

Andrea Hoff Rishaug
Celina Breivik

Hvilke faktorer påvirker livskvalitet og mestring hos pasienter med schizofren diagnose?

Antall ord: 7624

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Rigmor Einang Alnes
Mai 2020

Andrea Hoff Rishaug
Celina Breivik

Hvilke faktorer påvirker livskvalitet og mestring hos pasienter med schizofren diagnose?

Antall ord: 7624

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Rigmor Einang Alnes
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: En pasient med schizofren diagnose er preget av både psykiske og sosiale forhold som påvirker livskvaliteten i hverdagen. Dette er noe som er viktig å skape mer fokus rundt, slik at sykepleiere har kunnskap nok til å hjelpe pasientene til å mestre dagligdagse utfordringer.

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å belyse faktorer som påvirker livskvaliteten og mestring hos pasienter med schizofren diagnose.

Metode: En systematisk litteraturstudie basert på åtte fagfelleverderte forskningsartikler og annen relevant faglitteratur. Evans (2012) modell for systematisk litteraturstudie ble benyttet i analysen av artiklene. Nøkkelfunnene fra artiklene ble kategorisert inn i fire hovedtema.

Resultat: Pasienter med schizofreni opplever redusert livskvalitet og mestring av hverdagslige problemer på grunn av stigmatisering, lite sosial støtte, og sykdommens symptomer.

Konklusjon: Sykepleier må forsøke å skape en god relasjon til pasienten, og kartlegge nødvendige behov for å videre kunne mestre utfordringer i hverdagen og å oppnå tilfredsstillende livskvalitet.

Abstract

Background: Patients diagnosed with schizophrenia are having challenges mentally and socially in the daily life that affects their quality of life. This is something that needs more focus so that nurses has the needed knowledge to help the patients cope with these challenges.

Aim: The aim of the study is to elucidate factors that affects quality of life and coping of life in general, in schizophrenic patients.

Method: A systematic literature study based on eight peer reviewed articles and other relevant literature.

Result: Patients living with schizophrenia experiences reduced quality of life and are coping with daily hassles because of stigma, lack of social support and the symptoms of the illness.

Conclusion: Nurses must try to establish a good relationship to the patient, and identify each patients needs to be able to cope with the challenges in the daily life and to achieve good quality of life.

Forord

Denne oppgaven er den avsluttende delen av vår bachelorutdanning i sykepleie, våren 2020. Vi har gått i dybden på et tema som ligger begge våre hjerter nært, og det har vært både utfordrende, krevende og lærerikt.

Vi ønsker å takke vår veileder for oppgaven, Rigmor Einang Alnes, som har hjulpet oss underveis til tross for utfordringene som har vært de siste månedene grunnet Covid-19.

Innholdsfortegnelse

1 Introduksjon	5
1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling.....	5
1.3 Problemstilling	5
2.0 Teorigrunnlag	5
2.1 Schizofreni	5
2.3 Mestringsstrategier.....	6
2.4 Livskvalitet.....	7
3.0 Metode	7
3.1 Datainnsamling	7
3.2 Kvalitetsvurderinger	8
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	8
3.4 Etske vurderinger	8
3.5 Analyse	9
3.5.1 Innsamling av utvalgte studier.....	9
3.5.2 Identifisere nøkkelfunnene i studiene	9
3.5.3 Slå sammen temaene på tvers av studiene.....	9
3.5.4 Beskrive fenomenet.....	9
4.0 Resultat	10
4.1 Stress, angst, depresjon og sykdommens symptomer.....	10
4.2 Kunnskap om egen diagnose.....	10
4.3 Bivirkninger av medikamenter	11
4.4 Sosiale faktorer og sosiodemografiske forhold	11
4.5 Mestringsstrategier.....	11
5.0 Diskusjon	12
5.1 Metodediskusjon	12
5.2 Resultatdiskusjon	13
5.2.1 Håndtering av stress og symptomer - hva kan sykepleier bidra med?.....	13
5.2.2 Viktigheten av kunnskap og god informasjon rundt diagnosen.....	14
5.2.3 Hvilken betydning har sosiale faktorer og sysselsetting for livskvalitet?	15
5.2.4 Bivirkninger av medikamenter	16
5.2.5 Bruk av mestringsstrategier.....	16
6.0 Konklusjon	17
Litteraturliste	19
Vedlegg 1: Litteraturmatriser	21

Vedlegg 2: Søkatabell 29

1 Introduksjon

1.1 Tema for oppgaven

Temaet for oppgaven er livskvalitet og mestring hos pasienter med schizofren diagnose. Vi ønsker å fordype oss i hvilke faktorer som påvirker dette. Motivasjonen bak valg av tema er møte med pasienter som har denne diagnosen og hvordan diagnosen påvirker deres liv, og vi ønsker å få enda mer kunnskap og forståelse rundt dette. Vi vil gjennom oppgaven greie ut om ulike tiltak i forhold til vår problemstilling, og begrunne disse med forskning gjort gjennom systematisk litteratursøk, pensum fra sykepleierstudiet og annen relevant litteratur.

1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

På verdensbasis utvikles schizofreni hos 0,3 til 2 prosent av befolkningen. Forekomsten av schizofreni varierer fra land til land og mellom de ulike delene av verden. I Norge antas det totale antallet (punktprevalensen) å være på 200/100.000 - som vil si at cirka 10.000 personer behandles for schizofreni i Norge,- til enhver tid. Tilstanden medfører en lidelse både for de som rammes og for pårørende, som kan være utfordrende å sette seg inn i for en utenforstående (NHI, 2018).

Psykiske lidelser er forbundet med store kostnader, og det ble i 2012 anslått å koste det norske samfunnet omkring 70 mrd. kroner per år i trygde-, behandlings-, og sosialutgifter. Flere undersøkelser tyder på at personer med alvorlige psykiske lidelser er blant de som har svakest tilbud i kommunene og dårligst levekår (Helse- og omsorgsdepartementet Prop. 1 S, 2012–2013). Det er derfor et stort behov for økt fokus på denne pasientgruppen.

Vi har begge erfaring fra arbeidslivet og fra praksis i forbindelse med studiet, hvor vi har møtt pasienter som lider av en schizofren diagnose. Vi har opplevd på nært hold utfordringene disse pasientene har med å tilpasse seg samfunnet, og ikke minst hvordan de skal mestre hverdagen. Dette har bidratt til en økt interesse for å undersøke faktorer som påvirker hverdagen, livskvaliteten og opplevelsen av mestring hos denne pasientgruppen.

1.3 Problemstilling

Hvilke faktorer påvirker livskvalitet og mestring hos pasienter med schizofren diagnose?

2.0 Teorigrunnlag

Vi vil i dette kapittelet ta for oss den teorien vi anser som relevant for å kunne svare på problemstillingen, og som videre danner et grunnlag for diskusjonskapittelet senere i oppgaven.

2.1 Schizofreni

Schizofreni er en alvorlig psykisk lidelse som kan utløse vrangforestillinger, hallusinerer, disorganisering, affektavflatning, affektive symptomer, apati, funksjonssvikt og kognitive problemer. Forekomsten har lenge vært stabil, og det diagnostiseres hvert år mellom 500 og 600 personer med denne lidelsen i Norge (Malt, 2019).

Man skiller mellom positive og negative symptomer. De positive er de typiske psykotiske symptomene, som viser seg i form av hallusinasjoner, vrangforestillinger, formelle tankeforstyrrelser eller kaotisk eller kataton atferd. Negative symptomer omfatter følelsesmessig avflating, viljeshemming, lite initiativ og engasjement, fravær av spontan tale, kontakt svakhet og gledesløshet. Negative symptomer regnes ikke som psykotiske (Aarre, Bugge & Juklestad, 2014, s.58-61).

Behandling mot schizofreni er systematiske opplæringsprogrammer, kognitiv atferdsterapi, sosial ferdighetstrening, familierapi og antipsykotisk medisin. Den medikamentelle behandlingen med antipsykotikum er hjørnesteinen i all schizofrenibehandling - da den forkorter de akutte psykotiske episodene vesentlig, samt forebygger nye episoder (Aarre et al, 2014, s.66). Antipsykotiske medikamenter har flere bivirkninger som kan innebære bla. psykiske og motoriske plager (ekstrapyramidale symptomer), økt appetitt og vektøkning. Ekstrapyramidale symptomer er en fellesbetegnelse for motoriske bivirkninger som parkinsonisme, ataksi (sterk indre uro), akutt dystoni eller tardive dyskinitive (ufrivillige bevegelser i ansikt, overkropp eller ekstremiteter) (Helsebibloteket, 2019).

Noen medikamenter kan gi uheldig metabolsk utvikling av forhøyet blodsukker, kolesterol og triglyserider - som igjen øker risiko for hjerte- og karsykdommer, en tilstand mange av pasientene i utgangspunktet er utsatt for. En stor fordel med den medikamentelle behandlingen er at dersom man har vellykket kontroll over psykotiske symptomer, er pasienten mer tilgjengelig for tiltak som psykoterapi og rehabilitering (Aarre et al, 2014, s.66-69).

2.3 Mestringsstrategier

Mennesker som opplever psykologiske påkjenninger forbinder ofte dette med følelser av ubehag og mistriivsel. Slike negative følelser vil skape en motivasjon for å endre situasjonen.

Håkonsen (2014) beskriver mestring som en måte individet forholder seg til, og løser, situasjoner eller hendelser som medfører mistriivsel, ubehag eller trussel mot ens integritet. Det finnes to ulike mestringsstrategier, (1) problemfokusert og (2) følelsesmessig fokusert mestring. Ved problemfokusert mestring forholder individet seg til den aktuelle situasjonen og søker løsninger for å endre, avslutte eller løse vanskelighetene forbundet med problemstillingen. Følelsesmessig fokusert mestring er en strategi hvor individet setter søkelys på de følelsene som er knyttet til situasjonen, og ønsker å redusere eller eliminere det følelsesmessige ubehaget uten å forandre situasjonen (Håkonsen, 2014).

Begrepene egostyrke og egosvakhet uttrykker menneskets utvikling av disse funksjonene i forskjellig grad, og at egofunksjonene ikke alltid er tilstrekkelig utviklet. Det er nødvendig med en viss egostyrke for å kunne fungere tilfredsstillende i samfunnet, og for å takle de vanlige frustrasjoner og nederlag man møter i livet på en adekvat måte (Håkonsen, 2014, s.365)

Aron Antonovsky var en sosiolog som var mest kjent for sin forskning på forholdet mellom stress, helse og velvære. Han utviklet en teori om salutogenese (Lønne, 2019), som baserer seg på hva som fremmer god fysisk og psykisk helse. Det salutogenetiske perspektivet tar utgangspunkt i at helse oppnås best når mennesket har en opplevelse av sammenheng (sense of coherence, SOC). Dette fremmes gjennom tre likeverdige begreper, *begripelighet*, *håndterbarhet* og *meningsfullhet*. *Begripelighet* henviser til hvorvidt personen oppfatter indre og ytre stimuli som forståelige, *håndterbarhet* innebærer i hvilken grad personen har nødvendige ressurser tilgjengelig, og

meningsfullhet innebærer at livet er forståelig og har mening, samt at det er verdt å investere og engasjere seg i livet (Romsland, Dahl & Slettebø, 2015, s.53).

Betydningen av Aaron Antonovsky sin teori er at den retter oppmerksomheten mot forbindelsen mellom opplevelse av sammenheng, mestring og helse. I følge Antonovsky har personer med sterk sammenheng en evne til å identifisere problemer og se de som utfordringer, og følgelig velge mestringsstrategier som er hensiktsmessige (Kristoffersen et al, 2016, s. 53).

2.4 Livskvalitet

Livskvalitet blir på folkemunne betegnet som velferd eller det å ha et godt liv. Det kan forklares med at livskvalitet både har objektive og subjektive aspekter. I tillegg er begge essensielle for å kartlegge hva som er et godt eller dårlig liv (Barstad, 2019). Det er ulike definisjoner på livskvalitet, og en av de mest kjente er Næss' definisjon "*En person har det godt og har høy livskvalitet i den grad personen er aktiv, har samhørighet, har selvfølelse og har en grunnstemning av glede*" (Sykepleie og rehabilitering, 2015, s.135). Helsedirektoratet (2017) sier at livskvalitet betyr å ha det bra, at man har ressurser til å håndtere hverdagens utfordringer, følelsen av tilhørighet, oppleve mening, personlig utvikling og det å være i gode relasjoner.

Det er per i dag utviklet mange forskjellige verktøy som blir brukt som måleinstrument, der blant annet spørreskjema brukes for å kartlegge helserelatert livskvalitet. De fleste verktøyene blir brukt for å måle virkningen som sykdom og behandling har på personens fysiske, psykiske og sosiale fungering (Kristoffersen et al, 2016).

3.0 Metode

Metoden vi har valgt å bruke i denne oppgaven er en systematisk litteraturstudie, som innebærer å ta for seg et tydelig formulert spørsmål og besvare det gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg & Wengström, s.27, 2017). En forutsetning for å kunne gjøre en slik studie er at det finnes tilstrekkelig antall studier med god kvalitet, som kan danne et grunnlag for vurderinger og konklusjoner (Forsberg & Wengström, s. 26, 2017). I metodekapittelet presenterer vi de ulike databasene vi har anvendt i oppgaven, inklusjons- og eksklusjonskriterier, søk vi foretok, kvalitetsvurderinger og etiske vurderinger. Til slutt vil vi analysere resultatene fra innhentet materiale opp mot problemstillingen for oppgaven.

3.1 Datainnsamling

Vi startet søkeprosessen i november 2019 for å få et godt utgangspunkt med artikler vi kunne bruke i oppgaven vår, og selekterte på dette tidspunktet ut søkeord med høy grad av relevans for vår problemstilling. I senere tid har formuleringen av problemstillingen blitt endret for å fremheve oppgavens hovedmål som er fokus på pasientenes utfordringer, og hvordan de mestrer situasjonene for å oppnå god livskvalitet. Vi startet med en problemstilling fra et sykepleieperspektiv, men fant etterhvert ut at pasientperspektivet gir en bedre forståelse for hvordan pasientene opplever hverdagen, og dermed hvordan man som sykepleier kan bistå. For å finne søkeordene til litteratursøkene tok vi i bruk PICO-metoden. Dette er et verktøy som strukturerer og klargjør spørsmål for litteratursøk. P: population/patient/problem (hvem), I: Intervention (hva), C: comparison/control (sammenligning/kontrollgruppe), O: outcome (utfall/resultat) (Forsberg & Wengström, 2017). Gjennom denne metoden kom vi frem til søkeordene: schizophrenia, coping, quality of life, everyday life, nursing intervention og activities of daily living, og har dermed brukt P og O.

Av erfaring fra tidligere litteratursøk og gjennom forelesninger i forbindelse med studieoppgaver ønsket vi å prøve databasene Cinahl, Medline og Psychology & Behavioral Science Collection. Vi opplevde lite treff av ønskelige artikler på Medline og Psychology & Behavioral Science Collection, men fant derimot mange forskningsartikler på databasen Cinahl. Vi forsøkte også å gjøre et manuelt søk i Sykepleien.no sine forskningsartikler, men fant ikke relevant materiale til hjelp for å løse problemstillingen vår. Vi endte opp med å bruke kun databasen Cinahl etterhvert, da vi synes det var den som ga best resultater på søkene.

I mars 2020 begynte vi søkeprosessen for fullt, og hadde på dette tidspunktet fastsatt problemstillingen. Søkeordene som ble benyttet var blant annet "schizophrenia" AND "quality of life" AND "coping". Ut i fra dette søket fikk vi 88 treff, og fant blant disse treffene fem artikler som var relevante. De utvalgte artiklene omhandlet en del *mestringsstrategier* som gjorde at vi også la til "coping strategies" i søket vårt. Det resulterte i 17 treff, og vi fant da en forskningsartikkel som vi valgte å fokusere på.

3.2 Kvalitetsvurderinger

For å vurdere kvaliteten på artiklene gikk vi igjennom alle artiklene både hver for oss og sammen. Vi satt igjen med 13 ulike artikler etter søkingen, og valgte ut 8 av disse. For å kvalitetssikre artiklene i oppgaven vår har vi valgt å benytte oss av Cinahl sin "peer reviewed" (fagfellevurdert) funksjon, samt benytte artikler med IMRAD-struktur. Vi har også sjekket artiklene i NSDs database for å forsikre oss om at tidsskriftet var fra autoriserte publiseringskanaler. Tidsskriftene i våre artikler har nivå 1 og 2, og ansees derfor som av god kvalitet.

For å kvalitetssikre forskningsartiklene har vi også tatt i bruk sjekklisten for kvalitativ og kvantitativ studie via helsebiblioteket sin nettside, som er basert på spørsmål for å kunne utføre en kritisk vurdering av artiklene. Disse sjekklistene var til hjelp da vi skulle bedømme artiklene i forhold til om de var etisk vurdert, om funnene kom klart frem og om resultatene var troverdige.

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene våre var at artiklene skulle være fra år 2010 og senere, da vi ønsket å inkludere mest mulig forskning for å gi oppgaven mer tyngde. I søkene begrenset vi artiklene til språk kun på norsk, engelsk, dansk og svensk. Vi har i tillegg valgt å lete etter artikler som omfatter voksne, fra 18 år og oppover.

3.4 Etiske vurderinger

Forskningsetikk omhandler et område av etikken som handler om planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning. Dette innebærer blant annet nødvendigheten av å ivareta personvern og sikre troverdigheten av forskningsresultatene. Forskingen skal ikke skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd for å vinne mål om ny kunnskap og innsikt (Dalland, 2012, s.96). I flere av forskningsartiklene vi har valgt har de et eget avsnitt som omhandler etiske vurderinger. De artiklene som ikke hadde et eget avsnitt om etiske vurderinger, har likevel inkludert "study design and sampling" eller "procedure", eller lignende fraser i teksten, samt at alle deltakerne har blitt informert om studiens hensikt og fremgangsmåte. Videre ble opplysninger om frivillig deltakelse og muligheten til å trekke seg fra studiene om ønskelig, formidlet til alle deltakerne.

3.5 Analyse

En vitenskapelig analyse innebærer å dele opp det undersøkte fenomenet i mindre deler, og undersøke dem hver for seg. Deretter fortsetter man med syntesen, som innebærer å sette sammen delene til en helhet. Analysearbeidet innebærer altså å dele opp det undersøkte, og sette det sammen på nytt (Forsberg & Wengström, 2017). Vi har valgt å ta utgangspunkt i Evans (2002) for analysearbeidet i oppgaven. Denne analysemodellen består av fire trinn; å finne forskningsartikler, identifisere nøkkelfunn, finne tema på tvers av studiene og til slutt beskrive fenomenet (Evans, 2002).

3.5.1 Innsamling av utvalgte studier

Det første trinnet ifølge Evans (2012) innebærer å samle inn forskningsartikler knyttet til det fenomenet som skal undersøkes. Vi utførte et systematisk litteratursøk som nevnt tidligere, og valgte ut artikler som var relevant i henhold til temaet.

3.5.2 Identifisere nøkkelfunnene i studiene

På det andre trinnet leste vi grundig gjennom alle artiklene flere ganger for å få en god oversikt over hva de handler om (Evans, 2012). Videre har vi lest gjennom alle artiklene hver for oss for å bli bedre kjent med innholdet. Vi identifiserte nøkkelfunn og kartla relevante funn som svarte på problemstillingen vår ved å bruke markeringstusj mens vi leste gjennom artiklene. Deretter har vi hatt samtaler over skype på grunn av situasjonen rundt coronaviruset, for å vurdere arbeidet og forhindre at viktig informasjon har uteblitt.

3.5.3 Slå sammen temaene på tvers av studiene

I tredje fase skal man sette sammen funnene til en eller flere kategorier (Evans, 2012). De nøkkelfunnene vi kartla ble satt sammen og organisert i grupper etter kategorier som vi følte var aktuelle til oppgaven vår.

Hovedfunn	Underkategorier (artikkel nummer)
Psykiske faktorer	Stress (2, 4), angst (1), depresjon (1, 4, 5), kunnskap rundt egen diagnose (1), bivirkninger av medikamenter (1), psykotiske symptomer (3, 4).
Sosiale faktorer og sosiodemografiske forhold	Sosiale ferdigheter (7), emosjoner (2), familieforhold (1), stigmatisering (5), sosial støtte (4), utdanning/utdanningsnivå (4, 5), arbeidsstatus (1, 3).
Mestringsstrategier	Emotion Management Nursing Program (7 & 8), mestringsstrategier (1, 2), (6)

3.5.4 Beskrive fenomenet

I det fjerde og siste trinnet vil vi presentere alle de ulike temaene og analysere funnene som ble gjort knyttet opp mot kategoriene i oppgaven. Det skal dannes en syntese. Dette vil komme frem under punkt 4.0- resultat (Evans, 2002).

4.0 Resultat

I dette kapitlet vil vi legge frem relevante funn fra forskningsartiklene. Gjennom analysen kom vi frem til fem faktorer som hadde betydning, for livskvalitet og mestring. Disse er; psykiske faktorer, bivirkninger av medikamenter, sosiale faktorer, sosiodemografiske faktorer, og mestringsstrategier.

4.1 Stress, angst, depresjon og sykdommens symptomer

I flere av forskningsartiklene var "stress" en gjentakende faktor som tydelig påvirker livskvaliteten til mange pasienter som lever med schizofreni. "*Stressors such as the severity of daily hassles were also strongly related to QOL at both times*"(Caron, Lecomte, Stip & Renaud, 2005). Det kommer tydelig frem at dagligdagse stressmomenter kan påvirke pasientens mentale helse og den negative effekten av psykotiske symptomer. Dette avhenger av hyppigheten og alvorlighetsgraden av negative livshendelser og dagligdagse problemer. Hverdagslige stressmomenter kan for eksempel være sosialt stigma, misforståelser, økonomiske utfordringer eller uforutsette hendelser.

I studien Hasan & Tumah (2018) vurderes positive, negative og generelle psykopatologiske symptomer på schizofreni. Det ble brukt et spørreskjema, hvor skalaen målte 30 kliniske symptomer ved schizofreni. Scoren var fra 1 (fravær av psykopatologi) til 7 (alvorlig psykopatologi); og over 7 indikerte en svært dårlig mental helse status. I analysen av artikkelen ble det kartlagt en betydelig sammenheng mellom negative symptomer ved schizofreni og livskvalitet. De negative symptomene, depresjon og angst var blant faktorene som hadde størst negativ påvirkning på livskvalitet.

I artikkelen "Predictors of quality of life in schizophrenia" tar forfatterne for seg alvorlighetsgraden av symptomer, i forhold til livskvalitet. Funnene viser at alvorlighetsgraden av de positive- og depressive symptomene var negativt relaterte til livskvalitet. En pasient som er deprimert har lite motivasjon og interesse i å delta i sosiale og yrkesaktive aktiviteter. Siden sosial støtte er en av de viktigste faktorene for livskvalitet, kan de positive og depressive symptomene oppleves som hindringer når pasienten skal opprette et støttende nettverk, som skal ligge til grunne for god livskvalitet (Caron, Lecomte, Stip & Renaud, 2005). Sosial støtte kan derfor bidra til at pasienten på en bedre måte mestrer det å leve med sykdommens symptomer, og i enda større grad om de positive symptomene er av høy alvorlighetsgrad.

I en annen artikkel (Ba & Lee, 2015) ble det utført en annen undersøkelse hvor scoren indikerte depresjon hos denne pasientgruppen. Funnene i undersøkelsen viser at pasientene som hadde vært utsatt for stigmatisering og depresjon, hadde betydelig lavere selvtillit, noe som igjen har sterk påvirkningskraft på livskvaliteten. Det vil si at stigmatisering og depressive episoder kan være faktorer som påvirker livskvaliteten negativt.

4.2 Kunnskap om egen diagnose

Diagnosen schizofreni innebærer mange symptomer og triggere som kan redusere pasientens livskvalitet. I en studie gjennomført av Hasan & Tumah (2018) testet de om høy kunnskap versus begrenset kunnskap om diagnosen påvirket livskvaliteten hos pasientene som lever med schizofreni.

De ville også i denne testen se sammenhengen med alvorlighetsgraden av psykiatriske symptomer og livskvalitet. Pasientene skulle svare på et spørreskjema, der en høy poengsum indikerer større kunnskap om diagnosen, behandling, etiologi, utbredelse, prognose, behandling, effekt av antipsykotiske medisiner og bivirkninger. Sentrale funn

sier at dårlig kunnskap om egen diagnose, om medikamenter, symptomer, prognose og tilbakevendende sykehusinnleggelse har en negativ effekt på livskvaliteten.

4.3 Bivirkninger av medikamenter

Et sentralt funn i artikkelen til Hasan og Tumah (2018) var at ekstrapyramidale symptomer påvirker livskvaliteten negativt. Derfor mener de at psykiatere skal ha som mål å minimere bivirkningene av antipsykotiske medisiner. Et lignende funn indikerte at medikamentinduserte symptomer hadde en negativ innvirkning på livskvaliteten. Det ble også nevnt at pasienter som bruker medikamenter innenfor antipsykotikum gruppen, opplever flere bivirkninger enn ved bruk av andre typer medikamenter (Hasan & Tumah, 2018).

4.4 Sosiale faktorer og sosiodemografiske forhold

Pasienter med kronisk schizofreni opplever en nedgang i sosiale ferdigheter og mellommenneskelige forhold grunnet emosjonell og kognitiv svekkelse. I studien til Won, Kwang-Ja, Lee, & Choi (2012) så man at når pasientene mestret emosjonsregulering og måten de uttrykket emosjoner på, bedret dette deres sosiale forhold.

I Caron, Lecomte, Stip & Renaud (2005) sin artikkel så man at hvis pasienten har god sosial støtte rundt seg, så har ikke sykdommens positive symptomer og depresjon like stor negativ innvirkning på livskvalitet. Dersom pasienten har lav sosial støtte vil disse symptomene påvirke livskvaliteten negativt i en mye større grad. Både positive symptomer og depresjon er relatert til daglige problemer, som medfører at pasienter som opplever sterke symptomer vil være utsatt for større motstand i hverdagen. Å ha tilknytning og å føle seg verdifull var også av de største faktorene for livskvalitet.

Ifølge Hasan & Tumah (2018) sin studie var de som var i jobb mer tilfreds med livet og hadde flere vennskapsforhold - noe som igjen førte til fysisk og psykisk velvære. Det å være i arbeid spiller en stor rolle for dagliglivet til den enkelte, både økonomisk, og opplevelsen av egenverd og vekst. Studien til Yu, Chang, Chung (2018) viser at deltakere som var uten jobb hadde lavere score både på livskvalitet og ressursstyrke, sammenlignet med de som var i jobb. Høyt oppfattet stigmatisering var relatert til lavere selvtillit, dårligere livskvalitet, mindre fullført utdanning, depresjon og tilbaketrekning (Ba & Lee, 2015).

En av studiene (Caron et. al, 2005) viser til at pasienter med høy utdanning faktisk scoret lavere på livskvalitet. Dette kan muligens ha sammenheng med at pasienter som er høyt utdannet holder fast ved at en jobb som er i samsvar med utdanningsnivået vil kunne øke livskvaliteten deres, og dermed oppleve lavere livskvalitet når dette ikke oppnås. På den andre siden kan pasienter som ikke har høyere utdanning ha lavere forventninger, og dermed ikke få like stor innvirkning på deres livskvalitet.

4.5 Mestringsstrategier

Studien til Won et al (2012), studerte effekten av et program for emosjonshåndtering for pasienter med schizofreni. Programmet varte over åtte uker, med 90 minutters varighet per uke. Hovedfokuset i løpet av ukene var trening på å forstå, uttrykke, bruke og kontrollere de ulike følelsene/emosjonene. Man så en betydelig forskjell på scoren i den eksperimentelle gruppen når det gjaldt emosjonsuttrykk, emosjonell atferd, mellommenneskelige forhold og sosial oppførsel, kontra hos kontrollgruppen.

Pasienter med schizofreni har problemer med å oppfylle sine personlige behov i sosiale roller/forhold, på grunn av dårlige sosiale ferdigheter. Nedsatt sosialitet fører til sosial isolasjon, som forverrer andre funksjoner og livskvalitet. Studiens hensikt var å redusere dårlig utviklet sosial atferd og fremme positiv atferd, ved å fremme verbal- og nonverbal sosial atferd. De deltakende i programmet antydte at deres negative sosiale atferd var betydelig redusert. Cho & Jang Joo (2018) gjorde også lignende funn i sin studie om effektene av et emosjonshåndteringsprogram, hvor de så at den eksperimentelle gruppen mestret i mye større grad å uttrykke sine følelser, sammenlignet med kontrollgruppen.

Typen av mestringsstrategier benyttet var direkte knyttet til scoren for livskvalitet (Hasan & Tumah, 2018). Resultatet viste at negative mestringsstrategier (sosial tilbaketrekning, resignasjon og selvmedlidenhet) var negativt knyttet til livskvalitet, mens positive mestringsstrategier var positivt knyttet til livskvalitet. De positive mestringsstrategiene var devaluering (hevde seg ved å rakke ned på andre eller seg selv), distraksjon (avledning og roe ned situasjonen) og stresskontroll (å ta kontroll over situasjonen).

En studie gjort på eldre (55 år +) viste at mestringsstrategier som håndterer dagligdagse stress og emosjoner, kan være nyttig for å redusere den ugunstige effekten psykotiske symptomer har på livskvaliteten. Kognitiv terapi mot hallusinasjoner og vrangforestillinger bør derfor komplementeres med styrking av mestringsstrategier som omhandler generelle stressfaktorer (Cohen, Hassamal & Begum, 2010).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

I oppgaven har vi i hovedsak benyttet Cinahl sin database til å utføre de systematiske litteratursøkene. Årsaken til dette var at det var denne vi var best kjent med, den er ryddig og oversiktlig, og vi fikk flest relevante treff her. I søkene vi utførte i andre databaser (Medline og Psychology & Behavioral Science Collection) fikk vi få treff som var relevante i forhold til vår problemstilling, eller som var bedre enn det vi fant i Cinahl. Det at vi har valgt å fokusere på en database gjør at vi potensielt har gått glipp av studier som kun er tilgjengelige i andre databaser. Vi er likevel fornøyde med at de artiklene som vi har endt opp med, alle inkluderer ulike faktorer for livskvalitet og mestringsstrategier hos pasienter med schizofreni.

Når det gjelder inklusjons- og eksklusjonskriterier så bestemte vi oss for å hovedsakelig utføre søk på artikler fra 2010 og nyere for å få mest mulige oppdaterte studier. Vi har likevel valgt å inkludere en studie fra 2005, da vi anser den som like relevant fordi faktorene som påvirker livskvalitet ser ut til å samsvare med de nyere artiklene.

I tillegg satte vi en begrensning på språk til norsk, engelsk, dansk og svensk. Dette kan medføre at vi har utelukket eldre studier og med annet språk, som likevel kan være gode og relevante per i dag. Aldersbegrensningen (18 år og oppover) satte vi for å utelukke studier som omhandlet barn. Vi har inkludert både kvalitative og kvantitative artikler, som gir ulike typer av informasjon.

Vi har ikke satt begrensninger på land i søkene våre, og har inkludert studier som er gjort utenfor Europa. Vi ser likevel ikke på dette som en direkte svakhet, da informasjonen/funnene i artiklene også er relevant i vestlige land. Vi sjekket alle artiklene i NSDs database underveis for å forsikre oss om at tidsskriftet som publiserte artiklene var av god kvalitet, samt har vi kun benyttet artikler med IMRAD-struktur og som er fagfellevurderte. Dette ser vi på som en styrke i forhold til kvaliteten på hver

enkelt artikkel. Vi var også opptatt av at alle artiklene skulle ha med etiske vurderinger, noe de har.

Når vi gjorde analysen av artiklene brukte vi Evans (2002) fire trinn, da vi synes det ga gode retningslinjer for hvordan man utfører en analyse. Analysedelen krevde at vi satt oss godt inn i hver enkelt artikkel, og var til tider noe utfordrende mtp. faglig og avansert språk. Vi løste det med at begge parter gikk grundig gjennom alle artikler, før vi delte hverandres funn for å sikre at ingenting ble oversett, og lagde så et skjema med hovedkategorier og tilhørende funn.

Flertallet av artiklene våre er kvantitative forskningsartikler. Dette har forårsaket noen utfordringer med å sette seg inn i hvordan pasientene opplever det å leve med sykdommen schizofreni. De kvalitative studiene har likevel bidratt til å styrke funnene i de kvantitative artiklene og litteraturen vi har benyttet.

5.2 Resultatdiskusjon

Resultatet av analysen viser at det er flere faktorer som spiller en viktig rolle når det gjelder livskvalitet og mestring hos pasienter med schizofreni. Gjennom arbeidet med disse artiklene har vi funnet ut at stress, kunnskap om sykdommen, sosiale faktorer og sosiodemografiske forhold, bivirkninger av medisiner og bruk av mestringsstrategier er sentrale. Vi skal i dette kapitlet se funnene i lys av teori og drøfte konsekvenser for sykepleiepraksis.

5.2.1 Håndtering av stress og symptomer - hva kan sykepleier bidra med?

Resultatene i Caron et al (2005), Hasan et al (2018), Yu et al (2019) og Ow et al (2015) viser at det er flere psykiske faktorer som påvirker livskvalitet og mestring hos pasienter med schizofren diagnose. Blant annet var stress et av de elementene som var gjentakende. I artikkelen til Caron et al (2005) så man at stress var en faktor som hadde negativ innvirkning på den mentale helsen. Hummelvoll (2010, s.565) sier at stress i forbindelse med livshendelser er noe som kan påvirke pasientens helsetilstand negativt. Dette kan være blant annet dødsfall i familie, andre tapsopplevelser og alvorlig sykdom. Hummelvoll (2010) støtter med dette funnene som vi har gjort i forbindelse med påvirkningskraften stressmomenter har på livskvalitet.

Ifølge Malt et al (2010) vil pasienter med schizofreni reagere kraftig på små påkjenninger. De reagerer med angst, tilbaketrekning og unngåelse av kontakt, mens tankeforstyrrelser kommer i tillegg. For å kunne redusere angst og eventuell aggresjon i situasjoner pasienten opplever som stressende kan sykepleier iverksette ulike tiltak. En bør være hos pasienten og tilby kontakt, og samtidig er det viktig å respektere hans behov for "personlig rom" og ikke gi for mye fysisk nærhet. Sykepleier må også kommunisere enkelt, forklare hvorfor de ulike tiltakene blir iverksatt, og prøve å få pasienten til å utdype hva som gjør han provosert. Å hjelpe pasienten til å ta kontroll over situasjonen og til å mestre ulike påkjenninger er en viktig sykepleieroppgave. Dette passer overens med den ene komponenten i Antonovskys teori, håndterbarhet, som handler om nettopp evnen og muligheten til å påvirke egen situasjon. Man burde være ærlig i forhold til pasientens spørsmål og verbale utfordringer. Videre vil det være nødvendig å undersøke om det har oppstått hendelser i miljøet som har forårsaket pasienten sin reaksjon. Etter reaksjonsutbruddet burde hendelsen bearbeides, og da er det nødvendig at sykepleier opptrer på en tillitsvekkende måte slik at pasienten føler seg trygg på å dele følelser og opplevelser. Samtale om alternative mestringsstrategier for å håndtere slike opplevelser vil være nødvendig i det videre forløpet (Hummelvoll, 2010, s. 342-343).

En atmosfære med tillit og respekt vil kunne være verdifullt for pasienten. Ensomhet og lengsel etter kontakt er ofte fremtredende, og tilliten til andre mennesker er ofte skjør. Pasientene har ofte derfor et behov for en primærkontakt å forholde seg til. Engstelsen viser seg ofte i form av at pasienten vil "teste" sykepleieren, for å se om hun virkelig bryr seg og interesserer seg for han. Det vil derfor være viktig at sykepleier bruker de "gode" periodene til pasienten til å etablere en god kontaktrelasjon (Hummelvoll, 2010, s. 338).

Et eksempel vil være dersom pasienten utsettes for stor påkjenning av stress eller uforutsette hendelser. Når pasienten opplever symptomer, er det viktig at sykepleier skaper en kontakt og etablerer trygghet for å kunne hjelpe. Den beste måten å gjøre dette på er å møte pasienten i hans aktuelle situasjon, kartlegge hans behov, ressurser, problemer og funksjonsnivå. En bør opptre med en lyttende og anerkjennende holdning, og vise at man er til å stole på. For å kunne sette seg inn i pasientens situasjon burde en møte han med forståelse, empati, solid fagkunnskap, at man er medmenneskelig, åpen og tilgjengelig (Hummelvoll (2010, s. 334-335).

5.2.2 Viktigheten av kunnskap og god informasjon rundt diagnosen

Hasan et al (2018) sin studie viste at dårlig kunnskap om sykdom (symptomer, behandling og prognose) har en negativ effekt på livskvalitet. Et annet funn var at personer med schizofreni, som har tilstrekkelig ressurser og kunnskap om egen sykdom er mer rustet til å takle utfordrende hendelser. Pasienten trenger kunnskap om at for eksempel schizofreni ikke er en "mystisk lidelse", men en sykdom som trenger behandling (Hummelvoll, 2012, s.365).

Manglende motivasjon og evne til å delta i egen behandling er noe av det sykepleiere opplever skaper de største utfordringene. Pasientens mangelfulle forståelse og innsikt i egen situasjon, tilsynelatende sviktende interesse og lite motivasjon for behandling trer frem som hindring for arbeidet. I tillegg kan de negative symptomer utfordre personalets innlevelsessevne, forståelse og tålmodighet, og pasienten kan mene at det er de rundt som trenger behandlingen, ikke han selv.

Dersom pasienten mangler forståelse rundt sin sykdom og har lav motivasjon eller ikke føler noe mening i å delta i behandlingen, blir de to komponentene begripelighet og meningsfullhet i Antonovskys teori utfordret. Disse er i følge Antonovsky viktige for opplevelsen av sammenheng i livet. I disse tilfeller bør hjelperen ha en pragmatisk innstilling i forhold til hva pasienten orker av aktiviteter, og forventningene bør være tilpasset funksjonsevnen. I møte med en slik pasient må han møtes som den som vet mest om sin lidelse; og hjelperen må ha som utgangspunkt at man er novise i møte med ny pasient (Hummelvoll, 2012, s.360). Man må tenke langsiktig ved behandling og omsorg når pasienten har uttalte motivasjonsforstyrrelser. Målene må være oppnåelige og realistiske sett fra pasientens side, og for å skape struktur trengs planlegging av aktiviteter som bygger opp under de ferdighetene pasienten trenger for å kunne mestre selvstendighet i hverdagen. En forhandling mellom den som følger opp, og pasienten selv, om hvordan en forandring skal skje, og at trening og oppfølging skjer i pasientens tempo, er avgjørende for et godt resultat (Hummelvoll, 2012, s.360).

En rapport fra Folkehelseinstituttet (2011) anbefaler opplæring av pasienter og pårørende som en del av behandlingen. Det kom klart frem i rapporten at kortvarig gruppeundervisning fører muligens til bedre psykisk helse, mer kunnskap om sykdommen, mer riktig legemiddelbruk og redusert bruk av helsetjenester sammenlignet med vanlig praksis. Hummelvoll (2012, s.367) nevner også nytten av deltakelse i gruppeundervisning; fokusert på personlig myndiggjøring (self empowerment), og som derved er styrt av deltagerens ønsker og behov. Effekten av å delta i en slik gruppe er blant annet at gruppen kan stimulere den enkelte til å finne mening i sitt liv, utvikling av sosiale ferdigheter og selvrefleksjon. Det å lytte til hvordan andre har forsøkt å mestre sine problemer, kan virke motiverende for egen utforskning av problemløsningsmetoder.

Sykepleier kan derfor forsøke å informere og motivere pasienten til deltakelse i en slik gruppe.

5.2.3 Hvilken betydning har sosiale faktorer og sysselsetting for livskvalitet?

I følge Håkonsen (2014, s. 242) må man kjenne at en selv har kontroll og mestrer ting for å oppleve velvære og lykke. Det å tilhøre et sosialt fellesskap og en opplevelse selvstendighet eller autonomi vil også bidra til at pasienten føler seg vel. Hummelvoll (2010, s. 566) mener at sosial støtte vil være en beskyttelsesfaktor som har en positiv helseeffekt; samtidig som den også beskytter mot negative virkninger av stressfylte situasjoner. Av egen erfaring i jobbsammenheng og i praksisstudier har vi sett at den sosiale støtten fra både sykepleier og pårørende rundt er viktig for pasienten. Det er derfor viktig at man forsøker å etablere et godt forhold mellom sykepleier og pårørende. Vi har sett at samtaler hvor pasient og pårørende er tilstede kan være gunstig, da pasienten føler seg tryggere når han har noen av sine nære ved seg.

Hasan & Tumah (2018) gjorde funn på at de negative symptomene var blant de sterkeste faktorene for negativ påvirkning av livskvalitet, noe også Aarre et al (2014, s.248) viser til. Det er altså ikke de typiske sykdomsrelaterte symptomene pasientene opplevde som verst, men symptomer som depresjon, følelsesmessig avflating og lite sosial kontakt. I studien til Caron et al (2005) er det å føle seg verdifull en av de største faktorene for god livskvalitet, og sosial støtte dominerende i forhold til positive symptomer og depresjon. Ved fraværende sosial støtte, hadde positive symptomer og tegn på depresjon en direkte negativt innvirkning på livskvaliteten. Det vil si at støtte fra et sosialt nettverk er viktig for å kunne mestre de positive symptomer.

I artikkelen til Ba et al (2015) ble det gjort funn på sammenhengen mellom stigmatisering og den negative påvirkningen dette har på pasienten. Høyt oppfattet stigma var knyttet til lavere selvtillit, dårligere livskvalitet, mangelfull utdanning, depresjon og tilbaketrekning. I henhold til Aarre et al (2014, s. 76) blir pasienter med psykotiske lidelser stigmatisert. De blir ofte oppfattet som uberegnelige og potensielt farlige mennesker, noe som også gjenspeiles i bildet som blir gjort av schizofrene personer i tv og film.

Noe stress, en rimelig fast døgnrytme og aktivitet er av allmenn erfaring forutsetninger for psykisk velvære. Det å delta i arbeidslivet har en betydning for den enkeltes identitet og sosiale stilling. Arbeidet virker positivt på selvfølelsen (mental stimulering i å kunne løse oppgaver), har sosiale funksjoner, og skaper veksling og regelmessighet i hverdagen (Hummelvoll, 2012, s.602). Dette var også noe av funnene Hasan & Tumah (2018) gjorde i sin studie; hvor de som var i arbeid var mer tilfreds med livet og hadde flere vennskapsforhold, noe som igjen førte til større fysisk og psykisk velvære. Det er derfor en sentral faktor for livskvaliteten og følelsen av mestring at man får brukt sine ressurser og delta i arbeidslivet i den grad mulig.

Når vi ser på funnene fra artiklene mener vi at sykepleier har en sentral rolle når det kommer til å styrke den sosiale støtten og å tilrettelegge for en bedre hverdag for pasientene. Vi mener sykepleier kan motivere pasienten til deltakelse i ulike aktiviteter slik at han har noe å sysselsette seg med og føler større mening med hverdagen. Det å føle meningsfullhet i hverdagen er en viktig faktor for god helse og følelsen av sammenheng i følge Antonovskys teori om salutogenese (Romsland et al, 2015, s.53). Dette samsvarer med Hummelvoll (2012) sine forslag om tiltak. Sykepleier kan forsøke å motivere pasienten til deltakelse i arbeidsmarkedstiltak og/eller aktivitetshus, opprettholde sosial kontakt, holde orden på dagen og eventuelt søke etter alternative meningsfulle aktiviteter. Kvaliteter som vil være viktige i arbeidssituasjonen for mennesker med psykiske problemer vil blant annet være fleksibilitet, gode relasjoner,

trygge omgivelser, tett individuell oppfølging, kontinuitet og støtte til mestring, og evt. behandling parallelt med arbeidstrening (Hummelvoll, 2012, s.602-603).

5.2.4 Bivirkninger av medikamenter

Antipsykotiske medikamenter har mange ulike bivirkninger som kan påvirke pasientenes livskvalitet i negativ retning. Disse bivirkningene kan innebære både psykiske og motoriske/ekstrapyramidale symptomer, økt appetitt og vektøkning, samt kan noen gi utvikling av forhøyet blodsukker, kolesterol og triglyserider, som øker risiko for hjerte- og karsykdommer (Aarre et al, 2014, s.67-69).

Hasan & Tumah (2018) påpeker i sin artikkel at ekstrapyramidale symptomer kan påvirke livskvaliteten negativt. Mange bruker antikolinerge medikamenter fast for å lindre de psykiske eller motoriske bivirkningene av de antipsykotiske medikamentene, men dette kan ikke forsvares. I følge Aarre et al (2014, s.67) tyder motoriske bivirkninger på at dosen antipsykotikum er for høy, og at dosen derfor bør reduseres - eller overveie å bytte preparat dersom dette ikke fører frem. Antikolinerge preparater har en negativ virkning på kognitive funksjoner, som ofte er svekket i utgangspunktet, og i tillegg øker de sjansen for varige, ufrivillige bevegelser (tardive dyskinesier) (Aarre et al, s.67). Vi mener derfor at det er viktig at sykepleier og lege har tett oppfølging av pasienten, med samtaler og eventuelle undersøkelser for å kartlegge hans opplevelse av å bruke disse medikamentene. Dette gjøres med tanke på å vurdere både virkninger og bivirkninger, og observasjon av eventuelle komplikasjoner som blant annet tardive dyskinesier (Hummelvoll, 2010, s.498)

Dersom langsiktig behandling med antipsykotiske midler skal lykkes, er det særdeles viktig at pasienten og de pårørende er utførlig informert om hensikten med behandlingen, mulige bivirkninger og forventet effekt (Aarre et al, 2014, s.69). Selve behandlingen og sykepleien som gis til disse pasientene må baseres på et tillitsfullt samarbeid, og at sykepleier har tilstrekkelig med fagkunnskaper. Antipsykotiske legemidler har som sagt en god del bivirkninger, og det vil derfor være vesentlig at pasienten går inn i behandlingen med god informasjon og samtykke. Han må anerkjennes som person, og man må i betraktning at han har kunnskaper og erfaringer. Dette kan bidra til at han får en opplevelse av å ha makt til å påvirke og styre sitt eget liv (Hummelvoll, 2010, s. 494-495).

5.2.5 Bruk av mestringsstrategier

Hasan et al (2018) fant en positiv sammenheng mellom livskvalitet og mestringsstrategiene *å redusere, å distrahere og ha kontroll over situasjon*. Dette ligner funnene Cohen et al (2010), som fant ut at de kognitive, instrumentelle og unngående mestringsstrategiene hver for seg har en betydelig positiv effekt på livskvalitet.

Det å mestre håndtering av emosjoner er en viktig komponent i rehabiliteringen av pasienter med diagnosen schizofreni. Studien som så på effektene av et program for emosjonshåndtering (Won et al, 2012) er relevante i forhold til mestringsstrategier, da det kan være et nyttig tiltak for bedring av pasientens emosjonelle uttrykksevne og deres sosiale relasjoner; som igjen vil kunne øke pasientens livskvalitet.

I Ba & Lee (2015) sin studie så man at stigmatisering og depresjon hadde negativ innvirkning på selvtilliten; noe som igjen medfører dårligere livskvalitet. Et behandlingsalternativ i forhold til dette kan være kognitiv atferdsterapi. Dette er en behandling som lærer pasienten å gjenkjenne uhensiktsmessige tanker, lærer å kontrollere dem og tillater positive tanker og typer av atferd å komme til nytte. For eksempel hos deprimerte pasienter som er svært opptatt av negative tanker om seg selv som blant annet; "jeg er ikke god nok", er kognitiv atferdsterapi ofte effektivt. Behandlingen har fokus på å bearbeide de negative tankene, og snu de til noe mer positivt. De lærer seg å håndtere følelsesmessige reaksjoner og endre uhensiktsmessige

tanker. Gjennom avslapningsteknikker og håndtering av disse følelsesmessige reaksjonene kan det bidra til å mestre både angst og andre negative påkjenninger (Håkonsen, 2014, s. 406). Kognitiv atferdsterapi har også hatt god effekt på hallusinasjoner og vrangforestillinger hos personer med vedvarende psykose i følge NAKUs kunnskapsbank (Bakken, 2012).

Egofunksjoner er de indre prosessene som bistår mennesker i å tilpasse seg i dagliglivet. Man lærer disse ferdighetene i samværet med omgivelsene, og kan også kalles vår realitetssans/virkelighetssans (Håkonsen, 2014, s.365). Når man skal gi undervisning og rådgivning til pasienten, er det viktig å ta utgangspunkt i hans behov for kunnskap, og deretter fokusere på hva som er av betydning for å kunne mestre lidelsen i hverdagslivet. Her kan vi se en rød tråd mellom komponenten "*begripelighet*" og pasientens behov for kunnskap for å kunne mestre sykdommen (Romsland et al, 2015, s.53). For å hjelpe pasienten til å styrke egofunksjonene er det viktig å utvikle selvinnsikt, situasjonsforståelse og tilegne seg relevant kunnskap. (Hummelvoll, 2010, s.348).

Når sykepleier og pasient skal arbeide med innsikt og mestring av problemer vil det være relevant å ta utgangspunkt i pasientens funksjonsnivå; hva evner pasienten å gjøre, og hva kan bli bedre. Man burde kartlegge hvor hyppig kontakten mellom dem skal være, og hvilke passende settinger pasienten ønsker å møtes til. Videre vil det være nyttig å utvikle problemløsningsferdigheter og skape en trygg relasjon slik at pasienten kan gi uttrykk for følelser (Hummelvoll, 2010, s. 338).

Ved å fremme verbal- og nonverbal atferd gjennom et emosjonshåndteringsprogram, kan pasientens sosiale atferd bedres ifølge Won et al (2012). En psykotisk persons væremåte kan skape misforståelser og hindre relasjonsbygging og sosial inkludering. Dette kan være at de lett lar seg distrahere, bruker lengre tid på bearbeiding av det som blir sagt, eller samtaler/monologer med "seg selv". Disse monologene er ikke nødvendigvis på grunn av hallusinasjoner, men en måte å *rekapitulere* mentalt situasjoner hvor de har blitt såret. Dette er en mestringsmetode personen bruker for å utvikle svar reaksjoner som gjør at han ikke blir såret neste gang. I slike tilfeller bør sykepleier samtale med pasienten om væremåter som fungerer avvikende og stigmatiserende i sosialt samvær. Man kan da foreslå for pasienten å trekke seg tilbake fra situasjonen til et roligere sted (Hummelvoll, 2012, s.366).

Pasienter som lever med schizofreni vil møte utfordringer og forhold som kan oppleves vanskelig å håndtere. En følelsesfokusert mestringsstrategi kan være hensiktsmessig og en god metode for å bearbeide negative følelser som for eksempel ubehag, mistriivsel og angst (Håkonsen, 2014, s. 261). Vi mener derfor det vil være viktig at sykepleier viser omsorg, sympati og forståelse for pasientens følelser, og videre motiverer han til å godta situasjonen. Sykepleier kan også hjelpe pasienten med å se situasjonen i et nytt lys, og lære av hendelsen. Det kan være behjelpelig å prøve å bruke humor for å finne det ironiske i det som har skjedd og som han opplever er ubehagelig. Sykepleier kan videre hjelpe pasienten med å finne en høyere mening med hendelsen, som for eksempel fra et religiøst eller humanetisk perspektiv. Dette kan bidra til at pasienten finner en dypere mening og en form for erkjennelse av en situasjon som han opplever som utfordrende (Håkonsen, 2014, s. 261).

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å finne ut hvilke faktorer som påvirker livskvalitet og mestring hos pasienter som lever med diagnosen schizofreni. Etter å ha tatt for oss forskning og litteratur så vi at sosiale forhold, håndtering av dagligdagse utfordringer og sykdommens symptomer, og det å ha arbeid/sysselsetting som gir hverdagen mening var sentrale faktorer for livskvalitet og mestring. Sykdommens positive symptomer som

stemmehøring og vrangforestillinger var overraskende *ikke* blant de mest uttalte faktorene for livskvalitet. Negative symptomer, stigmatisering og lite sosial støtte er det pasientene opplever som mest utfordrende i livet, og som dermed har størst negativ påvirkning på livskvalitet og mestring i hverdagen.

For pasienten er sykepleieren en viktig ressurs som kan bidra til å gjøre livet mer begripelig, håndterbart og meningsfullt. Sykepleier må ta utgangspunkt i at hver pasient er enkeltindivider med ulike utgangspunkt og målsettinger. Med god kunnskap om diagnosen kan sykepleier danne en god relasjon til pasienten basert på tillit og gjensidig respekt, slik at pasienten føler seg trygg på å uttrykke sine følelser og behov. Videre bør sykepleier kartlegge behov, ressurser og mål den enkelte har, slik man kan tilrettelegge for at den enkelte pasient får utnyttet sine ressurser og får en hverdag med mening i, noe som er av det grunnleggende for god livskvalitet.

Når det gjelder anbefaling for videre forskning kan det være aktuelt med flere kvalitative studier, som konkret tar for seg hva pasientene føler er mangelfullt for å kunne leve et liv med mening. Dette vil kunne bidra til at helsepersonell får en bedre forståelse for hvordan det er å leve med diagnosen, og hva som er nødvendig å fokusere på i behandlingen.

Litteraturliste

Aarre, T.F., Bugge, P., Juklestad, S.I. (2014) *Psykiatrici for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Bakken, T.L. (2016, 4.januar) Utviklingshemming og psykose. Hentet fra: <https://naku.no/kunnskapsbanken/utviklingshemming-og-psykose>

Barstad, A. (4 juni 2019). Livskvalitet. Hentet fra: <https://snl.no/livskvalitet>

Boyer, L., Lancon, C., Baumstarck, K., Parola, N., Berbis, J. & Auquier, P. (2013) Evaluating the impact of a quality of life assessment with feedback to clinicians in patients with schizophrenia: *randomised controlled trial*. 53, 202-447. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.123463.

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
Håkonsen, K.M. (2014) *Psykologi og psykiske lidelser*. (5.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk

Eide, H. & Eide, T. (2010) *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk
Malt, U.F., Retterstøl, N. & Dahl, A.A. (2010) *Lærebok i psykiatri*. (2.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk

Evans, D. (2002) *Systematic reviews of interpretive research: interpretive data of processed data*. *Australian Journal of Advanced Nursing*. Vol.nr. 20, utgave nr. 2 s. 22-26.

FHI (2011). *Effekt av gruppeundervisning i pasient- og pårørendeopplæring*. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2011/effekt-av-gruppeundervisning-i-pasient--og-parendeopplaring>

Gjertsen, F., Nybrodahl, I., & Roth, C. (2010) Pasientstatistikk 2003-2006: Psykisk helsevern for voksne (2010:3). Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/2010/rapport-20103--pasientstatistikk-20-/>

Helsebibloteket (2019). *Ekstrapyramidale bivirkninger ved behandling med antidepressiva*. Hentet fra: <https://www.helsebibloteket.no/psykisk-helse/aktuelt/ekstrapyramidale-bivirkninger-ved-behandling-med-antidepressiva-relis.no>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak), for budsjettåret 2012-2013. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/7df13d2ea4eb447e93cdf3f7e42b2/no/pdfs/prp201220130001hodddpdfs.pdf>

Helsedirektoratet (2017). *Psykisk helse og livskvalitet - lokalt folkehelsearbeid*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen/psykisk-helse-og-livskvalitet-lokalt-folkehelsearbeid/kunnskapsgrunnlag>

Hummelvoll, J.K. (2010) *Helt- ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.A & Grimsbø, G.H. (2016). Helse og sykdomsutvikling og begreper I G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (s. 29-87). Oslo: Gyldendal.

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E-A., & Grimsbø, G.H. (2016) *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. (3.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Lønne, A. (2019, 22. januar) Aaron Antonovsky. Hentet fra: https://snl.no/Aaron_Antonovsky

Malt, U. (2019) Schizofreni. 19 november 2019. Hentet fra: <https://sml.snl.no/schizofreni>

Nortvedt, P. (2016) *Omtanke: en innføring i sykepleiens etikk*. (2.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk

NHI. (2018, 04.april) Schizofreni - omfang og betydning. Hentet fra: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/schizofreni/schizofreni-forekomst/?page=4>

Romsland, I G., Dahl, B., & Slettebø, Å. (2015) *Sykepleie og rehabilitering*. (1.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Strand, L. (2009) *Fra kaos mot samling, mestring og helhet: psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. (1.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Svartdal, F. (2018). Mestring. Hentet fra: <https://snl.no/mestring>

Wengström, Y & Forsberg C. (2017) *Att göra systematiska litteraturstudier*. (4.utg). Stockholm: Natur & Kultur.

Vedlegg 1: Litteraturmatriser

1)

Referanse	Studiens hensikt/mål	Keyword	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Hasan, A. A. & Tumah,, H. (2018). Determinants of quality of life among people diagnosed with schizophrenia at outpatient clinics. <i>Perspective in psychiatric care</i>, 55: 30-39. DOI: https://doi.org/10.1111/ppc.12278</p>	<p>Forskningen undersøker faktorer som har innvirkning på livskvaliteten hos pasienten med en schizofren diagnose.</p>	<p>Outpatient clinics, Quality of life, Schizophrenia</p>	<p>Metoden er en kvantitativ studie med 157 deltakere. Undersøkelsen baserer seg på pasienter i poliklinikk. Data ble analysert ved bruk av <i>statistical package for social sciences</i>. Det ble brukt kliniske variabler for å identifisere hvilke faktorer som hadde innvirkning på livskvaliteten.</p>	<p>Studien viser at Schizofreni er en krevende sykdom som reduserer pasientens livskvalitet. Funnene viser dårlig kunnskap om diagnosen, medisiner, symptomer, prognose og tilbakevendende sykehusinnleggelse. Det er behov for mer kvalitative studier for å utforske flere faktorer.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant til vår oppgave da den viser til faktorer som påvirker endring av livskvaliteten. I tillegg viser den til sykepleiers rolle når det kommer til omsorg, tilrettelegging og motivasjon.</p>

2)

Referanse	Studiens hensikt/mål	Keyword	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Cohen, C.I., Hassamal, S. K. & Begum, N. (2010). General coping strategies and their impact on quality of life in older adults with schizophrenia. <i>Schizophrenia Research</i>, 127, 223-228. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2010.12.023</p>	<p>Det er lite studier om hvordan eldre voksne med diagnosen schizofreni bruker ulike mestringsstrategier. Denne studien tar for seg mestringsstrategier som brukes av eldre, og hvordan disse strategiene påvirker livskvaliteten deres.</p>	<p>Schizophrenia, Elderly, Coping, Quality of life, Stressors</p>	<p>Kvantitativ studie hvor 198 pasienter med schizofreni deltok, alle over 55 år. De deltakende fikk utdelt spørreskjemaer om ulike mestringsstrategier (kognitive, instrumentelle og unnvikende).</p>	<p>Eldre med schizofreni bruker som regel kognitive mestringsstrategier. Aktive mestringsstrategier (kognitive og instrumentelle) ble brukt oftere enn de unnvikende strategiene. Både de aktive og unnvikende mestringsstrategiene hadde innvirkning på psykiske symptomer og livskvalitet.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for vår oppgave da den løfter fokus på effekten av mestringsstrategier. Sykepleier spiller en viktig rolle for å veilede og informere om ulike metoder for å mestre de psykiske symptomene.</p>

3)

Referanse	Studiens hensikt/mål	Keyword	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Yu, C-Y., Lai, C-Y., Chang., Y-S., Wu, C-K., & Chung., F-C. (2019). The symptoms, resourcefulness and quality of life in community-based patients with schizophrenia. <i>Journal of Clinical Nursing</i>.28, 3582-3589. DOI: http://dx.doi.org/10.1111/jocn.14953</p>	<p>Hensikten med studien var å finne ut om Zaszniowski's teori om ressursstyrke og livskvalitet hos pasienter med schizofreni som får helsehjelp hjemme. Målene var å (a) undersøke forholdet mellom psykotiske symptomer, ressursstyrke og livskvalitet, og (b) å undersøke faktorene for livskvalitet.</p>	<p>Community Psychiatric Nursing, Nursing theory, Quality of life</p>	<p>Kvantitativ tverrsnittstudie med 120 deltakende. Deltakerne ble vurdert ved å bruke <i>the Brief Pshyciatric Rating Scale, the Resourcefulness Scale</i> og <i>the World Health Organization Quality of life Scale-BREF</i>. Psykotiske symptomer ble vurdert av forskerne gjennom strukturerte ansikt-til-ansikt intervjuer. Ressursstyrken og livskvaliteten ble vurdert gjennom pasientenes egenrapportering.</p>	<p>Resultatene viser at arbeidsstatus og psykotiske symptomer korrelerte med pasientens ressursstyrke, mens arbeidsstatus, psykotiske symptomer og ressursstyrke korrelerte med livskvalitet. Ressursstyrke og psykotiske symptomer var avgjørende faktorer for livskvalitet.</p>	<p>Helsetjenestens rehabiliteringsprogrammer bør inkludere støtte til arbeidstrening, symptomhåndtering og tiltak for å bedre pasientens ressurser og livskvalitet.</p>

4)

Referanse	Studiens hensikt/mål	Keyword	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Caron, J., Lacomte, Y., Stip, E. & Renaud, S. (2005). Predictors of quality of life in schizophrenia. <i>Community mental health journal</i>, 41, 399-417. DOI: http://dx.doi.org/10.1007/s10597-005-5077-8</p>	<p>Studiens hensikt var å klargjøre sammenhengen mellom sosiale forskjeller, kliniske egenskaper, stressfaktorer, mestringsstrategier, sosial støtte og livskvalitet hos pasienter med schizofreni diagnose.</p>	<p>Schizophrenia; quality of life; social support; stressful events; coping</p>	<p>Kvantitativ studie. Data som omfanget de ulike momentene ble analysert gjennom verktøyet <i>the satisfaction with Life Domains Scale</i>.</p>	<p>Tilknytning og bekreftelse av verdier viser til en bedre livskvalitet. Stressende faktorer har stor betydning for personers livskvalitet. Økt tilgjengelighet til sosial støtte vil gi dem muligheter til utvikling av personlige forhold.</p>	<p>Studien viser viktigheten av at pasientene får støtte og hjelp til å utvikle mestringsstrategier for å kunne håndtere stressende situasjoner, da spesielt dagliglivets utfordringer.</p>

5)

Referanse	Studiens hensikt/mål	Keyword	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Ow, C-Y. & L. B-O. (2015). Relationships between perceived stigma, coping orientations, self-esteem, and quality of life in patients with schizophrenia. <i>Journal of public health</i>, 27, 932-941. DOI: http://dx.doi.org/10.1177/1010539512469246</p>	<p>Studien har som hensikt å belyse hvordan stigmatisering, tilbaketrekning og utdanning kan relateres til schizofrene pasienters selvtillit og livskvalitet.</p>	<p>Coping, quality of life, schizophrenia, self-esteem, Singapore, stigma.</p>	<p>Kvantitativ studie hvor 80 pasienter med schizofreni deltok. Pasientene besvarte ulike spørreskjema som tok for seg stigma, mestringsorientering, selvtillit, livskvalitet og depresjon.</p>	<p>Resultatet i studien viser blant annet at høyere stigma var relatert til lavere selvtillit, dårligere livskvalitet, mindre utdanning, depresjon og tilbaketrekning. Det er behov for mer forskning for å finne ut av hvilke tilnærminger som er effektive for å redusere stigmatisering.</p>	<p>Studien viser at stigmatiseringen hindrer pasientenes selvtillit og deres sosiale muligheter, som bidrar til negative utfall som arbeidsledighet og redusert livskvalitet. De ulike behandlingsmodellene bør ha som mål å redusere stigma, gjennom f.eks kognitiv atferdsterapi rettet mot stigma og selvbylde.</p>

6)

Referanse	Studiens hensikt/mål	Keyword	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Pérez, M.L.V., Godoy-Izquierdo, D. & Godoy, J.F. (2012). Clinical outcomes of a coping with stress training program among patients suffering from schizophrenia and shizoffective disorder. <i>Journal article- research, randomized controlled trial. 26, 154-170.</i> DOI: http://dx.doi.org/10.1080/10615806.2012.654778</p>	<p>Studiens hensikt var å evaluere de kliniske effektene av tiltak spesifikt rettet mot å styrke evnen til å takle stress, blant pasienter med psykose.</p>	<p>Psychotic disorder, self-efficacy, coping, stress, psychological therapy.</p>	<p>Kvalitativ studie hvor 14 personer med schizofreni eller schizoaffektiv lidelse deltok. De ble delt inn i eksperimentell og kontrollgruppe.</p> <p>Det ble kartlagt omfanget av symptomer før studien, 3 måneder etter start og ved avsluttende fase.</p>	<p>Gruppen som hadde fått opplæring i hvordan en takler stress viste en betydelig reduksjon i psykotiske symptomer etter studien. Personene i kontrollgruppen viste ingen forbedring. Endringene hos treningsgruppen var vedlikeholdt opptil seks måneder etter avsluttet studie.</p>	<p>Funnene i denne studien viser en stor reduksjon av psykotiske symptomer for de pasientene som har fått trening i å takle stress. Sykepleiere burde derfor ha fokus på dette område i praksis med schizofrene pasienter.</p>

7)

Referanse	Studiens hensikt/mål	Keyword	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Won, R-M., Kwang-Ja, L., Lee, J-H & Choi, Y-J. (2012). Effects of an Emotion Management Nursing Program for Patients With Schizophrenia. <i>Archives of Psychiatric Nursing</i>, 26, 54-62. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2011.02.006</p>	<p>Studiens hensikt var å utvikle et program for emosjonshåndtering, og å undersøke effekten programmet har på uttrykk og håndtering av emosjoner, mellommenneskelige forhold og sosial atferd.</p>		<p>Kvantitativ studie med et kvasiekseptimentelt studiedesign, hvor 52 pasienter med schizofren diagnose ble rekruttert fra ulike institusjoner for psykiske lidelser. Den eksperimentelle gruppen deltok i programmet i åtte uker, med 90 minutter per økt. Dataene ble samlet fra både den eksperimentelle (22) og kontrollgruppen (30). Forskningsinstrumentene var <i>Berkeley Expressivity Scale</i>, <i>Emotional Behavior Scale</i>, <i>the Relationships Change Scale</i> og <i>Social Behavior Scale</i>.</p>	<p>Den eksperimentelle gruppen viste en betydelig forskjell i score på emosjonsuttrykk, emosjonell atferd, mellommenneskelige forhold og sosial atferd, kontra kontrollgruppen. EMNP hadde en positiv påvirkning på emosjonshåndteringen til pasienter med schizofreni, og hjalp sykepleiere til å tilby evidensbasert sykepleie til pasientene gjennom programmet.</p>	<p>Et slikt program kan være et nyttig verktøy for å fremme emosjonshåndtering, noe som kan hjelpe pasientene i dagliglivet.</p>

8)

Referanse	Studiens hensikt/mål	Keyword	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Cho, M & Jang Joo, S. (2018). Effects of an Emotion Management Program for Patients With Schizophrenia: A quasi-experimental design. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i>, 28, 592-604. DOI: http://dx.doi.org/10.1111/inm.12565</p>	<p>Studiens hensikt var å undersøke hvilken effekt et program for emosjonshåndtering hadde på gjenkjenning av følelser, emosjonelle uttrykk og livskvalitet hos pasienter med schizofreni.</p>	<p>Emotion, Psychiatric rehabilitation, Psychological recognition, Quality of life, Schizophrenia.</p>	<p>Kvantitativ studie med kvasi eksperimentelt, ikke-randomisert studiedesign. 56 pasienter med schizofren diagnose deltok. Programmet varte i åtte uker, hvor hver økt varte i 50 minutter. <i>Yongin-Emotion Management Training</i> var programmet som ble benyttet.</p>	<p>Etter å ha deltatt i programmet så man en forbedring i deltakernes evne til å gjenkjenne og uttrykke ulike følelser og en økning i livskvalitete. Funnene viser at det å kunne håndtere følelser er viktig for livskvalitet, og et slikt program kan være et effektivt sykepleietiltak for å bedre håndteringen av følelser.</p>	<p>Slike programmer kan være aktuelle tiltak for å fremme livskvalitet og håndtering av dagliglivet til pasientene.</p>

Vedlegg 2: Søketablell

Dato	Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
27.11.19	CINAHL	Schizophrenia, Nursing interventions	AND	35
27.11.19	CINAHL	Schizophrenia, nursing	AND	299
28.11.19	CINAHL	Schizophrenia, Coping, Treatment outcomes	AND	33
28.11.19	CINAHL	Nurses, Schizophrenia, Coping	AND	8
16.12.19	CINAHL	Nursing Schizophrenia Everyday life OR Quality of life	AND	9
24.03.20	CINAHL	Schizophrenia AND quality of life AND Coping	AND	88
25.03.20	CINAHL	Schizophrenia, AND quality of life AND Coping AND Coping strategies	AND	17

