. Patienter med mani kan ha svårt att somna in på grund av att de har snabbt växlande tankar som konstant distraherar dem från att somna. Många patienter med mani känner dessutom inte av tröttheten och sover därför inte. Det finns även vissa patienter med mani som upplever att de inte hinner sova eftersom de har flera saker de måste hinna med innan (Parsons, 2004).

Sjukdomspåverkan

Social förmåga

Enligt Elgie och Morselli (2007) kan ”social functioning” det vill säga den engelska motsvarigheten för begreppet ”social förmåga” definieras som förmågan att etablera och bibehålla relationer med vänner och familj och samtidigt kunna ta på sig arbete och fritidsaktiviteter och hantera dagliga aktiviteter. Sanchez-Moreno et al. (2009) konstaterar i deras litteraturöversikt att patienter med bipolär sjukdom har en sämre social förmåga, oavsett om de tillfrisknat från en episod eller om de fortfarande befinner sig i en. Den sämre sociala förmågan och de begränsade fritidsaktiviteterna som dessa patienter har, visar sig bland annat genom att dessa patienter har färre sociala kontakter med vänner i jämförelse med friska individer (Sanchez-Moreno et al., 2009).

Vidare visar sig den sämre sociala förmågan hos patienter med bipolär sjukdom genom dåliga familjrelationer, konflikter med familjemedlemmar, svårigheter att bevara längre vänskapsrelationer, svårigheter med intima förhållanden och genom ansträngda relationer med sina barn. Många patienter med bipolär sjukdom undviker dessutom att skapa nya sociala

kontakter. De har även en tendens att begränsa sina sociala aktiviteter (Elgie & Morselli, 2007).

Dessutom konstaterade Sanchez-Moreno et al. (2009) att dessa patienters nedsatta sociala förmåga skulle kunna leda till fler depressiva symtom. Detta skulle i sin tur innebära att en sämre sociala förmåga skulle kunna medföra en kortare tid att återfalla i en episod. Patienter med bipolär sjukdom har dessutom oftare än andra mellanmännsliga problem på arbetet vilket har visat sig kunna påverka deras arbetssituation. Till exempel beskriver Elgie och Morselli (2007) att många patienter med bipolär sjukdom tvingas byta jobb på grund av problem de har med sin arbetsgivare.

Familjen

Bipolär sjukdom har en påverkan på relationen mellan patienten som har bipolär sjukdom och på dennes närstående. De flesta närstående finner det svårt att komma patienten nära under sjukdomsperioder. Patienten upplevs vara mer irriterad under en episod, vilket konstant leder till dispyter som inte skulle ha inträffat i vanliga fall. Ett annat stort problem under episoder av mani eller hypomani är våld. En del närstående har upplevt och fruktar att våld kommer att användas när patienten är sjuk. Relationen mellan patienten och dennes närstående brukar dock förbättras när patienten tillfrisknat från en episod och brukar vara bra under tillfriskningsperioden. De flesta upplever även att sjukdomen har fört dem närmare varandra (Dore & Romans, 2001).

De flesta närstående finner det aggressiva och våldsamma beteendet som mest besvärande hos patienter med bipolär sjukdom, följt av självmordstankar och självmordshandlingar. Andra beteenden associerat med mani som närstående ofta finner besvärande är avvikande beteende, hyperaktivitet, svårigheter med att vara tyst och impulsivt köpande. När det gäller egentliga depressionsepisoder finner de närstående ofta att det depressiva humöret i sig självt är det mest besvärande med den medföljande sorgsenheten och hopplösheten. Det näst mest besvärande med egentlig depression anses av en del närstående vara självmordstankarna och självmordshandlingarna (Dore & Romans, 2001).

En del partners till patienter med bipolär sjukdom upplever en förändring av hushållsrutiner när patienten är sjuk med ökat ansvar för hushållssysslor. Vissa partners upplever även en förändring av det sociala livet. De går ut allt mindre för att träffa människor eller så får de färre besök hem. En del partners som jobbar hemifrån minskar eller ökar sina arbetstimmar som en följd av att patienten är sjuk. Många partners upplever även en ekonomisk oro och ansträngning på grund av patientens sjukdom. De flesta partners upplever att dem påverkas mer av de ekonomiska förändringarna än de förändringar som berör hushållet, det sociala livet, föräldraskapet eller yrkesrollen (Lam, Donaldson, Brown & Malliaris, 2005).

Arbetet

I Europa har mindre än hälften av patienterna med bipolär sjukdom ett aktivt arbete. I de europeiska länderna ligger andelen arbetslösa för denna grupp patienter märkbart över genomsnittet för arbetslösheten i landet. Av dem som dessutom har ett del- eller heltidsarbete rapporterar cirka 13 till 34 procent att de har återkommande problem på arbetet (Morselli, Elgie & Cesana, 2004). De vanligaste svårigheterna som sjukdomen upplevs medföra i arbetet är bland annat brist på kontinuitet i arbetslivet, förlust av arbetsdagar och arbetstillfällen samt sociala problem på arbetsplatsen (Michalak, Yatham, Maxwell, Hale & Lam, 2007).

Bipolär sjukdom kan påverka arbetet på olika sätt beroende på om den drabbade patienten befinner sig i ett depressivt eller hypomaniskt/maniskt tillstånd. Egentliga depressionsepisoder beskrivs generellt vara associerade med brist på energi, entusiasm, försämrat självförtroende, minskad produktivitet och tillbakadragande från andra personer på arbetet. Hypomaniska episoder kan i sin tur vara associerade med mer entusiasm och bättre självförtroende, större produktivitet, kreativitet, större målmedvetenhet och multitasking. Hypomaniska episoder är dock inte alltid så utopiska som de ibland framkommer som, utan kan också kännetecknas av ökad ångest och mellanmänniska problem. Dessutom kan ökad produktivitet i ett maniskt tillstånd användas på fel sätt. Patienter med mani har lättare för att överstiga sina befogenheter och ta på sig uppgifter som inte tillhör deras arbetsområde eller så kan de lägga sig i andras arbeten (Michalak et al., 2007).

Sjuksköterskans roll

Vid egentlig depression

En första åtgärd för sjuksköterskan vid omhändertagandet av patienter med egentlig depression är att bedöma patienternas självmordsrisk (Videbeck, 2011). En patients risk för självmord kan bedömas genom att ställa raka frågor till patienten om dennes tankar eller planer på självmord. Om patienten är självmordsbenägen bör sjuksköterskan ordna en säker miljö för denne, genom att exempelvis inte låta patienten komma i kontakt med farliga föremål (Sun, Long, Boore & Tsao, 2005). Den basala omvårdnaden är också av betydelse när sjuksköterskan har hand om patienter med egentlig depression (Shives, 2008). Sjuksköterskan bör uppmuntra patienterna att bland annat sköta sin hygien och klä på sig på egen hand, men hon hjälper till om de inte klarar av det (Cornwell, 2006). Det är även av vikt att patienterna återfår en balanserad diet därför ska sjuksköterskan kontrollera mat och vätskeintag ända tills patienterna äter och dricker balanserat i förhållande till deras behov (Videbeck, 2011). Eftersom patienter med egentlig depression ofta har sömnsvårigheter behöver sjuksköterskan bedöma patienternas sömnvanor och vid behov arbeta för att förbättra dessa (Shives, 2008).

Sjuksköterskan bör uppmuntra patienter med egentlig depression att delta i olika aktiviteter under dagen och försöka förmedla att det är bättre för patienterna att vara mer aktiva, istället för att invänta en förbättring (Videbeck, 2011). På så sätt kan negativa tankemönster brytas. Sjuksköterskan bör dock tänka på att uppmuntra patienterna till aktiviteter som är lämpliga för deras funktionsnivå (Chitty, 2004). Patienter med egentlig depression kan lätt bli överväldigade av en uppgift som innehåller flera delmoment. Det sjuksköterskan kan göra är att bryta upp en komplicerad uppgift i flera steg och utnyttja framgången som patienterna kan känna när dessa steg genomförts till att bygga upp patienternas självkänsla (Videbeck, 2011).

Vid mani

En viktig uppgift som sjuksköterskan har i vården av patienter med mani är att kunna sätta tydliga gränser. Genom att sätta gränser kan sjuksköterskan bidra till struktur, förutsägbarhet och trygghet för patienten. Patienten kan oftast slappna av när han/hon känner att gränserna är tydliga, vilket gör det lättare för sjuksköterskan att hjälpa patienten med det som behövs göras för att förbättra situationen. Tydliga gränser har dessutom visat sig ha en positiv effekt för sjuksköterskans omvårdnadsfunktion (Hummelvoll & Severinsson, 2002).

De flesta patienter med mani tar en del säkerhetsrisker, vilket gör att säkerheten blir en viktig del i omvårdnaden av dessa patienter. Sjuksköterskan har ett stort ansvar i att bidra med en säker miljö för patienten och andra i dennes omgivning. Sjuksköterskan bör kunna bedöma patienten gällande tankar på självmord och självmordshandlingar eller tankar på att skada

andra. Patienter som befinner sig i ett maniskt tillstånd har dessutom liten insikt över sin ilska och hur deras beteende påverkar andra. De kan ofta inkräkta på andras territorium, ta andras tillhörigheter utan lov eller uppträda aggressivt i bemötandet av andra. Det här beteendet kan hota eller förarga människor som i sin tur skulle kunna hämnas. Det är därför viktigt för sjuksköterskan att ha uppsikt över dessa patienter och deras beteende (Videbeck, 2011).

Patienter med mani kan ha svårt att äta och dricka ordentligt. De känner ofta inte att de är hungriga eller så upplever de att de inte hinner äta mat. Detta kan leda till att de blir uttorkade och i längden även undernärda. Speciellt uttorkning är någonting att oroa sig över när det gäller dessa patienter då uttorkning kan leda till att patienterna blir somatiskt dåliga och att deras psykiska symtom förvärras. Det är därför viktigt för sjuksköterskan att se till så att dessa patienter får tillräckligt med vätska i sig (Parsons, 2004).

Livskvalitet

Definition

I början på 1990-talet kom Världshälsoorganisationen (WHO) med en definition av begreppet livskvalitet som lyder: "...individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns" (WHOQOL Group, 1998, s 551). Enligt WHOQOL Group (1995) är det en vid och mångfasetterad definition av livskvalitet som berör aspekter såsom fysisk hälsa, psykologiskt tillstånd, grad av beroende till andra, sociala relationer, miljö och personlig tro. Det är en definition som belyser det faktum att livskvalitet är ett subjektivt och multidimensionellt begrepp som innefattar både positiva och negativa aspekter av livet. Det är denna definition som kommer att ligga till grund för det fortsatta resonemanget kring livskvalitet i föreliggande studie.

Varför mäts livskvalitet?

Traditionellt sätt har personalen inom vården koncentrerat sig på att minska symtomen hos en patientgrupp och använt det som ett mått på sjukdomsförbättring. Detta har allt mer kommit att ändras och ett större fokus läggs nu mer på att mäta patienternas välbefinnande. Med hjälp av instrument som mäter livskvaliteten kan forskare få ökad kunskap om andra problem som sjukdomen kan medföra och som är lika viktiga eller viktigare för patienterna. Det är dessutom viktigt att reda på hur omfattande dessa problem är. Den här informationen skulle sedan kunna användas för att informera framtida patienter. Dessa patienter kan på så sätt få en möjlighet att bilda sig en uppfattning och förståelse för de konsekvenser deras sjukdom och behandling kan medföra. Livskvalitet kan dessutom vara en faktor för att bestämma en behandlings effekt och flera studier har enligt Fayers och Machin (2007) visat att faktorer såsom allmän livskvalitet, fysiskt välbefinnande, sinnesstämning och smärta är av prognostisk betydelse (Fayers & Machin, 2007).

Tidigare fastställdes behandlingseffekten vid bipolär sjukdom utifrån objektivt mätta kliniska faktorer såsom antalet återfall, antalet inläggningar på sjukhus och graden av minskade symtom (Michalak, Murray, Young & Lam, 2008). Nuförtiden har forskarna istället börjat mäta livskvaliteten för att ta reda på vad patienterna finner viktigt. Exempelvis har vissa patienter med bipolär sjukdom satt stort värde på att reparera familjerelationer och förmågan att kunna delta i fritidsaktiviteter. Mätningar av livskvalitet kan även användas för att bestämma vilka behandlingar som fungerar bland patienterna, vilka skillnader som kan ses i välbefinnande mellan olika tillstånd och vilka skillnader som finns gällande

behandlingseffekt. Detta är faktorer som skulle kunna missas vid traditionella mätningar (Michalak, Yatham & Lam, 2005).

Mätningar av livskvalitet ska dock inte ersätta de traditionella, objektiva mätningarna som bedömning av en behandlings effekt (Michalak et al., 2008). De ska istället betraktas som ett komplement till dessa. För trots att det är viktigt att veta om det objektivt har skett en minskning av sjukdomssymtomen är det även av betydelse att fastställa ifall det har skett en förbättring av patientens livskvalitet (Gladis, Gosch, Dishuk & Crits-Christoph, 1999). En tillfrisknad från bipolär sjukdom bör inte endast bestå av symtomreduktion, utan även innefatta aspekter såsom återställning av funktionsförmåga och en tillfredsställande livskvalitet för patienterna (Harvey, 2006).

Mätning av livskvalitet

Ett flertal mätinstrument har använts vid mätning av livskvalitén vid bipolär sjukdom., bland annat Medical Outcomes Survey 36-item Study-Short Form (SF-36), World Health Organisation Quality of Life Assessment Instrument- Bref (WHOQOL-Bref), Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q) och 12- item Short Form (SF-12) (Michalak et al., 2005). Även mätinstrumentet EuroQoL (EQ-5D) har använts vid mätning av livskvalitén vid bipolär sjukdom med goda resultat (Hayhurst, Palmer, Abbott, Johnson & Scott, 2006).

Medical Outcomes Survey 36-item Study-Short Form (SF-36)

SF-36 är en hälsoenkät avsedd att fyllas i på egen hand av patienten. Instrumentet skattar åtta hälsodimensioner: fysisk funktion, social funktion, begränsad rollfunktion på grund av fysiska hälsoproblem, kroppslig smärta, generell psykisk hälsa, begränsad rollfunktion till följd av känslomässiga problem, vitalitet och generella uppfattningar om hälsa (Ware & Sherbourne, 1992).

12- item Short Form (SF-12)

SF-12 är en kortare version av SF-36 och den mäter samma hälsodimensioner som SF-36, men utifrån 12 frågor med flersvarsalternativ (Ware, Kosinski & Keller, 1996).

Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q)

Q-LES-Q är en hälsoenkät där individen får skatta tillfredsställelsen med sitt dagliga liv utifrån åtta dimensioner av funktionstillståndet: fysisk hälsa, sinnesstämning, fritidsaktiviteter, sociala relationer, generella aktiviteter, arbete, hushållsplikter och skolarbete (Michalak et al., 2005).

EuroQoL (EQ-5D)

EQ-5D ett frågeformulär som låter individen beskriva sin hälsa utifrån fem olika områden och utifrån en visuell analog skala med ändpunkterna bästa tänkbara hälsotillstånd respektive sämsta tänkbara hälsotillstånd. De fem områdena innefattar rörlighet, egenvård, dagliga aktiviteter, smärta och oro (Coons et al., 2000).

World Health Organisation Quality of Life Assessment Instrument- Bref (WHOQOL-Bref)

WHOQOL-Bref är ett frågeformulär som mäter fyra övergripande områden, nämligen fysisk hälsa, psykologiskt tillstånd, sociala relationer och miljö. Varje område kan delas in i ett antal olika undergrupper, sammanlagt 24 stycken. Exempel på dessa undergrupper återfinns i tabell 1 (WHOQOL Group, 1998).

Tabell 1. Exempel på undergrupper för varje WHOQOL-Bref område

Fysisk hälsa	Psykologiskt tillstånd	Sociala relationer	Miljö
Smärta och obehag	Självkänsla	Socialt stöd	Hemmiljö
Energi och fatigue	Positiva känslor	Personliga relationer	Ekonomiska resurser
Rörlighet	Negativa känslor	Sexuell aktivitet	Tillgång till hälso- och sjukvård

PROBLEMFORMULERING

Bipolär sjukdom är ett tillstånd som har stor påverkan på den som är drabbad. Sjukdomen inverkar på flera delar av patientens liv: arbetet, sociala aktiviteter, familj och vänner. Med detta i åtanke är det viktigt att få en djupare förståelse för hur livskvalitén ser ut för dessa individer. En ökad kunskap om dessa individers livskvalitet skulle kunna förbättra omvårdnaden och behandlingen av dessa patienter.

SYFTE

Syftet var att beskriva livskvalitén hos vuxna med bipolär sjukdom.

Frågeställningar

1. Skiljer sig livskvalitén mellan vuxna med bipolär sjukdom och friska individer?
2. Vilka faktorer inverkar positivt respektive negativt på de olika områdena av livskvalitén hos vuxna med bipolär sjukdom?
3. Skiljer sig livskvalitén mellan de olika tillstånden inom bipolär sjukdom?

METOD

Datainsamlingsmetod

För att besvara föreliggande studies syfte användes en litteraturöversikt som metod. Denna metod ansågs passa syftet bäst och innebar att en bred sökning och analys av artiklar kunde göras. Med den framtagna informationen kunde en sammanställning över den aktuella forskningen som finns om bipolär sjukdom och livskvalitet genomföras (Friberg, 2006).

Urvalskriterier

Artiklarna som valdes ut skulle undersöka vuxna med bipolär sjukdom. Med vuxna avsågs i föreliggande studie individer från 18 år och uppåt. De utvalda artiklarna skulle uppfylla följande kriterier: vara skrivna inom de senaste tio åren, vara publicerade på engelska och vara ”peer reviewed” eller publicerade i en tidsskrift som var ”peer reviewed”. Författarna hade inga restriktioner gällande val av studietyper, utan önskade ha med både kvantitativa och kvalitativa artiklar. Artiklar som undersökte sambanden mellan bipolär sjukdom, samsjuklighet och livskvalitet exkluderades. Detta eftersom författarna endast ville se vilken effekt bipolär sjukdom har på livskvalitén.

Databassökning

Vid databassökningen tog författarna hjälp av en bibliotekarie. Enligt Forsberg och Wengström (2008) kan detta effektivisera databassökningen och dessutom känner bibliotekarierna till de olika databaserna och deras indexeringsätt. PubMed, Cinahl och PsychInfo var de databaser som användes för att inhämta data. Detta är kända databaser som kompletterar varandra. Tillsammans täcker de studier inom medicin, omvårdnad och psykologisk forskning (Forsberg & Wengström, 2008). Sökningarna i databaserna gjordes utifrån databasernas respektive ämnesordlista. I PubMed användes MeSH-termer, i Cinahl användes Headings och i PsychInfo användes Keywords. Vid databassökningarna i PsychInfo och PubMed gjordes även fritextsökning med begreppen ”euthymic” och ”social functioning”.

De sökord som användes vid databassökningarna var: ”bipolar disorder”, ”quality of life”, ”mania”, ”major depression”, ”euthymic” och ”social functioning”. Sökorden ”bipolar disorder” och ”quality of life” togs från syftet och valdes för att kunna få fram allmän information om hur livskvalitén ser ut för individer med bipolär sjukdom. För att sedan få fram information om hur livskvalitén ser ut vid de olika tillstånden inom bipolär sjukdom användes sökorden: ”mania”, ”major depression” och ”euthymic”. Med euthymic menas individer som har en normal sinnesstämning som varken är nedsänkt eller förhöjd (Euthymic, 1998). Begreppet ”social functioning” valdes för att artiklar som undersökte sambanden mellan bipolär sjukdom, livskvalitet och social förmåga skulle erhållas. Sökorden kombinerades med operatoren AND för att få fram artiklar som berörde alla de använda sökorden (Forsberg & Wengström, 2008).

I Cinahl och PsychInfo gick det att begränsa sökningarna till artiklar som var ”peer-reviewed”. Detta gick däremot inte att göra i PubMed. För de artiklar som påträffades i PubMed var författarna istället tvungna att titta på om de var publicerade i en granskad tidskrift. Information om en tidskrift var granskad eller inte kunde hittas i databasen Ulrichs periodicals directory. Antalet träffar ansågs vara tillfredsställande och sökningarna behövdes därför inte göras smalare eller bredare. Artiklarna: ”Health-related quality of life and functioning of middle-aged and elderly adults with bipolar disorder” och ”The societal costs and quality of life of patients suffering from bipolar disorder in the Netherlands” påträffades genom manuell sökning efter att de utvalda artiklarnas referenslistor granskats. Tabell 2 nedan visar antalet träffar, granskade abstract, granskade artiklar och inkluderade artiklar från de olika databaserna.

Tabell 2. Databassökning gjord i PsychInfo, Cinahl och PubMed

Datum	Databas	Sökord	Identifierade artiklar (dvs träffar)	Granskade abstract	Granskade artiklar	Inkluderade artiklar
111004	PsychInfo	”Bipolar disorder” AND ”Quality of life” AND Mania“”	9	4	4	3
111004	PsychInfo	”Bipolar disorder” AND ”Quality of life” AND “Major Depression”	15	6	4	2
111004	PsychInfo	”Bipolar disorder” AND ”Quality of life” AND “Euthymic”	17	9	8	6
110912	Cinahl	”Bipolar disorder” AND ”Quality of life”	24	1	1	1
111004	PubMed	”Bipolar disorder” AND ”Quality of life” AND “Social functioning”	38	7	5	1
Totalt:			113	27	22	13

Bearbetning av material

Det första steget vid granskningen av träffarna var att välja ut de titlar som var av intresse. Därefter lästes abstracten till dessa artiklar och om dessa ansågs vara relevanta för den föreliggande studiens syfte läste författarna artiklarna i fulltext. Slutligen valdes de bästa artiklarna ut. 15 artiklar hittades. Artiklarna lästes av båda författarna och de centrala delarna av artiklarna diskuterades. Därefter sammanställdes artiklarna i en matris (se Bilaga II) där artiklarnas syfte, metod och resultat redovisades. Det förekom flera olika mätinstrument i artiklarna och för att underlätta läsningen av matrisen skrevs endast förkortningarna på mätinstrumenten in i matrisen. Författarna valde sedan att i Bilaga III skriva ut dessa förkortningar.

Artiklarna klassificerades och kvalitetsgranskades utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2006) modifierade bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering och kvalitet av studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats (se Bilaga I). Författarna tittade även på om de utvalda artiklarna var etiskt godkända. De utvalda artiklarna lästes upprepade gånger och viktiga fynd som hittades i artiklarna antecknades. För att få en ökad förståelse för de begrepp och ord som togs upp i artiklarna

användes engelska lexikon. Informationen som hittades i artiklarna delades därefter in i tre grupper beroende på vilken av de tre frågeställningarna informationen besvarade.

Giltighet/trovärdighet

Författarna till föreliggande studie strävade efter att arbeta på ett systematiskt sätt och försökte i största möjliga mån identifiera och värdera relevanta studier. De utvalda artiklarna kvalitetsbedömdes och undersöktes gällande syfte, urval, mätinstrument, analys med mera. Dessutom var de utvalda artiklarna tvungna att vara publicerade inom de senaste tio åren för att så färsk uppgifter som möjligt skulle fås fram (Forsberg & Wengström, 2008).

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

I föreliggande litteraturöversikt gjordes forskningsetiska överväganden vid ämnesval, datainsamling och bearbetning av resultat. Objektivitet och opartiskhet eftersträvades i största möjliga mån. Det innebar att författarna arbetade för att inte låta egna känslor, värderingar, intressen med mera påverka föreliggande studies upplägg eller slutsatser. Artiklarna som inkluderades i föreliggande studie var både etiskt och kritiskt granskade. Innehållet i artiklarna återspeglades så sanningsenligt som möjligt och inga texter kopierades. De resultat som hittades i artiklarna inkluderades oavsett hur de förhöll sig till författarnas ståndpunkt. Utöver detta strävade författarna efter att använda korrekt källhänvisning (Helgesson, 2006).

RESULTAT

Resultatet redovisas i tre delar, under följande rubriker: *Skillnader i livskvalitet mellan patienter med bipolär sjukdom och friska individer; Olika faktorerers påverkan på livskvalitén och dess områden* och *Skillnader i livskvalitén mellan tillstånden inom bipolär sjukdom*. De olika delarna besvarar föreliggande studies frågeställningar. De olika områdena av livskvalitén som nämns i resultatet utgår ifrån områdena i WHOQOL-Bref om inget annat anges.

Skillnader i livskvalitén mellan patienter med bipolär sjukdom och friska individer

Åtskilliga studier visade att livskvalitén för patienter med bipolär sjukdom var sämre i jämförelse med friska individer. Både de patienter som genomgick en sjukdomsepisod och de som hade en normal sinnesstämning upplevde en sämre livskvalitet än friska individer (Brissos, Dias, & Kapczinski, 2008; Depp, Davis, Mittal, Patterson & Jeste, 2006; Dias, Brissos, Frey & Kapczinski, 2008; Goossens, Hartong, Knoppert-van der Klein & van Achterber, 2008; Gutiérrez-Rojas et al., 2008; Sierra, Livianos & Rojo, 2005). Gutiérrez-Rojas et al. (2008) fann att patienter med bipolär sjukdom hade märkbart sämre poäng både på den fysiska och psykiska delen av SF-36 i jämförelse med den generella befolkningen, detta oberoende av kön och ålder. Hakkaart-van Roijen et al. (2004) fann också att patienter med bipolär sjukdom hade betydligt sämre poäng på den fysiska delen av SF-36 i jämförelse med den generella befolkningen, särskilt på punkten begränsad rollfunktion på grund av fysiska hälsoproblem.

Sierra et al. (2005) jämförde livskvalitén mellan patienter med bipolär sjukdom med normal sinnesstämning och den allmänna befolkningen. De konstaterade att patienterna med bipolär sjukdom med normal sinnesstämning hade sämre poäng på alla delar av SF-36 i jämförelse med den allmänna befolkningen. Liknande resultat fick Depp et al. (2006) men de fann inte

att patienterna med bipolär sjukdom hade sämre poäng än de friska individerna när det gällde den fysiska funktionen och smärta från SF-36. Goossens et al. (2008) och Dias et al. (2008) fann signifikanta skillnader mellan patienter med bipolär sjukdom och friska individer i alla områden av livskvalitén, bortsett från det miljömässiga området.

Olika faktorerers påverkan på livskvalitén och dess områden

Depressiva och maniska symtom

De depressiva symtomens negativa inverkan på livskvalitén hos patienter med bipolär sjukdom framkom i majoriteten av studierna (Depp et al., 2006; Gazalle et al., 2006; Goossens et al., 2008; Gutiérrez-Rojas et al., 2008; Sierra et al., 2005; Vojta, Kinoshian, Glick, Altshuler & Bauer, 2001; Yatham et al., 2004; Zhang, Wisniewski, Bauer, Sachs & Thase, 2006). Yatham et al. (2004) undersökte livskvalitén hos patienter med bipolär sjukdom som vid tidpunkten för bedömningen av livskvalitén var deprimerade eller hade upplevt en egentlig depressionsepisod två månader före bedömningen. De depressiva symtomens svårighetsgrad hade stark betydelse för hur livskvalitén skattades. Patienter med mildare depressiva symtom upplevde en bättre livskvalitet i jämförelse med de patienter som hade depressiva symtom av en svårare klinisk grad. Gutiérrez-Rojas et al. (2008) fann att förekomsten av depressiva symtom hade ett samband med den psykiska delen av SF-36. Patienterna vars depressiva symtom skattades som allvarigare upplevde en sämre psykisk livskvalitet.

Gazelle et al. (2006) jämförde i en studie livskvalitén hos patienter med bipolär sjukdom som var deprimerade, patienter som hade kvarvarande depressiva symtom och patienter som hade tillfrisknat från en egentlig depressionsepisod. Gazelle et al. (2006) konstaterade att alla områdena av livskvalitén påverkades negativt av depressiva symtom. Patienterna som hade tillfrisknat från en egentlig depressionsepisod uppvisade bäst livskvalitet, följt av patienterna som hade kvarvarande depressiva symtom. De deprimerade patienterna uppvisade sämst livskvalitet, bortsett från det sociala området av livskvalitén.

Förutom depressiva symtom hade maniska symtom också en negativ påverkan på livskvalitén (Depp et al., 2006; Gazalle et al., 2007). Enligt Depp et al. (2006) hade maniska symtom en negativ effekt främst på den psykiska delen av SF-36. Gazalle et al. (2007) fann att höga poäng från YMRS skalan var associerad med sämre livskvalitet i de sociala, fysiska och psykologiska områdena av livskvalitén. Det miljömässiga området av livskvalitén visade sig inte ha någon större koppling till poängen från YMRS. Dessa samband kunde ses oberoende av demografiska faktorer såsom kön, ålder, inkomst och depressiva symtom.

Vidare konstaterade Gazalle et al. (2007) att vissa punkter från YMRS skalan påverkade vissa delar av livskvalitén mer än andra. Exempelvis påverkade punkterna sömn och irritabilitet från YMRS skalan alla delarna av livskvalitén negativt, medan punkten utseende/framställning framför allt påverkade det fysiska området av livskvalitén negativt och punkten ökad motorisk aktivitetsenergi främst påverkade det sociala området av livskvalitén negativt. Punkten förhöjd sinnesstämning ansågs däremot påverka det miljömässiga området av livskvalitén positivt.

Psykologiska faktorer

Goossens et al. (2008) utforskade psykopatologiska symtom såsom ångest, fientlighet och sömnsvårigheters effekt på livskvalitén hos öppenvårdspatienter med bipolär sjukdom. Majoriteten av patienterna uppgav att de hade en normal sinnesstämning vid tidpunkten för

utvärderingen av livskvalitén och resterande ansåg sig vara antingen deprimerade eller maniska. Ett samband upptäcktes mellan antalet psykopatologiska symtom och den självskattade livskvalitén på så sätt att en sämre livskvalitet var förknippad med fler psykopatologiska symtom. Alla patienter oavsett sinnesstämning uppgav att de hade psykopatologiska symtom, men patienterna som var deprimerade rapporterade fler symtom och en sämre livskvalitet i jämförelse med de patienter som hade en normal eller manisk sinnesstämning (Goossens et al., 2008). Vidare fann Depp et al. (2006) att det var den psykiska delen av SF-36 som påverkades negativt av de psykopatologiska symtomen.

En annan faktors betydelse för livskvalitén var sjukdomsinsikten. Graden av sjukdomsinsikt var förknippad med framför allt de psykologiska och miljömässiga områdena av livskvalitén. I enlighet med Dias et al. (2008) upplevde de patienter som hade god sjukdomsinsikt det vill säga var medvetna om sin psykiska sjukdom, läkemedelsbiverkningar och sociala konsekvenser en bättre livskvalitet inom både de psykologiska och miljömässiga områdena av livskvalitén. De patienter som endast uppvisade medvetenhet om sin psykiska sjukdom och de medicinska effekterna hade en bättre självupplevd livskvalitet inom det miljömässiga området (Dias et al., 2008).

Sociala faktorer

Olika sociala faktorerers inverkan på livskvalitén studerades av Chand, Mattoo & Sharan (2004) som undersökte vilken påverkan dagliga problem och påfrestande livshändelser hade på livskvalitén hos patienter med bipolär sjukdom som hade tillfrisknat från en sjukdomsepisod. De dagliga problemens svårighetsgrad var en betydande faktor för hur patienterna upplevde sin livskvalitet. Patienterna som uppgav att de hade dagliga problem av mindre svårighetsgrad upplevde bättre livskvalitet. Påfrestande livshändelser som inte hade skett det senaste året var negativt förknippade med områdena fysisk hälsa och fritidsaktiviteter från Q-LES-Q skalan.

I en intervjustudie gjord av Michalak, Yatham, Kolesar & Lam (2006) fick deltagare med bipolär sjukdom rangordna de faktorer de tyckte var viktigast för att uppnå en god livskvalitet. Majoriteten av deltagarna uppgav att socialt stöd var den viktigaste bidragande faktorn för en god livskvalitet. Psykisk hälsa kom på andra plats följt av ekonomisk status, sysselsättning och självständighet. Det sociala stödet kunde se olika ut för deltagarna. För vissa bestod det sociala stödet av en nära relation till familjen. För andra kunde det sociala stödet även innefatta vänner, arbetskamrater och samhället. Oavsett hur det sociala stödet såg ut så var det viktiga för deltagarna att ha personer i sin närhet som inte dömde dem, utan kunde förstå och acceptera dem för den de var. Sociala stödets positiva betydelse poängterades även av Gutiérrez-Rojas et al. (2008). De fann att det sociala stödet förbättrade den psykiska delen av SF-36.

Michalak et al. (2006) beskrev vidare i sin studie att rutiner och struktur för vissa av deltagarna var en viktig faktor för att uppnå god livskvalitet. Rutiner kunde enligt dessa deltagare skapas genom arbetet, skolan, sociala kontakter, fritidsaktiviteter eller andligt utövande. Även betydelsen av psykologiska rutiner som regelbunden sömn, mat och träning poängterades. Andra deltagare menade istället på att det var svårare att klara sig i en allt för strukturerad miljö. De föredrog istället flexibilitet så att de kunde anpassa sitt dagliga liv utifrån deras psykiska tillstånd. En annan punkt som togs upp var betydelsen av att vara självständig. Med självständighet menades i det här fallet självständighet från familjen, ekonomisk självständighet och att vara oberoende av sjukvårdssystemet. Deltagarna ville vara mer självgående och inte lika beroende av exempelvis ekonomiskt stöd från familjen och samhället.

Övriga faktorer

I ett antal studier undersöktes olika demografiska, kliniska och neurokognitiva faktorer betydelse för livskvalitén hos patienter med bipolär sjukdom (Brissos et al. 2008; Dias et al., 2008; Gutiérrez-Rojas et al., 2008; Sierra et al, 2005). Brissos et al. (2008), Dias et al. (2008) och Gutiérrez-Rojas et al. (2008) fann alla ett tydligt samband mellan åldern och de olika områdena av livskvalitén. Stigande ålder var associerat med en sämre livskvalitet både vad gäller de fysiska och de psykologiska områdena. Brissos et al. (2008) konstaterade även att sjukdomens varaktighet hade ett samband med de fysiska och miljömässiga områdena av livskvalitén. Det vill säga patienter med längre sjukdomsvaraktighet uppvisade sämre livskvalitet inom dessa områden. Utbildningsnivån ansågs av Brissos et al. (2008) ha ett samband med de psykologiska och miljömässiga områdena av livskvalitén och visade på att patienter med bättre utbildning hade bättre livskvalitet inom dessa områden. Gutiérrez-Rojas et al. (2008) hittade dessutom att den psykiska delen av SF-36 var negativt förknippad med tidig sjukdomsdebut (under 20 års ålder), typ av bipolär sjukdom och ett stort nikotinberoende.

Alla områden av livskvalitén ansågs av Brissos et al. (2008) kunna påverkas av minst en klinisk och en neurokognitiv faktor, bortsett från det sociala området av livskvalitén som framför allt ansågs kunna påverkas av kliniska faktorer. Det fysiska området av livskvalitén ansågs kunna påverkas av bland annat utbildningsnivå och exekutiv förmåga. Det psykologiska området av livskvalitén ansågs kunna påverkas av bland annat medvetenheten av sociala konsekvenser och poängen från ett neurokognitivt test om förståelse. Poängen från det neurokognitiva testet om förståelse ansågs även kunna påverka det sociala området av livskvalitén.

Sierra et al. (2005) undersökte också om det fanns något samband mellan poängen från SF-36 hos patienterna med bipolär sjukdom och demografiska faktorer såsom äktenskapligt status, arbetssituation och kön eller kliniska faktorer såsom debut, sjukdomens varaktighet och antalet inläggningar. Inga märkbara skillnader kunde hittas, förutom sambandet mellan roll begränsningar på grund av emotionella problem från SF-36 och ökningen av antalet depressiva episoder.

Skillnader i livskvalitén mellan tillstånden inom bipolär sjukdom

Zhang et al. (2006) visade i sin studie att den självupplevda livskvalitén skilde sig åt mellan de olika tillstånden inom bipolär sjukdom. En märkbar skillnad kunde ses mellan de olika tillstånden och den psykiska delen av SF-36 och Q-LES-Q skalan. Patienter med bipolär sjukdom med normal sinnesstämning uppvisade bäst resultat på den psykiska delen av SF-36 och Q-LES-Q skalan därefter kom patienter som befann sig ett blandat tillstånd följt av patienter som befann sig i ett maniskt/hypomaniskt tillstånd. Patienterna som befann sig i ett depressivt tillstånd uppvisade sämst resultat på den psykiska delen av SF-36 och Q-LES-Q skalan. Dessa samband kunde ses oberoende av kliniska och demografiska faktorer.

Liknande resultat erhöles i en studie av Vojta et al. (2001) som undersökte livskvalitén hos patienter med bipolär sjukdom som befann sig i olika tillstånd. Mätinstrumenten som användes var SF-12 och EuroQol och skillnaden mellan de olika tillstånden kunde även här ses i den psykiska delen av SF-12 och i EuroQol. Patienterna som befann sig i ett normalt tillstånd uppvisade högre poäng på den psykiska delen av SF-12 än patienterna som befann sig i ett maniskt/hypomaniskt eller depressivt tillstånd. De patienter som befann sig i ett maniskt/hypomaniskt eller depressivt tillstånd uppvisade lika höga poäng på den psykiska

delen av SF-12. Poängen från EuroQol visade att patienter med normal sinnesstämning och patienter med mani/hypomani skattade sin självupplevda livskvalitet lika högt, medan patienterna som befann sig i ett blandat tillstånd eller i ett depressivt tillstånd skattade sin självupplevda livskvalitet som lika hög (Vojta et al., 2001).

I en italiensk studie (Piccini et al., 2007) undersöktes tillfrisknadsgradens betydelse för den hälsorelaterade livskvaliteten hos patienter med bipolär sjukdom. Patienterna som deltog i studien delades in i grupper beroende på graden av tillfrisknad. Signifikanta skillnader upptäcktes mellan grupperna för ett antal punkter från SF-36, nämligen: fysisk funktion, generell hälsa, vitalitet, social funktion och psykisk hälsa. Inom alla dessa delar upplevde patienterna som hade tillfrisknat helt från en episod bäst livskvalitet i jämförelse med patienterna som hade kvarstående maniska eller depressiva symtom. Dock upplevde patienterna med kvarstående maniska symtom bättre livskvalitet än patienterna med kvarstående depressiva symtom i delar såsom generell hälsa, vitalitet och psykisk hälsa.

DISKUSSION

Metoddiskussion

En litteraturoversikt valdes som metod för att besvara föreliggande studies syfte då denna metod ansågs vara lämplig. Metoden innebar att en sammanställning av forskningsläget kunde fastställas över hur livskvaliteten ser ut för vuxna med bipolär sjukdom. Den framtagna analysen skulle sedan kunna användas för att förbättra vårdarbetet och visar även på områden som inte har blivit tillräckligt utforskade. En annan fördel som författarna till föreliggande studie fann med denna metod var att den gav tillgång till forskning med både kvantitativ och kvalitativ utgångspunkt (Friberg, 2006). Endast en relevant kvalitativ artikel hittades och inkluderades i föreliggande studie. Det hade annars varit intressant att se om fler kvalitativa artiklar hade gett ett annat resultat eller mer detaljerad information.

Artiklar som undersökte sambanden mellan bipolär sjukdom, livskvalitet och samsjuklighet exkluderades. Detta kan ha inneburit att artiklar av intresse kan ha fallit bort. Författarna till föreliggande studie anser dock att detta var nödvändigt för att ett tydligare samband mellan bipolär sjukdom och livskvalitet skulle kunna ses. En annan begränsning som gjordes var att endast ha med artiklar som publicerats inom de senaste tio åren. Denna begränsning gjordes för att så färsk och aktuella uppgifter som möjligt skulle fås fram.

Enligt Willman et al. (2006) kan det vara lämpligt att söka igenom så många relevanta databaser som möjligt vid en litteratursökning. Författarna till föreliggande studie bestämde sig därför för att söka artiklar i tre databaser: PubMed, Cinahl och PsychInfo. Vid val av sökord försökte författarna använda sig av databasernas ämnesord i den mån det gick. Detta eftersom användandet av databasernas ämnesord gör att artiklar som endast behandlar det sökta ämnet fås fram. Sökningarna i PsychInfo gjordes med Keywords bortsett från begreppet "euthymic" som det inte fanns något passande Keyword till. I PubMed var det dock lite svårare att hitta passande MesH-termer, vilket gjorde att författarna var tvungna att även använda sig av fritextsökning i denna databas. Både PsychInfo och PubMed gav liknande träffar, däremot erhöles en mer preciserad sökning i PsychInfo i och med att författarna nästan uteslutande använt sig av ämnesord i denna databas.

Ett av sökorden som användes vid databassökningarna var "social functioning". Att detta sökord användes var för att författarna till föreliggande studie ansåg efter att ha tagit del av

aktuell forskning om bipolär sjukdom att social förmåga och livskvalitet är två begrepp som är korrelerade. Av det författarna har förstått påverkar patienternas sociala förmåga viktiga områden som är väsentliga för att kunna leva ett tillfredsställande liv och därmed för att kunna uppnå en god livskvalitet. En god social förmåga är en förutsättning för att kunna samverka tillfredsställande med familj, vänner och arbetskamrater. Dessutom är det viktigt med en god social förmåga för att kunna etablera sig på arbetsmarknaden och behålla ett arbete. Den sociala förmågan berör således två viktiga områden det vill säga förmågan att interagera med andra människor och förmågan att kunna försörja sig själv.

Artiklarna som valdes höll god kvalitet och granskades utifrån deras syfte, design, urval, mätinstrument, analys och tolkning (Forsberg & Wengström, 2008). Det som däremot gjorde att vissa av de inkluderade artiklarnas vetenskapliga kvalitet värderades som II var deras låga deltagarantal. Deltagarantalet låg hos de flesta av de inkluderade studierna under 100 deltagare. Däremot hade majoriteten av de utvalda studierna ett bortfall som låg på noll personer. Att urvalet och antalet studerade individer är tillräckligt stort är viktigt för att kunna dra tillförlitliga slutsatser av en tvärsnittsstudie. För att kunna generalisera resultatet är det även viktigt att bortfallet inte är för stort (Andersson, 2006). Det hade varit bättre om studier med ett större deltagarantal hade hittats, samtidigt ser författarna positivt på det låga bortfallet.

Författarna till föreliggande studie önskade ha med studier gjorda i olika delar av världen. De inkluderade artiklarna i föreliggande studie kom från Europa, Asien, Nord- och Sydamerika. I och med att de inkluderade studierna framför allt kommer från I-länder kan resultatet från föreliggande studie framför allt tänkas gälla I-länder. Resultatet från föreliggande studie kan inte anses gälla individer under 18 år i och med att de undersökta artiklarnas undersökningsgrupp i föreliggande studie var från 18 år och uppåt.

En svårighet som dök upp under bearbetningen av artiklarna var översättningen av vissa ord och begrepp till svenska. Exempelvis var det svårt att översätta begreppet "euthymic" till svenska då ordet saknar en svensk motsvarighet. Författarna har dock gjort sitt bästa i att hitta adekvata förklaringar och översättningar till de ord och begrepp som tagits upp i artiklarna. Det finns dock alltid en risk för feltolkningar vid översättningar.

Majoriteten av de inkluderade artiklarna var så kallade tvärsnittstudier. Dessa studier ger en "ögonblicksbild" av populationen som studeras gällande olika faktorer, till exempel sjukdomsförekomst (Rothman, 2002). Tvärsnittstudierna kan även visa om det finns ett samband mellan flera faktorer. Dock bör longitudinella studier användas för att med säkerhet kunna fastställa ett eventuellt orsakssamband (Andersson, 2006). Författarna till föreliggande studie önskade ha med longitudinella studier, men fann dock inte några sådana. Behovet av fler longitudinella studier vad gäller livskvaliteten hos vuxna med bipolär sjukdom belystes även i ett flertal av de inkluderade artiklarna.

Resultatdiskussion

Föreliggande litteraturöversikt visade på att livskvaliteten hos patienter med bipolär sjukdom är sämre i jämförelse med friska individer. Både de patienter med normal sinnesstämning och de med en pågående sjukdomsepisod hade sämre livskvalitet än friska individer. Dessa fynd överensstämmer med det Michalak et al. (2008) och Michalak et al. (2005) har funnit i sina litteraturöversikter. Att även de patienter med normal sinnesstämning upplevde att de hade en sämre livskvalitet kan bero på att de under denna period tvingas ta tag i konsekvenserna efter exempelvis en manisk episod. Enligt Hummelvoll och Severinsson (2002) kan patienten efter

en manisk episod börja tvivla på sig själv och sin förmåga på grund av det han/hon har gjort under den maniska episoden. Dessutom kan patientens lidande förstärkas av att patienten förväntar sig att det maniska beteendet kommer att påverka andras syn på denne under en längre tid framöver.

Att de fysiska och psykiska områdena av livskvalitén skattades som lägre av patienterna med bipolär sjukdom i jämförelse med de friska individerna kan bero att de symtom som dessa patienter känner av framförallt påverkar dessa områden av livskvalitén. Det fysiska området av livskvalitén innefattar bland annat energi och trötthet och sömn och vila (WHOQOL Group, 1998). Vid en egentlig depressionsepisod kan symtom som brist på energi och störd sömn ingå och vid en manisk episod kan symtom som hyperaktivitet och minskat sömnbehov förekomma (MINI-D IV, 1998). Dessa symtom skulle därför mycket väl kunna inverka negativt på den fysiska hälsan. Det psykiska området av livskvalitén innefattar bland annat negativa känslor, positiva känslor, självkänsla, tankar och koncentration (WHOQOL Group, 1998). Vid en egentlig depressionsepisod kan nedstämdhet, minskad tanke- eller koncentrationsförmåga och dödstanke förekomma och vid en manisk episod är det vanligt med tankeflykt och att patienten är lätt distraherad (MINI-D IV, 1998). Detta skulle kunna inverka negativt på den psykiska hälsan.

Majoriteten av studierna konstaterade att de depressiva symtomen påverkade livskvalitén negativt och att en ökad svårighetsgrad av depressiva symtom var associerad med en sämre livskvalitet. De depressiva symtomen kan påverka familjerelationer, arbetsförmåga med mera, vilket kan förklara att dessa patienter upplever en sämre livskvalitet. De depressiva symtomen kan göra det svårt för den drabbade patienten att fungera. Detta kan innebära att övriga familjemedlemmar måste ta ett större ansvar för exempelvis hushållssysslor och ekonomin (Lam et al., 2005). Med symtom som brist på energi, entusiasm, försämrat självförtroende och tillbakadragande från andra människor kan det vara svårt för den drabbade patienten att prestera på jobbet eller överhuvudtaget arbeta (Michalak et al., 2007). Andra människor i personens omgivning kan även finna det svårt att vara i närheten av en individ med egentlig depression och därför hålla sig undan (Lam et al., 2005).

Ett samband mellan graden av tillfrisknad och upplevd livskvalitet hos patienter med bipolär sjukdom hittades. Kvarstående maniska och depressiva symtom visade sig ha betydelse för hur livskvalitén skattades. Bäst livskvalitet upplevde de patienter som hade tillfrisknat helt från en episod och sämst livskvalitet upplevdes av patienterna med kvarstående depressiva symtom. Resultatet visar på vilken betydelse depressiva symtom har för livskvalitén även när dessa inte uppfyller kraven för en egentlig depressionsepisod. Sambandet mellan kvarstående depressiva symtom och livskvalitén kan också förklara varför patienter som tillfrisknat från en episod upplever sämre livskvalitet i jämförelse med friska individer. Detta visar även på vikten att behandla även kvarstående depressiva symtom.

Även maniska symtom visade sig påverka livskvalitén negativt. Detta kan tyda på att mani även kännetecknas av dysfori. Maniska symtom påverkar också områden som familj, vänner och arbete. Många närstående är exempelvis rädda för det aggressiva och våldsamma beteende som kan känneteckna en patient med mani (Dore & Romans, 2005). Patienter med mani kan också genom sitt impulsiva köpande försätta familjen i en ekonomisk svårighet. Detta i sin tur skulle kunna påverka familjedynamiken. Patienter med mani kan vara självcentrerade och ha svårt att ta hänsyn till människor i sin omgivning, vilket kan leda till att de kan förlora vänner (Hummelvoll & Severinsson, 2002). Ökad produktivitet i ett maniskt tillstånd kan leda till konflikter på arbetsplatsen om patienten med mani använder sin

produktivitet genom att exempelvis överstiga sina befogenheter eller lägga sig i andras arbeten (Michalak et al., 2007).

Andra faktorer såsom graden av dagliga problem och påfrestande livshändelser påverkade också livskvaliteten negativt. Patienter med bipolär sjukdom kan på grund av sin sjukdom stöta på fler hinder och problem i sin vardag. Exempelvis kan det vara svårt för dessa patienter att behålla ett jobb (Morselli et al., 2004). Faktorer som stigande ålder och tidig sjukdomsdebut hade också ha en negativ inverkan på livskvaliteten hos patienter med bipolär sjukdom. Att stigande ålder påverkade livskvaliteten negativt kan bero på att risken för att drabbas av andra sjukdomar ökar med åldern. Att de med tidig sjukdomsdebut eller längre sjukdomsvaraktighet skattat sin livskvalitet som sämre kan bero på att deras episoder hunnit utvecklas och bli svårare.

Det fanns även faktorer som bidrog till en bättre livskvalitet. Bland dessa faktorer fanns socialt stöd och rutiner och struktur i vardagen. Att det sociala stödet är så pass viktigt för patienter med bipolär sjukdom kan bero på att dessa individer periodvis är väldigt beroende av andra. Rutiner och struktur kan för vissa vara ett sätt att hantera vardagen som med bipolär sjukdom kan vara oförutsägbar. Även en ökad sjukdomsinsikt visade sig vara associerad med en bättre livskvalitet vad gäller de psykologiska och miljömässiga områdena. Att en ökad sjukdomsinsikt kan leda till en bättre livskvalitet inom det psykologiska området kan förklaras av att patienter med insikt i sin sjukdom är medvetna om vad som påverkar deras psykiska hälsa negativt respektive positivt. I det miljömässiga området av livskvaliteten tas bland annat ekonomisk status och frihet och fysisk säkerhet upp (WHOQOL Group, 1998). Att de patienter med god sjukdomsinsikt uppvisade bättre livskvalitet inom det miljömässiga området kan bero på att de är mer medvetna om sin ekonomiska situation, vilken frihet de har och hur deras fysiska säkerhet ser ut.

Det fanns tydliga skillnader mellan hur livskvaliteten bedömdes av patienterna med bipolär sjukdom. De med bipolär sjukdom med normal sinnesstämning bedömde sin livskvalitet som bäst följt av patienterna med mani/hypomani, blandade symtom och de med egentlig depression. Detta visar på att både de maniska och de depressiva symtomen påverkar livskvaliteten negativt och att ett tillstånd utan dessa symtom bör eftersträvas. Vidare visar detta på att det troligtvis är de depressiva symtomen som mest påverkar livskvaliteten negativt. De patienter som befann sig i en blandad episod hade depressiva symtom, men inte i den grad som de patienter som befann sig i en egentlig depressionsepisod. Detta är troligtvis därför patienterna i en blandad episod uppvisade bättre livskvalitet än patienterna med en egentlig depression.

Det var framför allt de depressiva symtomen som påverkade livskvaliteten negativt hos patienter med bipolär sjukdom. Omvårdnaden och behandlingen vid bipolär sjukdom bör därför fokusera på att behandla de depressiva symtomen så effektivt som möjligt. Det sociala stödets betydelse för en god livskvalitet poängterades även och därför är det av vikt att sjuksköterskan hjälper patienten att ta tillvara eller få ett bättre socialt stöd.

Slutsats

Fyndet från föreliggande studie visar att patienter med bipolär sjukdom upplever sämre livskvalitet i jämförelse med friska individer. En trolig anledning till detta är förmodligen de många och svåra symtomen som dessa patienter känner av. Symtomen som dessa patienter upplever gör det svårt för dem att upprätthålla relationer, bevara ett arbete, planera inför framtiden med mera. Dessa patienter lever dessutom i en oviss tillvaro där de aldrig vet när

nästa sjukdomsepisod kommer, hur den kommer att manifestera sig eller hur allvarlig den kommer att vara. Utöver detta måste dessa patienter leva med att det är en livslång sjukdom de har och kunna anpassa sitt liv utifrån deras psykiska tillstånd.

Fortsatta studier

Författarna till föreliggande studie upplever att livskvalitén hos patienter med bipolär sjukdom är ett område som delvis är outforskat. Det finns bland annat ett större behov av fler longitudinella studier för att få en bättre förståelse för hur symtomen vid bipolär sjukdom påverkar livskvalitén på längre sikt. Dessutom fann författarna till föreliggande studie endast en kvalitativ studie som beskrev livskvalitén hos vuxna med bipolär sjukdom. För att få fler personliga beskrivningar av hur livskvalitén ser ut för vuxna med bipolär sjukdom kan det i framtiden vara bra med fler kvalitativa studier.

De referenser i referenslistan som har en * framför sig är de referenser som förekommer i resultatet.

REFERENSER

Andersson, I. (2006). *Epidemiologi för hälsovetare: En introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Bauer, M, & Pfenning, A. (2005). Epidemiology of bipolar disorders. *Epilepsia*, 46 (4), 8-13.

Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad,1999:3). Stockholm: SBU, SFF.

* Brissos, S., Dias, V. V., & Kapczinski, F. (2008). Cognitive performance and quality of life in bipolar disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53 (8), 517-524.

* Chand, P. K., Mattoo, S. K., & Sharan, P. (2004). Quality of life and its correlates in patients with bipolar disorder stabilized on lithium prophylaxis. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58 (3), 311-318.

Chitty, K. K. (2004). Mood disorders. In Kneils, C. R., Wilson, S. W. & Trigoboff, E. (Eds.), *Contemporary psychiatric-mental health nursing* (ss. 335-365). Upper Saddle River, N.J. : Pearson/Prentice Hall.

Coons, S. J., Rao, S., Keininger D., L. & Hays R., D. (2000). A comparative review of generic quality-of-life instruments. *Pharmacoeconomics*, 17 (1), 13-35.

Cornwell, C. J. (2006). The client with a mood disorder. In Mohr, M. K. (Ed.), *Psychiatric-mental nursing* (577-618). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

* Depp, C. A., Davis, C. E., Mittal, D., Patterson, T. L., & Jeste, D. (2006). Health-related quality of life and functioning of middle-aged and elderly adults with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67 (2), 215-221.

* Dias, V. V., Brissos, S., Frey, B. N., & Kapczinski, F. (2008). Insight, quality of life and cognitive functioning in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 110 (1-2), 75-83.

Diflorio, A. & Jones, I. (2010). Is sex important? Gender differences in bipolar disorder. *International Review of Psychiatry*, 22 (5), 437-452.

Dore, G. & Romans, S. E. (2001). Impact of bipolar affective disorder on family and partners. *Journal of Affective Disorders*, 67(1-3), 147-158.

Elgie, R. & Morselli, P. L. (2007). Social functioning in bipolar patients: the perception and perspective of patients, relatives and advocacy organizations - a review. *Bipolar Disorders*, 9 (1-2), 144-157.

Fayers, P. M. & Machin, D. (2007). *Quality of life: The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes* (2nd ed.). Chichester: Wiley.

Euthymic (1998). I *Mosby's medical, nursing & allied health dictionary 5th ed.* (s. 595). St. Louis: Mosby.'

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.

Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

* Gazelle, F. K., Andrezza, A. C., Hallal, P. C., Kauer-Sant' Anna, M., Ceresér, K. M., Soares, J. C.,... Kapczinski, F. (2006). Bipolar depression: the importance of being on remission. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (2), 93-96.

* Gazalle, F. K., Hallal, P. C., Andrezza, A. C., Frey, B. N., Kauer-Sant`Anna, M., Weyne, F.,... Kapczinski, F. (2007). Manic symptoms and quality of life in bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 153(1), 33-38.

Gladis, M. M., Gosch, E. A., Dishuk, N. M. & Crits-Christoph, P. (1999). Quality of life: expanding the scope of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (3), 320-331.

* Gossens, P. J., Hartong, E. G., Knoppert-van der Klein, E. A., & van Achterber, T. (2008). Self-reported psychopathological symptoms and quality of life in outpatients with bipolar disorder. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44 (4), 275-284.

Gournay, K. (2009). Mood disorders: depression and mania. In R. Newell & K. Gournay (Ed.), *Mental health nursing: An evidence-based approach* (2nd ed.)(ss. 75-94). Edinburgh: Churchill Livingstone.

* Gutiérrez-Rojas, L., Gurpegui, M., Ayuso-Mateos, J.L., Gutiérrez-Ariza, J.A., Ruiz-Veguilla, M., & Jurando, D. (2008). Quality of life in bipolar disorder patients: a comparison with a general population sample. *Bipolar Disorders*, 10 (5), 625-634.

* Hakkaart-van Roijen, L., Hoeijenbos, M. B., Regeer, E. J., ten Have, M., Nolen, W. A., Veraart, C. P., & Rutten, F. F. (2004) The societal costs and quality of life of patients suffering from bipolar disorder in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110 (5), 383-392.

Harvey, D.P. (2006). Defining and achieving recovery from bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 67 (Suppl 9), 14-18.

Hayhurst, H., Palmer, S., Abbott, R., Johnson, T. & Scott, J. (2006). Measuring health-related quality of life in bipolar disorder: relationship of the EuroQol (EQ-5D) to condition-specific measures. *Quality of Life Research*, 15 (7), 1271-1280.

Helgesson, G. (2006). *Forskningsetik för medicinare och naturvetare*. Lund: Studentlitteratur.

Hummelvoll, J. K. & Severinsson, E. (2002). Nursing staffs' perceptions of persons suffering from mania in acute psychiatric care. *Journal of advanced nursing*, 38 (4), 416-424.

Judd, L. L., Schettler, P. J., Akiskal, H. S., Maser, J., Coryell, W., Solomon D.,...Keller M. (2003). Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar II disorders. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 6, 127–137.

Lam, D., Donaldson, C., Brown, Y. & Malliaris, Y. (2005). Burden and marital and sexual satisfaction in the partners of bipolar patients. *Bipolar Disorders*, 7 (5), 431-440.

Michalak, E. E., Murray, G., Young, A. H. & Lam, R. W. (2008). Burden of bipolar depression: impact of disorder and medications on quality of life. *CNS Drugs*, 22 (5), 389-406

* Michalak, E. E., Yatham, L. N., Kolesar, S., & Lam, R. W. (2006). Bipolar disorder and quality of life: A patient-centered perspective. *Quality of Life Research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 15 (1), 25-37.

Michalak, E. E., Yatham, L.N. & Lam, R.W. (2005). Quality of life in bipolar disorder: a review of the literature. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15, 3:72.

Michalak, E. E., Yatham, L. N., Maxwell, V., Hale, S. & Lam, R. W. (2007). The impact of bipolar disorder upon work functioning: a qualitative analysis. *Bipolar Disorders*, 9(1-2), 126-143.

MINI-D IV: Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV (2:a uppl.). (1998). Danderyd: Pilgrim Press.

Morselli, P. L., Elgie, R. & Cesana, B. M. (2004). GAMIAN-Europe/BEAM survey II: cross-national analysis of unemployment, family history, treatment satisfaction and impact of the bipolar disorder on life style. *Bipolar Disorders*, 6 (6), 487-497.

Namjoshi, M. A. & Buesching, D. P. (2001). A review of the health-related quality of life literature in bipolar disorder. *Quality of Life Research*, 10 (2), 105-15.

Ottosson, J.-O. (2009). *Psykiatri*. Stockholm: Liber.

Parsons, S. (2004). The person with a mood disorder. In I. Norman & I. Ryrie (Ed.), *The art and science of mental health nursing* (ss. 389-415). Maidenhead : Open University Press.

* Piccini, A., Catena, M., Del Debbio, A., Marazziti, D., Monje, C., Schiavi, E.,... Dell'Osso L. (2007). Health-related quality of life and functioning in remitted bipolar I outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 48 (4), 323-328.

Pini, S., de Queiroz, V., Pagnin, D., Pezawas, L., Angst, J., Cassano, G. B. & Wittchen H. U. (2005). Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 425–434.

Rothman, K. J. (2002). *Epidemiology: An introduction*. Oxford: Oxford University Press.

Sanchez-Moreno, J., Martinez-Aran, A., Tabarés-Seisdedos, R., Torrent, C., Vieta, E. & Ayuso-Mateos, J. L. (2009). Functioning and disability in bipolar disorder: an extensive review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78 (5), 285-297.

Shives, L. R. (2008). *Basic concepts of psychiatric–mental health nursing* (7th ed.). Philadelphia, Pa.: Lippincott, Williams & Wilkins.

* Sierra, P., Livianos, L. & Rojo, L. (2005). Quality of life for patients with bipolar disorder: relationship with clinical and demographic variables. *Bipolar disorders*, 7(2), 159-165.

Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010: stöd för styrning och ledning*. Hämtad 17 januari från:
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-3-4>

Stuart, G.W. (2009). Emotional responses and mood disorders. In G.W. Stuart (Ed.), *Principles and practice of psychiatric nursing* (ss. 282-312). St. Louis: Mosby.

Sun, F. K., Long, A., Boore, J. & Tsao, L. I. (2005). Nursing people who are suicidal on psychiatric wards in Taiwan: action/interaction strategies. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 275–282.

Videbeck, S. L. (2011). *Psychiatric-mental health nursing* (5th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

* Vojta, C., Kinosian, B., Glick, H., Altshuler, L. & Bauer, M. S. (2001). Self-reported quality of life across mood states in bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42 (3), 190-195.

Ware, J. Jr., Kosinski, M. & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34 (3), 220-233.

Ware, J. E. Jr. & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30 (6), 473-483.

WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41 (10), 1403-1409.

WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.

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

* Yatham, L. N., Lecrubier, Y., Fieve, R. R., Davis, K. H., Harris, S. D., & Krishnan, A. A. (2004). Quality of life in patients with bipolar I depression: data from 920 patients. *Bipolar Disorders*, 6 (5), 379-385.

* Zhang, H., Wisniewski, S. R., Bauer, M. S., Sachs, G. S. & Thase, M. E. (2006). Comparisons of perceived quality of life across clinical states in bipolar disorder: data from the first 2000 Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) participants. *Comprehensive Psychiatry*, 47(3), 161-168.

Åsberg, M. & Mårtensson, B. (2009). Förstämningssyndrom. I J. Herlofson (Red.), *Psykiatri* (ss. 305-334). Lund: Studenlitteratur.

Tabell 1. Bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals-process; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Brissos, S., Dias, V. V., Kapczinski, F. 2008 Portugal	Cognitive performance and quality of life in bipolar disorder	Att undersöka sambandet mellan den kognitiva förmågan och den självskattade livskvaliteten hos patienter med bipolär sjukdom typ I med normal sinnesstämning.	En tvärsnittsstudie genomfördes där patienter med bipolär sjukdom typ I som haft normal sinnesstämning i minst en månad deltog. De fick värdera sin livskvalitet med hjälp av den portugisiska versionen av frågeformuläret WHOQOL-Bref. De fick även genomgå ett antal neuropsykologiska tester. En jämförelse gjordes med en kontrollgrupp bestående av 50 friska individer.	n = 55 (0)	Patienterna upplevde en sämre livskvalitet inom alla områden av WHOQOL-Bref i jämförelse med kontrollgruppen. Resultaten på de neuropsykologiska testerna var betydligt sämre i förhållande till kontrollgruppen. Ett samband hittades mellan den fysiska livskvaliteten och de neuropsykologiska testerna. De patienter som fick sämre resultat på de neuropsykologiska testerna upplevde en sämre livskvalitet.	II R
Chand P. K., Mattoo S. K., Sharan P. 2004 Indien	Quality of life and its correlates in patients with bipolar disorder stabilized on lithium prophylaxis.	Att undersöka livskvaliteten hos patienter med bipolär sjukdom typ I med normal sinnesstämning samt att undersöka sambanden mellan livskvaliteten och olika demografiska och kliniska faktorer.	Vid ett möte med forskaren fick patienterna med bipolär sjukdom som hade normal sinnesstämning skatta sin livskvalitet med de hindiska versionerna av WHOQOL-Bref och Q-LES-Q. Vidare bedömdes patienternas sociala stöd, funktionsrubbnings, dagliga problem och stressiga livshändelser med hjälp av olika mätinstrument. En jämförelse gjordes sedan med en kontrollgrupp bestående av 20 friska individer.	n = 50 (0)	Patienterna med bipolär sjukdom skattade sin livskvalitet på samma nivå som kontrollgruppen. Livskvaliteten var bättre för de patienter som var yngre och som upplevde dagliga problem av mindre svårighetsgrad. Låg livskvalitet var förknippad med antalet sjukdomsepisoder, funktionsrubbnings och mängden dagliga problem.	II R

<p>Depp, C. A., Davis, C. E., Mittal, D., Patterson, T. L., Jeste, D. V. 2006 USA</p>	<p>Health-related quality of life and functioning of middle-aged and elderly adults with bipolar disorder</p>	<p>Att utvärdera den hälsorelaterad livskvalitén och den funktionella förmågan hos äldre öppenvårdspatienter med bipolär sjukdom samt att undersöka förhållandet mellan den hälsorelaterad livskvalitén och sjukdomens egenskaper.</p>	<p>Deltagarna fick vid ett möte med utbildad personal skatta sin livskvalitet med hjälp av mätsinstrumenten SF-36. Vid mötet erhöles även sociodemografisk data. Vid tidpunkten för bedömningen hade fyra stycken patienter en egentlig depressionsepisod, 11 stycken en (hypo)manisk episod och 12 stycken var fullt tillfrisknade eller på bättringsvägen. En jämförelse gjordes med en kontrollgrupp bestående av 38 friska individer.</p>	<p>n = 54 (0)</p>	<p>I jämförelse med den friska kontrollgruppen fick patienterna med bipolär sjukdom sämre resultat på nästan alla områden av SF-36 förutom fysisk funktion och smärta. Vidare var den hälsorelaterade livskvalitén sämre bland de patienter som hade psykotiska inslag, allvarligare depressiva symtom och en sämre kognitiv funktion.</p>	<p>II R</p>
<p>Dias, V. V., Brissos, S., Frey, B. N., Kapczinski, F. 2008 Portugal</p>	<p>Insight, quality of life and cognitive functioning in euthymic patients with bipolar disorder</p>	<p>Att undersöka sambanden mellan sjukdomsinsikt, livskvalitet och kognitiv förmåga hos tillfrisknade patienter med bipolär sjukdom typ I, samt att undersöka faktorer som påverkar livskvalitén.</p>	<p>70 st tillfrisknade patienter med bipolär sjukdom typ I deltog i en tvärsnittsstudie och jämfördes med en kontrollgrupp bestående av 50 friska individer. Patienterna delades in i två grupper: en grupp med god sjukdomsinsikt och en grupp med sämre sjukdomsinsikt. Patienternas neuropsykologiska förmåga bedömdes sedan av en neuropsykolog, deras sjukdomsinsikt bedömdes med mätinstrumentet SUMD och livskvalitén bedömdes med den förenklade portugisiska versionen av WHOQOL.</p>	<p>n = 70 (0)</p>	<p>Inga skillnader i livskvalitén och kognitiv förmåga kunde hittas mellan patienterna med god sjukdomsinsikt och de med sämre sjukdomsinsikt. Ett samband mellan god sjukdomsinsikt och bättre psykologisk och miljömässig livskvalitet hittades. Både patienterna med god och dålig sjukdomsinsikt hade sämre livskvalitet i jämförelse med kontrollgruppen. Depressiva symtom visade sig vara den avgörande faktorn för fysisk, psykisk och miljömässig livskvalitet.</p>	<p>II R</p>

<p>Gazelle, F. K., Andrezza, A. C., Hallal, P. C., Kauer-Sant', Anna M., Ceresér, K. M., Soares, J. C., Santin, A., Kapczinski, F. 2006 Brasilien</p>	<p>Bipolar depression: the importance of being on remission</p>	<p>Att jämföra livskvalitén hos patienter med bipolär sjukdom som är deprimerade, har svaga depressiva symtom eller har tillfrisknat från en egentlig depressionsepisod samt att undersöka om graden av depression har ett samband med livskvalitén hos patienter med bipolär sjukdom.</p>	<p>Patienterna i tvärsnittsstudien mötte en utbildad psykiatriker som bedömde graden av depression genom mätinstrumentet HDRS. Patienterna fick skatta sin livskvalitet med hjälp av frågeformuläret WHOQOL-Bref och vid mötet erhöles även demografisk data. Patienterna delades sedan in i tre grupper beroende på grad av depression: 1) Deprimerade (n=27), 2) Uppfyller ej kraven för en egentlig depressionsepisod men har svaga depressiva symtom (n=14) och 3) Tillfrisknade (n=19).</p>	<p>n = 60 (0)</p>	<p>De tillfrisknade patienterna fick högst poäng på WHOQOL-Bref, följt utav patienterna som hade svaga depressiva symtom. De deprimerade patienterna fick lägst poäng av de tre grupperna på alla områden av WHOQOL-Bref förutom sociala relationer. Den mest framträdande skillnaden vad gäller livskvalitén mellan de patienter som hade tillfrisknat från en egentlig depressionsepisod och de som hade svaga depressiva symtom gällde det psykologiska tillståndet. Negativa samband upptäcktes mellan de fyra områdena av WHOQOL-Bref och poängen på HDRS skalan.</p>	<p>II R</p>
<p>Gazalle, F. K., Hallal, P. C., Andrezza, A. C., Frey, B. N., Kauer-Sant`Anna, M., Weyne, F., da Costa, S. C., Santin, A., Kapczinski, F. 2007 Brasilien</p>	<p>Manic symptoms and quality of life in bipolar disorder</p>	<p>Att undersöka vilken effekt maniska symptom har på livskvalitén hos vuxna öppenvårdspatienter med bipolär sjukdom.</p>	<p>125 öppenvårdspatienter med bipolär sjukdom deltog i tvärsnittsstudien. De fick vid studiens start genomgå en diagnostisk intervju med en erfaren psykiatriker. För att mäta livskvalitén användes den förenklade versionen av WHOQOL och för att bedöma de maniska symptomen användes mätinstrumentet YMRS. Analyser gjordes därefter utifrån de olika aspekterna av livskvalité och den totala summan av maniska symtom som de fick av YMRS.</p>	<p>n = 125 (0)</p>	<p>Ett tydligt samband kunde ses mellan högre YMRS poäng och sämre social, fysisk och psykisk livskvalitet. Inget samband mellan den miljömässiga aspekten av livskvalitet och poängen från YMRS kunde hittas.</p>	<p>I R</p>

<p>Gossens, P. J., Hartong, E. G., Knoppert-van der Klein, E. A., van Achterber, T. 2008 Nederländerna</p>	<p>Self-reported psychopathological symptoms and quality of life in outpatients with bipolar disorder</p>	<p>Att beskriva psykopatologiska symtom och livskvalitén hos öppenvårdspatienter med bipolär sjukdom.</p>	<p>En tvärsnittsstudie genomfördes där patienterna i ett möte med forskaren fick skatta sina psykopatologiska symtom med hjälp av den nederländska versionen av frågeformuläret SCL-90. De fick även värdera sin livskvalitet med hjälp av den nederländska versionen av WHOQOL-Bref. En enkät angående demografiska och kliniska faktorer delades också ut vid mötet. En jämförelse gjordes med 630 individer som representerade den allmänna nederländska befolkningen.</p>	<p>n=158 (1)</p>	<p>Patienterna med bipolär sjukdom rapporterade fler psykopatologiska symtom i jämförelse med den allmänna befolkningen. De upplevde även en sämre livskvalitet än den allmänna befolkningen i tre av fyra livskvalitetsdimensioner, nämligen fysisk hälsa, psykisk hälsa och sociala relationer. Negativa samband mellan antalet psykopatologiska symtom och livskvalitén upptäcktes. Slutligen rapporterade patienter som ansåg sig vara deprimerade vid tidpunkten då enkäten fylldes i fler psykopatologiska symtom och en lägre livskvalitet än de patienter som ansåg sig ha en normal sinnesstämning eller vara (hypo)maniska.</p>	<p>I R</p>
<p>Gutiérrez-Rojas, L., Gurpegui, M., Ayuso-Mateos, J. L., Gutiérrez-Ariza, J. A., Ruiz-Veguilla, M., Jurando, D. 2008 Spanien</p>	<p>Quality of life in bipolar disorder patients: a comparison with a general population sample</p>	<p>Att jämföra livskvalitén mellan patienter med bipolär sjukdom och den allmänna befolkningen samt att hitta demografiska och kliniska faktorer hos patienterna med bipolär sjukdom som är förknippade med låg livskvalitet.</p>	<p>48 öppenvårdspatienter med normal sinnesstämning och 60 öppenvårdspatienter med sjukdomssymtom deltog i tvärsnittsstudien. Patienternas sociodemografiska och kliniska data erhöles vid ett möte med forskaren. Deras stämningsläge bedömdes med hjälp av instrumenten YMRS och HDRS. Även deras alkohol- och tobaksvanor kartlades. Patienterna skattade sedan sin livskvalitet med hjälp av den spanska versionen av SF-36. En jämförelse gjordes med en kontrollgrupp bestående av 1210 friska individer.</p>	<p>n=108 (0)</p>	<p>Både patienter med normal sinnesstämning och sjukdomssymtom upplevde sämre livskvalitet än den allmänna befolkningen. Resultaten som patienterna med normal sinnesstämning fick på SF-36 låg mellan kontrollgruppens och patienterna med sjukdomssymtom. Låg fysisk livskvalitet var förknippad med stigande ålder medan låg psykisk livskvalitet var förknippad med sjukdomens varaktighet, typ av bipolär sjukdom, förekomst av depressiva symtom och stort nikotinberoende.</p>	<p>I R</p>

<p>Hakkaart-van Roijen, L., Hoeijenbos, M. B., Regeer, E. J., ten Have, M., Nolen, W. A., Veraart, C. P., Rutten, F. F. 2004 Nederländerna</p>	<p>The societal costs and quality of life of patients suffering from bipolar disorder in the Netherlands</p>	<p>Att undersöka den hälsorelaterade livskvalitén hos patienter med bipolar sjukdom i Nederländerna.</p>	<p>För att mäta livskvalitén användes mätinstrumenten: SF-36 och EQ-5D. En jämförelse gjordes sedan mellan patienterna med bipolar sjukdom och en kontrollgrupp som skulle representera den generella befolkningen.</p>	<p>n = 105 (31)</p>	<p>Patienterna med bipolar sjukdom uppvisade signifikant lägre poäng på den fysiska delen av SF-36.</p>	<p>II R</p>
<p>Michalak, E. E., Yatham, L. N., Kolesar, S., Lam, R. W. 2006 Kanada</p>	<p>Bipolar disorder and quality of life: A patient-centered perspective</p>	<p>Att med hjälp av en intervjustudie undersöka hur individer med bipolar sjukdom, deras närstående och sjukvårdspersonal upplever att bipolar sjukdom påverkar livskvalitén.</p>	<p>En intervjustudie gjordes med sammanlagt 52 personer (35 st med bipolar sjukdom, 5 st närstående och 12 st sjukvårdspersonal). 29 intervjuer genomfördes i person och 23 i telefon. Urvalet bestod både av individer som varit kliniskt stabila i flera år och ineliggande patienter som höll på att återhämta sig efter en svår depressiv eller manisk episod. Intervjuerna spelades in på band, transkriberades ordagrant och analyserades efter teman.</p>	<p>n = 52 (0)</p>	<p>Flera sammanhörande teman kom upp under intervjuerna. Intervjuerna valde att fokusera sig på sex teman som berörde studiens syfte och som inte tidigare fått lika mycket uppmärksamhet från de tillgängliga kvantitativa studier som finns om ämnet. De teman som valdes var: rutiner, självständighet, stämpeln förknippad med bipolar sjukdom och avslöjandet av diagnosen för andra, identitet, socialt stöd och andlighet. Informanterna fick sedan rangordna dessa teman utifrån vilket dem tyckte hade störst påverkan på livskvalitén. Majoriteten av informanterna rangordnade socialt stöd som viktigast och därefter mental hälsa.</p>	<p>I K</p>

<p>Piccini, A., Catena, M., Del Debbio, A., Marazziti, D., Monje, C., Schiavi, E., Mariotti, A., Bianchi, C., Palla, A., Roncaglia, I., Carlini, M., Pini, S., Dell'Oso, L. 2007 Italien</p>	<p>Health-related quality of life and functioning in remitted bipolar I outpatients</p>	<p>Att undersöka den hälsorelaterade livskvalitén hos tillfrisknade öppenvårdspatienter med bipolär sjukdom typ I.</p>	<p>Patienterna delades in i fyra grupper beroende på tillfrisknadsgraden. För att bli inkluderad i tvärsnittsstudien skulle patienterna ha varit på bättringsvägen i minst en månad, men inte mer än fyra månader från deras senaste sjukdomsepisod. De maniska respektive depressiva symtomens svårighetsgrad mättes med hjälp av mätinstrumentet BRMMS. Patienterna bedömde sin livskvalitet genom enkäten SF-36.</p>	<p>n = 90 (0)</p>	<p>Helt tillfrisknade patienter fick betydligt högre resultat på SF-36 vad gäller fysisk funktion, generell hälsa, vitalitet, social funktion och psykisk hälsa i jämförelse med de andra grupperna. Patienterna med ihållande maniska symtom fick högre poäng än patienterna med ihållande depressiva symtom på områden som generell hälsa, vitalitet och psykisk hälsa.</p>	<p>II R</p>
<p>Sierra, P., Livianos, L., Rojo, L. 2005 Spanien</p>	<p>Quality of life for patients with bipolar disorder: relationship with clinical and demographic variables</p>	<p>Att undersöka livskvalitén hos patienter med bipolär sjukdom, samt att undersöka kliniska och sociodemografiska faktorer som kan tänkas påverka livskvalitén.</p>	<p>50 st öppenvårdspatienter med bipolär sjukdom som hade normal sinnesstämning deltog i studien och jämfördes med en kontrollgrupp som skulle representera den övriga befolkningen. Patienterna bedömdes med hjälp av CARS-M och Hamilton Depression Scale. För att värdera sin livskvalitet fick patienterna använda den spanska versionen av SF-36 Health Survey. Samtidigt kartlades även patienternas sociodemografiska och kliniska data.</p>	<p>n = 50 (0)</p>	<p>Patienterna uppvisade i jämförelse med kontrollgruppen sämre poäng i alla delar som livskvalitén innefattar. Inga tydliga samband kunde hittas mellan poängen från SF-36 och de sociodemografiska variablerna.</p>	<p>II R</p>

<p>Vojta, C., Kinasian, B., Glick, H., Altshuler, L., Bauer, M. S. 2001 USA</p>	<p>Self-reported quality of life across mood states in bipolar disorder</p>	<p>Att undersöka om patienter med mani/hypomania eller blandad episod uppvisar sämre livskvalitet än bipolära patienter med normal sinnesstämning.</p>	<p>86 polikliniska patienter med bipolär sjukdom från fyra sjukhus deltog i en tvärsnittsstudie. Patienternas sinnesstämning fastställdes av en läkare och separat av patienterna själva. Patienterna delades sedan in i grupper beroende på det tillstånd de befann sig i (36 st normal sinnesstämning, 15 st manisk/hypomanisk episod, 11 st blandad episod och 24 st egentlig depressionsepisod). För att mäta den självupplevda livskvalitén användes sedan två mätinstrument: SF-12 och EuroQol.</p>	<p>n = 86 (0)</p>	<p>Resultaten var identiska oavsett hur patienternas sinnesstämning fastställdes. Den mentala delen av SF-12 och EuroQol uppvisade stora skillnader mellan sinnestillstånd. Individer med mani/hypomani uppvisade sämre (SF-12 mentala delen) eller samma (EuroQol) livskvalité som patienterna med normal sinnesstämning, medan patienterna i en blandad episod liknade dem i en egentlig depressionsepisod i båda avseendena.</p>	<p>II R</p>
<p>Yatham, L. N., Lecrubier, Y., Fieve, R. R., Davis, K. H., Harris, S. D., Krishnan, A. A. 2004 Kanada</p>	<p>Quality of life in patients with bipolar I depression: data from 920 patients</p>	<p>Att beskriva den hälsorelaterade livskvalitén hos patienter med bipolär sjukdom typ I som nyligen upplevt en egentlig depressionsepisod.</p>	<p>Data erhöles från patienter som varit delaktiga i en dubbelblind, placebo-kontrollerad klinisk studie utförd i 15 länder, där en ny läkemedelsbehandling undersöktes. Under screening-perioden tilldelades patienterna SF-36 för att utvärdera sin livskvalitet. Patienterna hade en pågående depression eller hade upplevt en depression 60 dagar innan tidpunkten för utvärderingen.</p>	<p>n = 920 (0)</p>	<p>Medelpoängen på SF-36 för patienterna var särskilt låga på fyra av de åtta hälsodimensioner som instrumentet mäter, nämligen fysisk rollfunktion, vitalitet, social funktion och emotionell rollfunktion. Ett samband upptäcktes mellan depressionens svårighetsgrad och livskvalitén. Det visade sig att patienterna med mildare depressionssymtom upplevde bättre livskvalitet.</p>	<p>I CCT</p>

Zhang, H., Wisniewski, S. R., Bauer, M. S., Sachs, G. S., Thase, M. E. 2006 USA	Comparisons of perceived quality of life across clinical states in bipolar disorder: data from the first 2000 Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) participants	Att undersöka vilken effekt bipolär sjukdom har på livskvalitén, oberoende av effekterna av psykiatrisk samsjuklighet, sociodemografiska faktorer, personlighet och psykosocial status.	De 2000 första deltagarna intagna i ”systematic treatment enhancement program for bipolar disorder” deltog i studien. För att mäta livskvalitén användes två mätinstrument: SF-36 och QLESQ.	n = 2000 (1)	Stora skillnader kunde ses mellan de olika sinnestillstånden inom bipolär sjukdom. Depressiva symptom gav lägre poäng i den mentala delen av SF-36 och i den generella värderingen av QLESQ.	I R
---	--	---	--	--------------	--	--------

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög, II = Medel, III = Låg

Förkortningar:

BRMMS	bech-rafaelsen mania melancholia scale
CARS-M	clinician-administered rating scale for mania
EQ-5D	euroqol: 5 dimensions
HDRS	hamilton depression rating scale
Q-LES-Q	quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire
SCL-90	symptoms checklist-90
SF-12	short form-12
SF-36	medical outcomes study 36-item short-form health survey
SUMD	scale to assess unawareness of mental disorder
WHOQOL	world health organization quality of life instrument
WHOQOL-Bref	world health organisation quality of life assessment instrument- bref
YMRS	young mania rating scale