

Bacheloroppgave

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

Hanna Landgraff
Johan Vorhaug Olsen

Livskvalitet hos schizofrene

Antall ord: 8755

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie

Veileder: Ingunn Klauset Hunstad

Mai 2021

Hanna Landgraff
Johan Vorhaug Olsen

Livskvalitet hos schizofrene

Antall ord: 8755

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie
Veileder: Ingunn Klauset Hunstad
Mai 2021

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



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med denne studien var å undersøke hvilke faktorer som kan påvirke og bidra til økt livskvalitet hos hjemmeboende pasienter med schizofreni.

Metode: Dette er en systematisk litteraturstudie hvor vi inkluderte åtte forskjellige forskningsartikler.

Resultat: I resultatene kom det frem at relasjoner gjennom jobb og sosialisering bidro til økt livskvalitet blant pasientene. Symptomer, opplevd stigma, innsikt, medisiner og mestringsstrategier kom også frem som viktige faktorer for livskvalitet.

Konklusjon: Ut ifra studiene trenger pasienten økt sosialisering, relasjonsbygging og innsikt i sykdommen sin. Her er det viktig at sykepleier jobber for å bygge en god relasjon og tillit til pasienten. Innsikt bidro til en økt følelse av kontroll over sykdom og symptom som økte livskvaliteten. Det viste at noen pasienter brukte ulike former for mestringsstrategier, både positive og negative, som f.eks. distrahering ved å sosialisere seg, eller å holde sykdommen hemmelig for å ikke møte fordommer. En del forstod viktigheten av bruk av medisiner, men trengte oppfølging for å huske å ta de. Livskvalitet er subjektivt og opplevelsen av schizofreni kan variere, dermed bør sykepleier individualisere behandlingen for å møte de individuelle behovene som kan øke livskvaliteten.

Abstract

Aim: The aim of this study was to examine which factors can affect and improve quality of life among homebased patients with schizophrenia.

Method: This is a systematic literature study in which we included eight different research articles.

Results: The results showed that relations through work and socializing improved patients' quality of life. Symptoms, perceived stigma, insight, medication and coping strategies also proved to be important factors for quality of life.

Conclusion: Based on these studies, patients need to socialize, build relations and have insight into their diagnosis. It is important nurses strive to build a good relation and trust with the patient. Insight led to a feeling of control over their illness and symptoms, which increased quality of life. Results showed that patients often used coping strategies, both positive and negative, such as distractions by socializing, or keeping their illness a secret to avoid judgements. Some patients understood the importance of medication adherence but struggled to remember to take their medicine. Quality of life is subjective and the experience of living with schizophrenia can vary. Therefore, it is vital that nurses individualize treatment to meet the needs of the individuals in order to improve their quality of life.

Forord

Vi vil gjerne takke vår veileder, Ingunn Klauset Hunstad, for et godt samarbeid og god veiledning under arbeidet med vår bacheloroppgave.

Innhold

1	Innledning	11
1.1	Bakgrunn for valg av tema	11
1.2	Presentasjon av problemstilling	12
1.3	Avgrensning og presisering av problemstillingen	12
1.4	Begrepsavklaring	12
1.5	Oppgavens videre oppbygning	12
2	Teori.....	14
2.1	Sykdomsbildet schizofreni.....	14
2.1.1	Behandling av schizofreni	14
2.2	Livskvalitet	15
2.3	Kommunal helsehjelp	15
2.4	Pleier-pasient-relasjon.....	16
2.5	Pasientrettigheter	16
2.6	Sykepleiers rolle og funksjon.....	17
3	Metode	18
3.1	Systematisk litteratursøk	18
3.2	Databaser og søkeord	18
3.3	Kvalitet av kvantitative studier	19
3.4	Etikk	19
3.5	Analysen	19
4	Resultat	21
4.1	Sykdomsbildet.....	21
4.2	Relasjoner	21
4.3	Sykdomsopplevelser	22
5	Diskusjon	24
5.1	Metodediskusjon.....	24
5.2	Resultatdiskusjon	24
5.2.1	Sykdomsbildet	24
5.2.2	Betydningen av relasjoner	25
5.2.3	Pasientens liv med schizofreni.....	28
6	Konklusjon	30
	Referanser	31
	Vedlegg	35

1 Innledning

Om lag 1% av verdens befolkning rammes av schizofreni (Folkehelseinstituttet, 2013). Sykdommen er regnet som den mest alvorlige psykiske lidelsen da den gir nedsatt livskvalitet og funksjonsevne (Aarre & Farshbaf, 2018, s. 108). «Livskvalitet handler både om materielle levekår og hvordan livet oppleves» (Folkehelseinstituttet, 2016). Vi ønsker å sette oss dypere inn i hvordan schizofrene pasienters livskvalitet henger sammen med den psykiske lidelsen. Vi ønsker å undersøke hvordan mennesket som en helhet opplever sin livskvalitet med schizofreni og hva som kan gjøres av tiltak for å forbedre livskvaliteten hos schizofrene pasienter. Livskvalitet berører flere områder, slik Juklestad og Aarre beskriver (2018, s. 55).

Folkehelseinstituttet (2016) viser til viktigheten av å ha fokus på livskvalitet innen psykisk helsearbeid og hevder at høy livskvalitet virker som en motpol til psykiske lidelser. Juklestad og Aarre (2018, s. 56) forteller hvordan pasienter med den mest alvorlige psykiske lidelsen, schizofreni, har godt utbytte av å bedre livskvaliteten. Videre nevner Juklestad og Aarre (2018, s. 58) hvordan helsevesenet må fokusere på livskvalitet, ikke bare diagnoser og symptomer. Å undersøke hvilke faktorer som påvirker schizofrene pasienters livskvalitet anser vi som et svært aktuelt tema som krever oppmerksomhet fra et sykepleiefaglig ståsted.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har sett fra flere kilder innen litteratur og forskning at fokus på livskvalitet kan være med på å lindre psykiske lidelser og gi pasienten et bedre liv. Et av målene til helsepersonell er å hjelpe til med å øke livskvalitet og selvstendighet hos pasienter (Bøe & Thomassen, 2017, nevnt i Juklestad & Aarre, 2018, s. 55).

Temaet ble valgt ettersom vi ønsker å se på andre faktorer som påvirker sykdomsbildet hos pasienter med schizofreni. Mye litteratur fokuserer på selve diagnosen og symptomer. En etterundersøkelse av psykotiske og schizofrene pasienter, hvor det var en forventning om at pasientene ville ta opp sykdomsrelaterte problemer som for eksempel symptomer, viste heller at det ble tatt opp sosiale, økonomiske og praktiske problemer og utfordringer (Ruud et al., 2016, nevnt i Juklestad & Aarre, 2018, s. 57). Her ser man at pasienten selv kan ha utfordringer, men andre parter kan ha andre oppfatninger om hvilke utfordringer pasienten opplever. Det er derfor viktig at dette temaet blir belyst fra et sykepleiefaglig ståsted. Vi har og valgt å belyse dette problemet ut ifra pasientperspektivet, ettersom dette kan bringe frem nye perspektiver som kan hjelpe sykepleier i arbeid med psykisk helse.

Vi har også opplevd i praksis hvordan sykepleiere velger å fokusere på økt livskvalitet for å legge til rette for at pasienten skal kunne oppnå lettelse i symptomtrykk og en bedre sykdomssituasjon. Av egen erfaring har vi også opplevd å jobbe med hjemmeboende pasienter med psykiske lidelser og sett viktigheten av å ivareta livskvaliteten deres. Hjelp til praktiske gjøremål, sosialisering og oppfølging har bidratt til at disse pasientene kan klare seg fint hjemme.

Hensikten med oppgaven er å belyse viktigheten av livskvalitet hos schizofrene. Dette er veldig relevant ettersom det psykiske helsearbeidet har forflyttet seg mer over til den kommunale helsetjenesten de siste årene. Dette har ført til en økt mengde pasienter som bor i egen bolig.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvilke faktorer kan bidra til økt livskvalitet hos hjemmeboende schizofrene pasienter som mottar kommunal helsehjelp?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Problemstillingen avgrenses til schizofrene pasienter som er hjemmeboende og mottar kommunal helsehjelp.

Pasienter som mottar kommunal helsehjelp, ble valgt da det psykiske helsearbeidet som tidligere har vært innen spesialisthelsetjenesten har forflyttet seg mer over til den kommunale helsetjenesten. På bakgrunn av kunnskap om hjemmets betydning i behandling og det økte fokuset på psykisk helsearbeid i kommunal sektor valgte vi hjemmeboende pasienter.

1.4 Begrepsavklaring

Håkonsen (2014, s. 359) viser til Cullbergs (2007) beskrivelse av schizofreni som en tilstand hvor persepsjon, følelsesliv og tankefunksjoner opplever en gjennomgripende forandring. Schizofrene pasienter opplever ofte sanseforstyrrelser, hallusinasjoner og vil ofte oppleve å være midtpunktet i en hendelse, uten at de har noen som helst tilkobling til den aktuelle hendelsen (Håkonsen, 2014, s. 360).

«WHO har utarbeidet en definisjon som reflekterer at livskvalitet er en subjektiv vurdering som er forankret i kulturelle, sosiale og miljømessige forhold» (Kristoffersen, 2016, s. 55). Livskvalitet er en sentral del i behandlingen av schizofrene pasienter. Juklestad og Aarre (2018, s. 55) forteller at man skal jobbe for å gi helhetlige og lokalbaserte tjenester for å legge til rette for gode liv hos pasienter med psykiske lidelser.

1.5 Oppgavens videre oppbygning

Videre i oppgaven vil vi i teorikapittelet blant annet redegjøre for sykdommen schizofreni. Vi vil legge frem relevant fakta om sykdommen. Symptomer, behandling og etiologi vil belyses. Her vil vi også legge vekt på det sentrale begrepet, livskvalitet, og hva det innebærer. Kommunal helsehjelp, sykepleierens rolle, relasjon og pasientrettigheter vil bli forklart.

I metodekapittelet vil vi gjøre rede for valg av databaser, søkeord og diverse kriterier til forskningsartiklene. Dette vil bli fremstilt i en tabell over søkehistorikk. Vi vil også beskrive analysen av artiklene og se på en samlet vurdering av disse og hvordan de kan hjelpe oss å finne et svar på oppgaven vår.

I neste kapittel, som er resultat, vil vi ta utgangspunkt i syntesen basert på analysen av artiklene og legge frem resultatene i temaer som kan bistå i å svare på problemstillingen.

I diskusjonskapitlet vil vi drøfte de ulike funnene fra forskningsartiklene med utgangspunkt i teoribakgrunnen i oppgaven. Her vil vi også trekke inn relevant

faglitteratur og egne erfaringer. Oppgaven vil avsluttes med en kort konklusjon som oppsummerer og belyser hovedfunnene våre.

2 Teori

2.1 Sykdomsbildet schizofreni

Schizofreni er en relativt velkjent sinnslidelse og ansees som en av flere primære psykoselidelser som rammer pasientene ved kognitive forandringer (Hartberg, 2020, s. 124).

Pasienter med schizofren lidelse kan ofte oppleve vrangforestillinger og hallusinasjoner som kan påvirke det sosiale. Forstyrrelser i sansefunksjoner fremtrer ved at farger, lyder og hendelser oppfattes annerledes hos pasienten og de kan ofte oppleve at følelser og tanker er motstridene. Pasienten kan anse seg selv som midtpunktet i situasjoner som ikke nødvendigvis er knyttet til dem. Symptomene ved schizofreni kan være inngripende i pasientens liv og kan medføre utfordringer med en vanlig sosial omgang, som videre kan føre til at pasienten isolerer seg mer (Håkonsen, 2014, s. 360).

Hartberg (2020, s. 125) trekker også frem at de som rammes kan miste deler av sitt sosiale liv, i tillegg til arbeidsliv og utdanning, hvor kun 10 % av denne gruppen antas å være i arbeid.

Typiske kjennetegn ved schizofreni er psykoser, hallusinasjoner, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser og kaotisk atferd. Dette er trekk som går under positive symptomer, det vil si det som kommer i tillegg til normale kognitive funksjoner. Negative symptomer er fravær av normale kognitive funksjoner som for eksempel avflatning i følelser, viljehemming, svakhet i kontakt, mangel på initiativ og engasjement, samt mangel på glede (Aarre & Farshbaf, 2018, s. 109).

Tidligere i historien til psykoselidelsen schizofreni har dette vært en diagnose ansett som en ikke-organisk lidelse, men i senere tid har man observert forandringer ved flere organiske deler i hjernen ved hjelp av MR-bilder. Her sees det forandringer i flere deler av hjernen, hvor man tror at største deler av forandringer i hjernens struktur oppstår når personen blir syk. Man har observert forandringer i hjernens struktur samt i nevrotransmittere, hvor det spesifikt har blitt avdekket at ved psykoser er det en overaktivitet iblant annet dopaminerge nervebaner. Ut ifra dette har man klart å skape antidopaminerge legemidler som virker under psykoser (Hartberg, 2020, s. 125-126).

2.1.1 Behandling av schizofreni

Antipsykotiske legemidler virker ved å redusere mengden dopamin innad i hjernen og man skiller mellom førstegenerasjons- og andregenerasjons antipsykotiske legemidler. Forskjellen mellom første- og andregenerasjons antipsykotiske legemidler er blokkering av serotoninreseptorer, begge blokker dopaminreseptorer, men det er andregenerasjons antipsykotika som demper serotonin i tillegg. Legemiddelbehandling demper oftest symptomer, men nødvendigheten for å kombinere medikamentell behandling med andre behandlingsmetoder er absolutt, da dette kreves for å bedre andre faktorer som mestring, ADL og egenomsorg. Behandlingen må tilpasses etter sykdommens forskjellige faser. Etter pasienten har hatt et sykehusopphold og kommer hjem igjen, er det viktig at pasienten får bistand til å etablere rutiner og hjelp til å bringe meningsfylte aktiviteter inn i hverdagen (Hartberg, 2020, s. 126-128).

For mange pasienter oppleves det som krevende å ha ansvar for egen bolig, der pasienter opplever mangel på sosiale og praktiske ferdigheter (Andvig & Gonzalez, 2020, s. 463). Aarre og Farshbaf (2018, s. 124) forteller at sosial ferdighetstrening har god dokumentert effekt på å øke livskvalitet hos pasienter. Schizofreni er en av diagnosene som har vist seg å ha godt utbytte av sosial ferdighetstrening (Bugge & Farshbaf, 2018, s. 70). Sosial atferdsterapi gjennomføres for å styrke pasientens sosiale ferdigheter (Aarre & Farshbaf, 2018, s. 124).

Schizofrenes funksjonshemming er blant annet en mangel på evner i kommunikasjon, som da påvirker det å sende og motta informasjon. Disse pasientene kan da ofte bli misforstått og dermed oppleve utfordringer i sosiale ferdigheter og relasjonsferdigheter (Hummelvoll, 2012, s. 366).

2.2 Livskvalitet

Det trekkes frem tre viktige faktorer av pasienter selv hvor de forteller hvordan deres livskvalitet svekkes, dette er hvordan pasienten selv opplever det psykiske ubehaget, isolasjon og passiviteten. Opplevelsen av ubehag kan gjerne komme i sammenheng med at pasienten opplever hallusinasjoner og vrangforestillinger, isolasjon kommer gjerne av utfordringer i å opprettholde relasjoner til familie og andre bekjente, og passivitet kan komme av lavt energinivå og generell mangel på muligheter i livet (Fjørtoft, 2016, s. 88).

Vi har valgt å inkludere Siri Næss sin tolkning av livskvalitet. Næss (2011) forteller at å nevne én enkel definisjon av livskvalitet vil være vanskelig, da ulike mennesker kan bruke ordet livskvalitet ulikt. For eksempel hvordan mennesker med ulik alder og ulik kulturbakgrunn bruker begrepet livskvalitet vil variere. Vi har ulike behov og ulike betingelser for livskvalitet. Begrepet "livskvalitet" kan deles i to fenomener slik Næss (2011) beskriver det. Den ytre situasjon som består av levekår og livsbetingelser og den indre opplevelse som vil være for eksempel glede og engasjement. Næss (2011) velger å fokusere på den indre opplevelsen av livskvalitet, da hun mener denne delen av livskvalitet har egenverdi. (Næss, 2011, s. 46-47).

2.3 Kommunal helsehjelp

Pasienter med psykiske lidelser opplever bedre livskvalitet når de er ute av institusjon (Andvig et al., 2013, Borge, 2000, nevnt i Fjørtoft, 2016, s. 87).

I de siste 50 årene har institusjoner innen psykisk helsearbeid blitt redusert betraktelig, noe som medfører at mer av det psykiske helsearbeidet nå hviler på kommunen (Fjørtoft, 2016, s. 83). Dette har også skjedd i USA, hvor nedleggelse av psykiatriske sykehus ble gjennomført, og deretter ble Assertive Community Treatment (ACT) dannet, noe som også har funnet sin plass i det norske helsevesenet med fokus på å øke livskvalitet (Aarre & Farshbaf, 2018, s. 124).

Fjørtoft (2016, s. 87) viser til at pasienter med egen bolig trenger hjelp til å organisere og mestre dette, samt viktigheten med å mestre økonomien og sosiale ferdigheter. Det økende fokuset på psykisk helsearbeid har satt seg som mål at det skal bli økt selvstendighet, livsmestring og at det fremmes uavhengighet blant pasientene (Fjørtoft, 2016, s. 83). Ved at pasienter med psykiske lidelser har ansvar for et eget hjem, medfører dette en økt opplevelse av selvstendighet hos individet, samt en økning i sosial aktivitet (Fjørtoft, 2016, s. 87).

ACT har vist gode resultater når det kommer til å forbedre livskvalitet og hindre innleggelse (Marshall & Lockwood, 1998, nevnt i Aarre & Farshbaf, 2018, s. 124).

ACT tilbyr fokus på arbeid, bolig, familie og fritid, og har vist seg å ha god effekt på å øke livskvalitet hos brukerne av dette programmet (Helsedirektoratet, 2015).

Ambulant team, for eksempel ACT-team, oppsøker pasienten i hjemmet deres, da viktigheten med å bo i egen bolig de siste årene har blitt integrert i behandlingen. En bolig for mennesker, både med og uten psykiske lidelser, kan bidra til en opplevelse av identitet, trygghet, følelsesmessig avlastning og realitetsorientering (Andvig & Gonzalez, 2020, s. 461).

Andvig og Gonzalez (2020, s. 462) viser til at brukere belyser opplevelsen av å ha sitt eget område hvor man kan få privatliv med muligheter til å skjerme seg fra omverdenen og oppleve selvbestemmelse, som videre innebærer følelse av ansvar og kontroll over eget liv.

2.4 Pleier-pasient-relasjon

For psykotiske pasienter er relasjonen til hjelperen, en-til-en-relasjon, en grunnleggende faktor for at pasienten skal oppleve bedring i prosessen hen skal igjennom, hvor også relasjonen kan bidra til mindre hjelpeløshet, ensomhet og isolasjon (Hummelvoll, 2012, s. 39).

Hos mennesker med psykiske lidelser er det gjengående at de tidligere har opplevd svikt i relasjoner, krenkelser og forskjellige former for overgrep, noe som kan føre til utfordringer med å etablere nye relasjoner. Relasjonsbygging mellom pleier og pasient kan virke terapeutisk og vil danne grunnlaget for en produktiv samhandling (Gonzalez, 2020, s. 58).

Grunnsteinene i relasjoner vil være tillit og allianse, hvor tillit for pasienten handler om å stole på hjelperen, at hjelperen holder avtaler, viser respekt og anerkjennelse og opptrer ærlig og lojal innad i de rammer som eksisterer. Tillit kreves for at pleier og pasient kan bygge en allianse for arbeidet som skal gjøres. En allianse kjennetegnes av to aspekter, terapeutisk allianse og arbeidsallianse. Når pleier og pasient har en følelsesmessig tilknytning, vil dette være en terapeutisk allianse, men når pleier og pasient har en arbeidsallianse er dette grunnlaget for pasientens ønske om endringer (Gonzalez, 2020, s. 60).

Utvikling av en terapeutisk relasjon gjøres gjennom fire ulike faser, disse kalles forberedelsesfase, orienteringsfase, arbeidsfase og avslutningsfase (Gonzalez, 2020, s. 58). I forberedelsesfasen forbereder pleieren seg ved å se på informasjon om pasienten for å sette seg inn i situasjonen til pasienten før første møte. I orienteringsfasen skal man samle og vurdere data, se på hvilke faktorer man kan hjelpe til med, formidle gode kvaliteter og eventuelt se hvilke utfordringer pasienten har med relasjoner. Arbeidsfasen inneholder det arbeidet partene gjør sammen innad i de områder som ble diskutert, samtidig som det jobbes videre med tillit og relasjon, samt at det er fokus på om arbeidet er hensiktsmessig for pasienten. Avslutningsfasen kan komme av flere grunner, men her er det ekstra viktig at pasienten ikke føler det som et svik i relasjonen, men heller en positiv erfaring innen relasjoner (Gonzalez, 2020, s. 59).

2.5 Pasientrettigheter

Når et hjelpetilbud skal utformes skal det tas høyde for pasientenes behov (Hummelvoll, 2018, s. 556). Pasienter har egen lov om hva de har krav på, dette presiseres i pasient- og brukerrettighetsloven (2001, § 2-5): "Pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven,

spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern”.

Den kommunale helsetjenesten er lovpålagt å starte arbeidet med individuell plan, dette er et hjelpemiddel som skal bidra til at pasienten opplever mening med livet (Juklestad & Aarre, 2018, s. 60). En individuell plan skal jobbe for at pasienten oppnår økt livskvalitet (Bakke, 2011). Den individuelle planen er pasientens egen detaljerte plan av hva hen kan forvente seg av bistand fra de ulike parter, og skal kontinuerlig evalueres etter hvilket funksjonsnivå pasienten har (Fjørtoft, 2016, s. 209).

2.6 Sykepleiers rolle og funksjon

Hummelvoll (2012) beskriver psykiatrisk sykepleie som en menneskelig aktivitet med fokus på interaktivitet og utvikling. Dette gjennomføres ved å inkludere pasienten i dens opplevelse av livsproblemer som kommer med de psykiske plagene. Psykiatrisk sykepleie ønsker å etablere betingelser nødvendig for å fremme vekst og utvikling, dette vil være avhengig av de individuelle normer, kulturelle skikker og familiens interpersonlige struktur som ligger til rette fra før. Sykepleiepraksis er rettet mot å bistå pasienten i forhold til å hjelpe de med hvordan de responderer til deres psykiske lidelse (Hummelvoll, 2012, s. 29).

Psykiatrisk sykepleie skal hjelpe pasienten med å redusere problemer knyttet til helsen ved å styrke egenomsorgen, bidra til selvrespekt, egne livsverdier og være pasientens talsmann (Hummelvoll, 2012, s. 43).

Psykiatrisk helsehjelp er ofte utført i hjemmet. Hjemmesykepleie må fokusere på å holde pasientens hjem ivaretatt, ved å ikke institusjonalisere hjemmet og heller sørge for at pasientens hjemmefølelse er ivaretatt (Fjørtoft, 2016, s. 35).

3 Metode

3.1 Systematisk litteratursøk

En systematisk litteraturstudie starter med et tydelig formulert spørsmål, som videre besvares via identifisering, utvelgelse, vurdering- og analysering av forskning som er relevant (Mulrow & Oxman, 1997, nevnt i Forsberg & Wengström 2015, s. 27).

Forsberg og Wengström (2015, s. 27) viser og til Sirriyeh et al. (2011) sin tolkning av systematisk litteraturstudie som fokus på litteratursøk, kritisk vurdering og analyse av resultat. Forutsetning for å foreta seg et systematisk litteratursøk er at det ligger tilstrekkelig mengder forskning tilgjengelig av god kvalitet, dette for å danne et grunnlag for bedømminger (Forsberg & Wengström, 2015, s. 26).

3.2 Databaser og søkeord

Artiklene vi har tatt i bruk i denne oppgaven ble funnet ved å bruke to forskjellige databaser, Cinahl og PsycInfo. Databasene ble valgt ettersom de ga oss gode resultater som var relevante til vårt tema.

Inklusjonsfaktorer inkluderte blant annet at alle artiklene fulgte IMRAD-struktur. IMRAD-strukturen er en mal som viser hvordan en vitenskapelig artikkel bygges opp. IMRAD står for "Introduction", "Method", "Results" and "Discussion" (sokogskriv.no, 2020). En annen inklusjonsfaktor var at artiklene skulle være «peer reviewed», som er et akademisk uttrykk for kvalitetskontroll. Det baserer seg på at flere mennesker med faglig kompetanse relevant for temaet i en artikkel, ser nøye over for å sjekke at det er brukt riktig metoder og for å sjekke artikkelens integritet. Da vet vi at etiske vurderinger er gjort og at artiklene ikke har fabrikkerte data, forskningen er ikke stjålet og det er ikke plagiat (Forsberg & Wengström, 2015, s. 59). «Peer reviewed» artikler er generelt sett skrevet for profesjonelle eller universitetsstudenter. Videre bestemte vi oss for å avgrense søket til voksne mennesker over 18 år med schizofreni. Vi satte ikke noen geografiske eller etniske grenser på søkene våre ettersom vi ville få mest mulig informasjon om faktorer som påvirker livskvalitet hos schizofrene. I utgangspunktet så ønsket vi ikke artikler skrevet før 2010 ettersom vi ville ha artikler som mest mulig kan relateres til schizofreni og sykdomssituasjonen i dag. Vi fant dog, en artikkel fra 2005 som vi valgte å inkludere pga. god relevans til oppgaven vår, hvor vi ser at resultatene kan anvendes i dagens samfunn. Av språk inkluderte vi dansk, svensk, norsk og engelsk. Alle artiklene vi har inkludert er skrevet på engelsk.

I databasene kombinerte vi søkeordene (se tabell for søkehistorikk) med "Or" eller "And". "And" brukes for å kombinere ord, mens "Or" brukes for å få artikler med enten ett eller flere av søkeordene. Søkeordene vi brukte ble valgt ut ifra relevans til vårt tema. De inkluderte "Schizophrenia", "Quality of Life", "Patients", "Nursing", "Community", "Nurses", "Coping style" OR "Coping" og "Community Mental Health". Etter flere søk med diverse kombinasjoner av ordene, leste vi gjennom nærmere 70 abstrakter som var av relevans til vår oppgave og ut ifra disse kunne vi raskt utelukke de som ikke ville fungere til vår oppgave og problemstilling.

I utgangspunktet hadde vi valgt å skrive om mestring og fant derfor artikler ved å bruke "coping" som et søkeord. Vi endret tema, men så at artikkelen til Bozzatello et al. likevel var relevant. Vi prøvde på et nytt søk med mer relevante søkeord, men fikk ikke opp artikkelen. Dette er grunnen til at vi har coping/coping style med i søkehistorikken.

3.3 Kvalitet av kvantitative studier

Vi har artikler som er kvantitative og vi tok i bruk helsebibliotekets sjekklister for å kunne foreta oss en kritisk vurdering av artiklene. Helsebibliotekets sjekklister er pedagogiske verktøy som brukes til å gjøre kritiske vurderinger av forskningsartikler (Helsebiblioteket.no, 2016). I starten vil man stille to grunnleggende spørsmål som baserer seg på om artikkelen har en velformulert problemstilling og et velegnet design til å besvare problemstillingen. Sjekklister er utarbeidet til å passe forskjellige forskningsmetoder. Vi brukte sjekklister for prevalensstudier for de kvantitative artiklene våre. Videre brukte vi Norsk senter for forskningsdata sitt register over vitenskapelige publiseringskanaler for å sørge for at publiseringskanalene vi har valgt å hente artikler fra er av høy standard (Norsk senter for forskningsdata).

3.4 Etikk

God etikk spiller en sentral rolle i all vitenskapelig forskning. Det er viktig for å unngå juks og uærligheter som for eksempel plagiat, stjålet data eller fabrikkerte data. En etisk vurdering gjøres ved å velge studier som har fått godkjenning av en etisk komité, dokumentere alle artikler som har blitt brukt til sin egen forskning og at alle resultater legges frem, uansett om de støtter hypotesen eller ikke. Det er uetisk å bare presentere de resultatene som støtter sin egen hypotese (Forsberg & Wengström, 2015, s. 59). Vi gikk igjennom våre utvalgte artikler og så at alle var vurdert av en etisk komite og hadde fått godkjenning for studiene sine.

Blant artiklene vi har valgt ser vi at etiske vurderinger har blitt gjort. Deltakerne som har blitt valgt har alle måttet være samtykkekompetente. De har blitt tydelig informert om hva som inngår i studiene, at alt er taushetsbelagt, anonymisert og at muligheten til å trekke seg er der. I tillegg har alle signert samtykkeskjemaer.

3.5 Analysen

Til denne oppgaven har vi funnet 8 artikler med relevante temaer for vår problemstilling. Gjennom systematiske litteratursøk har vi funnet materiale som skal anvendes videre i drøftingen. Vi fant flere faktorer som påvirker livskvalitet hos schizofrene, og noen spesielle faktorer så vi kom frem i flere av artiklene.

Ifølge Evans (2002) er det fire viktige steg som bør følges når det kommer til å analysere forskningsartikler. Det første steget baserer seg på å samle relevant forskning for analyse. Dette har vi gjort ved å gjennomføre systematiske litteratursøk i diverse databaser. Vi brukte relevante søkeord til vår problemstilling og forskjellige inklusjonskriterier.

Det neste steget er å identifisere nøkkelfunnene i artiklene. Dette krevde at vi leste gjennom artiklene flere ganger og lagde oss et kodesystem med farger som kunne representere de forskjellige faktorene for livskvalitet som kom frem i resultatene. Vi leste over både sammen og hver for oss for å sikre at vi fikk med oss det viktigste. Her var det flere funn som kom frem, blant annet at medisiner, symptom, innsikt i egen sykdom,

mestring, stigma, sosialisering og det å ha en jobb kunne ha en påvirkning på livskvalitet.

Det tredje steget går ut på å identifisere temaer, sammenligne de med hverandre og finne fellestrekk. Det å lese gjennom flere ganger bidro også til bedre forståelse av forskningen og hva som var sentralt. Vi opprettet et dokument med en oversikt over hvilke artikler som hadde nevnt de samme faktorene og fikk dermed tydeligere frem hvilke artikler som bar fellestrekk. Ved å se de individuelle resultatene mer helhetlig og samlet, ga det grunnlag for en ny forståelse av faktorene og vi kunne trekke de sammen til større temaer. Vi fant faktorer som stemte overens og noen som ikke gjorde det. Vi delte nøkkelfunnene in i tre hovedtema; sykdomsbildet, sykdomsopplevelse og relasjoner.

På det fjerde og siste steget skal funnene brukes til å besvare vår problemstilling. Hovedtemaene og temaene vi kom frem til ble sortert i en tabell og vil bli gjort rede for i neste kapittel.

Hovedtema:	Tema:
Sykdomsbildet	Medisiner Symptom Innsikt
Relasjoner	Sosialisering Jobb og økonomi
Sykdomsopplevelse	Mestring Stigma

Tabell 1: Hovedtema og tema

4 Resultat

4.1 Sykdomsbildet

Innsikt i egen sykdom var for mange en viktig faktor for livskvalitet. Pasienter som hadde innsikt i sykdommen sin hadde ofte et bedre forhold til de handlingene som kom som følge av sykdommen og taklet dermed situasjonene bedre (Hasan & Tumah, 2018; Montemagni, Castagna, Crivelli, De Marzi, Frieri, Macrì & Rocca, 2014).

Det vises at økt kunnskap om sykdommen sin kan virke styrkende på pasientene da det gir de en form for kontroll og evne til å bedre forstå viktigheten av behandling som kan føre til et mer meningsfylt liv med økt livskvalitet (Hasan & Tumah, 2018; Montemagni et al., 2014).

Negative symptomer kan hemme muligheten for innsikt i egen sykdom da det blir vanskelig for pasientene å skille sine egne subjektive følelser fra virkeligheten og gjøre det vanskelig for dem å se at sykdommen tilhører dem selv, samt føre til en form for hjelpeløshet (Hasan & Tumah, 2018; Montemagni et al., 2014)

Symptomer viste seg å være en dominerende faktor for livskvalitet. Pasienter som var sterkt preget av symptomer, både positive og negative, viste å ha en lavere livskvalitet (Cai & Yu, 2017; Caqueo-Urizar, Alessandrini, Urzúa, Zendjidjian, Boyer & Williams, 2017; England, 2005; Yu, Lai, Chang, Wu & Chung, 2019). En artikkel peker på hvordan pårørendes livskvalitet hadde en indirekte effekt på pasientenes livskvalitet da pårørendes livskvalitet hadde en direkte og positiv effekt på symptomene til pasientene, som dermed førte til deres økte livskvalitet (Caqueo-Urizar, et al., 2017).

Hasan og Tumah (2018) og Montemagni et al. (2014) viser alle til hvordan negative symptomer, da avflatning, mangel på å vise følelser og tilbaketrekking fra samfunnet, var viktige faktorer som kunne påvirke livskvaliteten. Hasan og Tumah (2014) fant at positive symptomer ikke hadde noe spesiell effekt på livskvalitet.

Medisinering og effekten av det kommer frem i et par av artiklene våre. Hasan og Tumah (2018) og Wang, Petrini og Morisky (2015) skriver alle om effektene medisinering kan ha på livskvalitet. De snakker om hvordan bivirkningene fra medisiner påvirker pasientene. Hasan og Tumah (2018) forteller hvordan ekstrapyramidale symptomer påvirket pasientenes livskvalitet negativt. Ifølge Wang et al. (2015) ble bivirkninger av medisiner bedret etter sykehusoppholdet, noe som påvirket livskvaliteten positivt, men det var mer sannsynlig at de ville glemme å ta medisinen sin hjemme.

The findings underline that the majority of respondents are aware of the importance of antipsychotics to control their mental disorder, and they dare not decrease or discontinue the medication voluntarily. (Wang et al., 2015, s. 45).

4.2 Relasjoner

Relasjoner og det sosiale viste seg å være sentralt i flere av artiklene vi tok i bruk, hvor videre arbeidsforhold ble koblet opp imot det sosiale livet hos pasienter. Å ha en jobb førte til en økt følelse av selvstendighet, følelse av å være mer tilfreds og til slutt økt livskvalitet (Cai & Yu, 2017; Hasan & Tumah, 2018; Yu et al., 2019). Caqueo-Urizar et al.

(2017), Wang et al. (2015) og Yu et al. (2019) støtter opp under dette ved sin forskning som viser at de pasientene som ikke hadde en jobb, hadde dårligere psykososial funksjon og lavere livskvalitet. Å ha en jobb og en tilhørighet på en arbeidsplass bidrar til at pasientene integrerer og sosialiserer seg mer med andre kollegaer noe som førte til at denne pasientgruppen ofte hadde flere venner og bedre relasjoner til andre (Hasan & Tumah, 2018; Yu et al., 2019).

This result suggests that employment plays a key role in the daily life of the individual. (Hasan & Tumah, 2018, s. 37).

Andre sentrale funn i forhold til relasjoner var sosial støtte til pasientene. Her kommer det frem at sosial støtte fra andre mennesker bidrar til bedre funksjon i sosiale sammenhenger og økt livskvalitet hos pasientene (Bozzatello, Bellino, De Marzi, Macri, Piterà, Montemagni & Rocca, 2018; Montemagni et al., 2014).

Det kom frem at sosial støtte er en viktig ressurs og form for mestring da samtaler med andre kan distrahere dem fra sykdommen sin og at relasjonsbygging er en god form for terapi (Bozzatello et al., 2018; Montemagni et al., 2014). Videre forklarte Bozzatello et al. (2018) hvordan en pleier med en bakgrunn i psykiatri skulle bygge en relasjon (befriending) med pasienten ved å snakke om alt mulig, bortsett fra sykdommen og andre ting relatert til schizofreni. Fokus på hverdagslige aktiviteter, hobbyer eller nyheter ga pasientene en mulighet til å skifte fokus over på noe annet enn sykdommen sin, noe som førte til økt livskvalitet da det ble en form for distrahering fra schizofrenien (Bozzatello et al., 2018; Montemagni et al., 2014).

4.3 Sykdomsopplevelser

Å distrahere seg selv fra virkeligheten og sykdommen sin er en form for mestringsstrategi som blir tatt i bruk hos flere pasienter (Bozzatello et al., 2018; Hasan & Tumah, 2018; Montemagni et al., 2014). Å kunne foreta seg forskjellige mestringsstrategier gir pasienten en mulighet til å beherske stressfaktorer bedre (Bozzatello et al., 2018; Hasan & Tumah, 2018). Distrahering som mestringsstrategi skjer når pasientene utnytter sosiale situasjoner rundt seg for å få tankene over på noe annet. Dette inkluderer å snakke med andre og fokusere på ting som ikke omhandler sykdommen sin (Hasan & Tumah 2018; Montemagni et al., 2014). Her viser Bozzatello et al. (2018) at relasjons-bygging i form av å snakke om andre ting fungerte som en distraherende mestringsstrategi og terapeuten skulle flytte fokus fra diagnosen og heller fokusere på personen. Det kom dog frem i Montemagni et al. (2014) og Wang et al. (2015) sine studier at noen pasienter trakk seg unna sosiale settinger pga. skamfølelse og flauhet over sykdommen sin. En mestringsstrategi som ble tatt i bruk av noen var å holde sykdommen hemmelig, slik at de ikke skulle føle seg dømt av andre i samfunnet (Wang et al., 2015). Montemagni et al. (2014) beskriver hvordan sine deltakere så på sosiale sammenkomster som en mulighet for dumme seg ut, og trakk seg dermed også tilbake.

Opplevelsen av stigma i samfunnet er en faktor som påvirker livskvaliteten negativt hos mange av pasientene (Cai & Yu, 2017; Wang et al., 2015).

Symptom reductions alone often do not result in meaningful improvements in quality of life because other problems, such as lack of social contacts, uncertainty of illness, and stigmatization, remain. (Cai & Yu, 2017, s. 50).

Cai og Yu (2017) og Wang et al. (2015) beskriver hvordan pasientene opplever stigma i samfunnet. Pasientene som deltok i studien til Wang et al. (2015) beskriver hvordan det var tungt å komme tilbake til samfunnet etter et 4 ukers opphold på sykehus, der de slapp å føle på fordommer, i motsetning til når de er hjemme. De synes også det var vanskelig å skulle søke jobb, da de var redde for å bli dømt og redde for å bli avvist.

5 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Systematisk litteratur studie som metode har vært en god måte å finne forskning på. Vi startet med søk i slutten av 2020 og hadde klare åtte artikler, relevante til vårt tema i starten av mai 2021. Søkeordene vi tok i bruk var relevante til problemstillingen vår og setter vårt tema i fokus. I utgangspunktet var planen vår å skrive om mestring hos schizofrene, men etter en del søk, så vi at de fleste artiklene omhandlet livskvalitet. Vi valgte derfor, etter første veiledning, å endre til livskvalitet. Analysen var en stor grunn til at prosessen med artiklene tok lengre tid enn antatt. Vi brukte bare Cinahl og PsycInfo, noe som kan være en begrensning for vår oppgave, da bruk av flere databaser kunne utvidet søket vårt. Alle artiklene våre var på engelsk og det var til tider krevende å oversette og dette kan ha vært en svakhet da oversettingen kan ha ført til mistolkninger. Vi har brukt Forsberg og Wengström (2015) og Evans (2002) gjennom denne systematiske litteraturstudien. Sjekklistene til Helsebiblioteket (2016) var i fokus når vi skulle kvalitetssikre artiklene, kombinert med NSD (Norsk senter for forskningsdata) sine nettsider for kvalitetssikring av tidsskriftene der artiklene var hentet fra. Alle studiene vi har inkludert har blitt utført i utlandet. Dette kan være en svakhet da helsesystemene i disse landene kan være ulike fra det norske.

Vi har hatt et veldig godt samarbeid og gjennomført et anstendig arbeid med denne oppgaven. Vi har fått god veiledning underveis med gode tilbakemeldinger og konstruktiv kritikk som vi har tatt til oss og jobbet med. Vi har også diskutert med medstudenter og sett på tidligere Bacheloroppgaver.

5.2 Resultatdiskusjon

Hvilke faktorer kan bidra til økt livskvalitet hos hjemmeboende schizofrene pasienter som mottar kommunal helsehjelp?

5.2.1 Sykdomsbildet

Å bære diagnosen schizofreni kan være utfordrende for pasientene da vi ser at det er en veldig krevende sykdom med en overveldende liste av symptomer. Det kom tydelig frem i forskningen at pasienter som var sterkt preget av symptomer, opplevde lavere livskvalitet (Cai & Yu, 2017; Caqueo-Urizar et al., 2017; England, 2005; Yu et al., 2019). Teorien viser oss at de positive symptomene virker svært inngripende da pasienten kan oppleve vrangforestillinger, hallusinasjoner, psykoser og kaotisk atferd, mens de negative symptomene vil gjøre pasienten mer følelsesmessig avflata, føre til mangel på initiativ og engasjement og de vil føle mindre glede (Aarre & Farshbaf, 2018, s. 109). Dette vil føre til nedsatt livskvalitet. Mangel på engasjement ved negative symptomer kan vi se i sammenheng med det Næss (2011, s. 46) skriver om hvordan en indre opplevelse av engasjement er et fenomen som kan bidra til livskvalitet. Her er det viktig at sykepleier jobber støttende og motiverende med pasienten, da det kan lette symptomene og øke livskvaliteten.

Symptomlindring vil derfor spille en sentral rolle for schizofrene da det kan føre til økt livskvalitet. De fleste pasienter med schizofreni bruker en form for antipsykotiske

legemidler og Hartberg (2020, s. 127) viser til viktigheten av å kombinere medikamenter som demper symptom med annen behandling som kan bidra til økt livskvalitet. Studien til Wang et al. (2015) viste at de fleste pasientene skjønnte viktigheten av å ta medisiner og ikke ønsket å trappe ned, men at de hadde en tendens til å glemme å ta medisinene sine. På bakgrunn av dette ser vi viktigheten av oppfølging fra sykepleiere i kommunalhelsetjenesten. Regelmessige besøk fra sykepleier kan bidra til at pasientene følger opp medisineringen sin (Fjørtoft, 2016, s. 89). At pasientene selv har forståelse for medisineringen sin, vil kunne bidra til et bedre samarbeid med hjemmetjenesten. Hummelvoll (2012, s. 341) skriver også at mange pasienter ser viktigheten av medisiner og at det bidrar til deres mulighet til å fungere i samfunnet. Hartberg (2020, s. 129) skriver hvordan noen pasienter opplever seg selv som friske hvis de med hjelp av legemidler er symptomfri og dermed kan delta aktivt i samfunnet, mens noen har som mål å være uten medikamenter for å anse seg selv frisk. Det er viktig at sykepleier motiverer pasienten til å følge anbefalt behandling, men sykepleier må også sørge for å høre på pasientens egne ønsker i forhold til behandlingen rundt sin sykdom (Hartberg, 2020, s. 128).

Her kommer vi over på viktigheten av innsikt i egen sykdom. Vil altså kunnskap om egen sykdom føre til økt livskvalitet, eller vil det føre til en følelse av hjelpeløshet og fortvilelse når de innser de negative aspektene rundt sykdommen? Forståelse for sykdommen sin viste å ha en positiv effekt på livskvaliteten, da de lettere kunne koble symptomer eller episoder opp mot diagnosen sin (Hasan & Tumah, 2018; Montemagni et al., 2014). Da forskningen viser at økt kunnskap om diagnosen schizofreni har en styrkende effekt på pasientene ettersom de lettere forstår viktigheten av behandling (Hasan & Tumah, 2018; Montemagni et al., 2014), er det viktig at sykepleiere, på grunnlag av dette, tar seg tid til å høre hva pasientene selv ønsker. I dagens samfunn har pasientens deltakelse blitt mer og mer sentral og Hartberg (2020, s. 129) peker på viktigheten av at hver enkelt pasient definerer og setter sine egne mål, og at man i samarbeid med sykepleier kan vurdere når disse målene nåes. En individuell plan vil derfor være et essensielt redskap å ta i bruk slik at sykepleier, sammen med pasienten, kan danne seg en oversikt over pasientens ønsker og mål.

Vi så fra forskningen at negative symptomer kan ha en svekkende effekt på innsikten til pasientene og at de dermed kan slite med å se forskjellen mellom symptom og virkelighet (Montemagni et al., 2014). De som har kunnskap om egen sykdom, vil lettere kunne legge merke til symptom på forverring eller endringer og er da mer disponible til å selv oppsøke hjelp. Men hva skjer med de som ikke mestrer dette? Hasan og Tumah (2018) beskriver at pasienter som mangler innsikt i egen sykdom opplevde å være mer hjelpeløse. Her vil sykepleierens kunnskap om schizofreni og evne til å bemerke seg symptom, spille en viktig rolle. Sykepleier i kommunehelsetjenesten må passe på å bemerke seg endringer i pasientens atferd og symptomer på tilbakefall som for eksempel søvnvansker, sosial tilbaketrekking og tankeforstyrrelser (Fjørtoft, 2016, s. 85). Støtte fra sykepleier vil kunne hjelpe pasienter med å forstå sin egen sykdom og symptomene som følger med.

5.2.2 Betydningen av relasjoner

Relasjoner og sosialisering har vi bemerket oss at går igjen i flere av artiklene vi anvender. Flere av artiklene belyser ulike deler av sosialisering og relasjonsbygging for at pasienter med schizofreni kan oppleve økt livskvalitet. Hvordan schizofrene pasienter opplever symptomer, da spesielt positive symptomer som vrangforestillinger og hallusinasjoner, kan påvirke det sosiale livet (Håkonsen, 2014, s. 360). Det vil være

vanskelig for en pasient med schizofreni å omgås sosialt, om det ofte forekommer vrangforestillinger, hallusinasjoner og forstyrrende tanker når pasienten forsøker å delta sosialt. Håkonsen (2014, s. 360) viser også til dette, at vrangforestillinger kan virke inngripende og dermed sette utfordringer for en normal sosial omgang.

Relasjonsbygging viste seg og ha en særdeles god påvirkning på pasientenes psykososiale funksjon, selvtillit, tankeforstyrrelser og livskvalitet (Bozzatello et al., 2018). Relasjonsbygging-metoden til Bozzatello et al. (2018) kan sees i sammenheng med forskning til Montemagni et al. (2014) hvor det vises at sosial støtte fra et annet menneske bidrar til bedre sosial funksjon og økt livskvalitet. At relasjonsbygging-metoden til Bozzatello et al. (2018) hjalp pasienten på spesifikt disse områdene, kan forklares i lys av teori fra Hummelvoll (2012, s. 39) som forklarer at en-til-en-relasjon kan bidra til mindre ensomhet og isolasjon for pasienten. Mye tyder på at schizofrene pasienter har godt utbytte av relasjonsbygging og sosial støtte, at dette kan være terapeutiske metoder for å øke schizofrene pasienters sosiale funksjon og livskvalitet. Dette er relevant for sykepleiepraksis da det må legges vekt på relasjonsbygging mellom sykepleieren og pasienten, da det kan vises at pasienter har stort utbytte av denne faktoren for å oppnå økt livskvalitet.

Flere pasienter som lider av psykiske lidelser har gjennom tidene opplevd utfordringer og erfart negative opplevelser med relasjoner, som videre kan bety utfordringer med å danne nye gode relasjoner til mennesker (Gonzalez, 2020, s. 58). Ut ifra denne påstanden og sentrale funn fra forskningen, er det derfor viktig å se på muligheter til at denne pasientgruppen skal oppleve relasjonsbygging trygg og god, slik at de kan få utbytte av relasjoner til pleiere. Relasjonen til hjelperen fungerer som en grunnleggende faktor for at pasienten skal oppleve bedring i prosessen (Hummelvoll, 2012, s. 39). Det som kreves av pleieren som skal møte pasienten for første gang, er at pleieren har satt seg godt inn i pasientens situasjon er (Gonzalez, 2020, s. 59). At pleieren møter pasienten godt forberedt vil vise pasienten at pleieren er interessert i å hjelpe, dette anser vi som svært viktig for å danne tillit til pasienten. Videre vil det være viktig at pleieren samler inn data og trekker frem, sammen med pasienten, de områdene som anses som viktig å arbeide med (Gonzalez, 2020, s. 59). På dette tidspunktet vil det være hensiktsmessig at pleieren tilbyr seg til å bistå pasienten med å starte å utarbeide den individuelle planen pasienten har krav på etter Pasient- og brukerrettighetsloven §2-5 (2001). Nettopp denne planen skal fungere som et hjelpemiddel til at pasienten oppnår økt livskvalitet (Bakke, 2011). Det videre arbeidet innad i pleier-pasient-relasjonen må fokusere på å ivareta tillit og den alliansen som har dannet seg innad i relasjonen (Gonzalez, 2020, s. 59). Det er tillitt og allianse som er grunnsteinene i relasjonen (Gonzalez, 2020, s. 60). Å ivareta den gode relasjonen er svært viktig for at pasienten skal fortsette å kunne ha fremgang og oppleve bedring, da dette er fundamentet i bedringsprosessen. Videre arbeid i relasjonen for å sørge for at pasienten tilegner seg gode sosiale ferdigheter, vil være å praktisere sosial ferdighetstrening. Da denne pasientgruppen kan oppleve utfordringer med å kommunisere med andre, anser vi det som viktig at sykepleiere praktiserer denne treningsmodellen med pasienten. Sosial ferdighetstrening har vist seg å ha god dokumentert effekt hos schizofrene pasienter for å styrke deres sosiale ferdigheter (Bugge & Farshbaf, 2018, s. 70).

Pasienten må fra begynnelsen oppleve at dette er en trygg og god relasjon og at dette vil hjelpe pasienten. Sykepleiere som skal gjennomføre dette arbeidet må derfor legge mye vekt på å forberede seg til relasjonsbygging og møte med pasienten, dette for at tillit skal kunne bygges og man skal klare å lage et godt fundament for et hensiktsmessig arbeid. Det er viktig at sykepleieren i praksis sørger for å ivareta den gode alliansen og

tilliten som har blitt bygd opp, da pasienten kan ha hatt tidligere brudd i relasjoner. Dette bidrar til at pasienten kan få gode relasjonsopplevelser og man kan fortsette å ha en sunn terapeutisk- og arbeidsallianse. Vi ser det nødvendig at sykepleier implementerer utøvelse av sosial ferdighetstrening under arbeidet sammen med pasienten, da dette vil være en sentral faktor til at pasienten kan øke livskvalitet.

Det er flere måter pasienten kan sosialiseres på og opparbeide relasjoner. Andre sentrale funn vi fant viste at pasienter som var ansatt i et arbeidsforhold opplevde økt sosialisering og bedre relasjoner (Hasan & Tumah, 2018; Yu et al., 2019). Det at pasienter kan ha en jobb å gå til kan derfor tyde på at pasienten kan opparbeide ytterligere sosiale ferdigheter og relasjoner. Som vi tidligere har nevnt, opplever schizofrene det som utfordrende å delta i sosiale sammenkomster på bakgrunn av symptomopplevelse og dette kan være en av grunnene til at ikke alle velger å gå inn i et arbeidsforhold. Bull og Lystad (2020, s. 470) nevner hvordan stemmehøring og vrangforestillinger kan være med på å danne utfordringer i forhold til arbeidsoppgaver og arbeidsplassen. Yu et al. (2019) og Wang et al. (2015) viser begge til at pasientene i deres studium som ikke hadde jobb opplevde lavere livskvalitet enn de i arbeid. Man kan også se funn som støtter denne påstanden fra Hasan og Tumah (2018), Cai og Yu (2017) og Yu et al. (2019) som viser til at pasienter som var i arbeid opplevde økt livskvalitet. Pasienter kan kanskje føle engasjement for arbeidet de eventuelt bidrar til, dette kan da være med å øke livskvaliteten da Siri Næss (2011, s. 47) mener engasjement er en faktor for livskvalitet. Det vil derfor være viktig at pasienter med schizofreni får mulighet til å komme seg i jobb, da dette kan ha stor påvirkning på deres livskvalitet. Kartlegging av kognitive funksjoner for å kunne planlegge arbeid, søke støtte til kognitive hjelpemidler og gjennomføre kognitiv trening vil være sentralt når sykepleier skal hjelpe schizofrene inn i arbeid (Bugge & Lystad, 2020, s. 471).

Vi ser det svært nødvendig at det i sykepleiefaglig praksis blir gjennomført gode tiltak for at pasienter med schizofreni kommer seg ut i arbeid, da man ser fra sentrale funn i forskningen at dette gir pasienten godt utbytte i økt selvstendighet og økt livskvalitet. Pasienter som får bistand og hjelp til å komme seg ut i jobb kan ytterligere tilegne seg sosiale ferdigheter og få trening i å bygge relasjoner. Trekker man sammenheng til relasjonsbygging som nevnt tidligere, kan det være hensiktsmessig at i det relasjonelle arbeidet, når tillit og en allianse er opparbeidet, kan sykepleier tilrettelegge for at pasienten kan delta i arbeid. Dette kan være med på å endre schizofrene pasienters økonomiske situasjon, samt vil det være en sentral og viktig faktor til at pasienter kan oppleve økt livskvalitet.

Relasjoner og det sosiale aspektet er sterkt knyttet til mestring i å ha egen bolig. Mange schizofrene pasienter har uttalt at de opplever det krevende å ha en egen bolig, når de opplever mangel på sosiale og praktiske ferdigheter (Andvig & Gonzalez, 2020, s. 463). Det er derfor viktig å hjelpe pasienten med å oppnå bedre sosiale evner, som vi har sett på tidligere i diskusjonen, for å mestre å ha egen bolig. En annen grunn til at man må hjelpe pasienter med sosialisering og relasjonelle faktorer er at det psykiske helsearbeidet har forflyttet seg fra spesialisthelsetjenesten over til kommunale helsetjenesten (Fjørtoft, 2016, s. 83), dermed står pasientene i en situasjon hvor det er forventet at de skal være mer i hjemmet enn på institusjoner. Det er og forventet at pasienter må mestre økonomiske ferdigheter i tillegg til sosiale ferdigheter (Fjørtoft, 2016, s. 87). Dette støtter opp påstanden om viktigheten med å hjelpe schizofrene pasienter inn i arbeid. Pasienter føler seg mer selvstendig når de har ansvar for egen bolig (Fjørtoft, 2016, s. 87). Dette er i tråd med mål innen psykisk helsearbeid som

ønsker å bidra til økt selvstendighet (Fjørtoft, 2016, s. 83). Pasienter føler seg tryggere, mer realitetsorientert og opplever en følelsesmessig avlastning av å kunne ha et hjem (Andvig & Gonzalez, 2020, s. 461). Pasienter skal nå holde til mer i hjemmet og ikke i institusjoner, noe som vil kreve nøye oppfølging fra kommunal sektor. ACT sin hensikt i det kommunale psykiatriske arbeidet for pasienter tyder på å være veldig sentralt for at denne gruppen skal ha en bedre opplevelse av å ha egen bolig, tross diagnosen schizofreni. Vi ser derfor viktigheten av at sykepleiere i praksis sørger for at oppfølging av kommunalt tilbud for pasienter som bor i hjemmet opprettholdes. Fra egen praksis har vi opplevd at å hjelpe pasienter med praktiske gjøremål, knyttet til hjemmet, bidro til å opprettholde pasientens evne til å ha egen bolig. Gevinsten av økt livskvalitet og andre faktorer pasienten tjener på å klare å ha egen bolig, er store. Sykepleier må sørge for at pasienten opprettholder sine sosiale og økonomiske ferdigheter slik at hen kan opprettholde mestringen i å ha egen bolig. Sykepleier må kontinuerlig bygge relasjonen til pasienten, hjelpe til for at pasienten trener på sosiale ferdigheter og relasjonsbygging, bistå pasienten i å fungere i et arbeidsforhold slik at pasienten kan opparbeide ferdigheter med å ha egen bolig.

5.2.3 Pasientens liv med schizofreni

Hvordan andre mennesker oppfatter oss er for mange et viktig tema. Dette så vi også gjennom funnene fra forskningen vi har tatt i bruk. Flere pasienter fra studiene til Cai og Yu (2017) og Wang et al. (2015) opplevde at de brydde seg om hvordan andre mennesker oppfattet dem. De opplever altså at det er et stigma rundt sykdommen sin i samfunnet. Vi tolket det slik at følelsene til pasientene rundt stigma, hemmet dem i å takle andre utfordringer i hverdagen. Dette kan forstås som at sykehuset tilbød trygge rammer og stabilitet for pasientene. Hummelvoll (2012, s. 118) beskriver hvordan for eksempel innleggelse på sykehus kan føre til reaksjoner fordi det bryter med normene i samfunnet. Denne form for stigma vil da være naturlig for pasientene å kjenne på. Dette demonstrerer hvorfor det er så viktig med et godt kommunalt tilbud som ivaretar pasientene i hjemmet. Overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten kan være dramatisk for mange og det er et sterkt behov for emosjonell og sosial støtte under denne endringen. Det er viktig at helsepersonell skaper et trygt miljø hvor det er rom for å snakke om sykdommen og hvordan den påvirker livene til de med diagnosen. Wang et al. (2015) skriver at noen av deltakerne valgte å holde diagnosen sin hemmelig. Dette kan være med på å styrke pasientene sine allerede eksisterende følelser rundt stigma og dermed påvirke livskvaliteten negativt.

Stigma er et stort tema som fra pasienten sitt perspektiv omfatter samfunnet. Det er generelt viktig i dagens samfunn å ha en åpen dialog om psykiske lidelser og hva det innebærer. Mange mennesker som ikke er godt kjent med schizofreni har kanskje bare noen få oppfatninger av hva sykdommen innebærer. Hummelvoll (2012, s.118) snakker om det "sosiologiske menneskesyn" som trekker frem at mennesket er et resultat av samfunnet det lever i. Videre beskrives det at det er samfunnet som står til ansvar for at noen ikke følger sosiale normer. Dette blir definert som brudd på kulturelle normer. Samfunnets stigmatisering blir oppfattet som en av de viktigste grunnene til at mennesker blir stående i avvikerrollen. Dette skjer når en person fremtrer med brudd på sosiale normer og blir dermed stemplet som annerledes (Hummelvoll, 2012, s. 118). Det Hummelvoll skriver, forklarer det som ligger til grunne for det pasientene i studiene oppfatter. Hummelvoll (2012, s. 71) skriver at åpen dialog mellom pasient og pleier og samfunnet omkring, kan bidra til å redusere følelsen av stigma.

Bull og Lystad (2020, 2. 471) beskriver hvordan typiske fordommer om schizofreni er at personer med sykdommen oppleves som uforutsigbare, inkompetente og til tider, farlige. Disse oppfatningene blir ofte en stor tilleggsbelastning for pasientene som lider av sykdommen. Videre vises det også til hvordan helsepersonell selv kan ha stigmatiserende fordommer mot schizofrene. Disse holdningene vil sette grenser på forventningene til pleierne. Negative holdninger fra helsepersonell, vil kunne svekke troen pasientene har til seg selv rundt å kunne mestre sykdommen sin. Det er viktig at pleier møter schizofrene pasienter med en positiv og åpen holdning og faktisk tillater å vise pasienten at de har høyere forventninger til dem (Bull & Lystad, 2020, s. 471). På bakgrunn av dette ser vi at det er veldig viktig at sykepleier bidrar til å dempe pasientens opplevelse av stigma i samfunnet, for at de skal kunne oppleve økt livskvalitet. Vi tror dette best mulig kan gjøres ved å snakke åpent om sykdommen og at pasientene selv forklarer hvordan de opplever stigma og hvordan det påvirker dem. Videre, på et mer generelt grunnlag, er kunnskap om psykiske lidelser i samfunnet essensielt for å kunne dempe folks fordommer mot psykisk syke. Det er viktig at temaet blir snakket om blant helsepersonell for å gjøre det mindre tabubelagt. Da vi ser at stigma er en negativ faktor for livskvalitet, er det viktig at helsepersonell bidrar til at menneskene som lider av denne alvorlige diagnosen, får leve i et miljø uten fordommer.

Fra temaene vi trakk fram fra forskningsartiklene ser vi hvordan noen pasienter valgte å trekke seg tilbake fra samfunnet (Montemagni et al., 2014; Wang et al., 2015). Dette ble sett på som en form for mestringsstrategi pasientene tok i bruk. En annen mestringsstrategi vi så ble brukt var distrahering (Bozzatello et al., 2018; Hasan & Tumah, 2018; Montemagni et al., 2014). Samtaler med andre, med fokus på temaer som ikke omhandler sykdommen og symptomer, så vi ble en måte for pasientene og ta litt avstand fra sykdommen på. Bozzatello et al. (2018) viser og til hvordan prat om kultur, nyheter og hobbyer kunne bidra til hyggelige samtaler, hvor pasienten fikk et avbrekk fra diagnosen sin. Ifølge Hummelvoll (2012, s. 388) kan vi se på dette som en positiv mestringsstrategi, da han beskriver sosiale interaksjoner som nettopp dette. Videre forteller han om hvordan noen pasienter bruker negative mestringsstrategier, som kan bidra til at de blir stående fast i enkelte situasjoner som vil gå utover livskvaliteten deres (Hummelvoll, 2012, s. 388). Med utgangspunkt i dette, er det viktig at sykepleier lærer å kjenne de forskjellige mestringsstrategiene pasientene eventuelt tar i bruk. Ut ifra det kan de koble inn sin egen kunnskap og jobbe for å styrke de ressursene pasienten har.

6 Konklusjon

I denne studien har vi utforsket hvilke faktorer som påvirker livskvaliteten til schizofrene pasienter som mottar kommunale helsetjenester i hjemmet. Studiene viser at jobb og sosialisering var en påvirkende faktor for mange. Muligheten til å jobbe ga mestringsfølelse og økt livskvalitet. I den sammenhengen så man også at de som jobbet fikk sosialisert seg mer med andre, noe som også økte livskvaliteten betraktelig. Jobb og sosialisering så vi også var et viktig grunnlag for å ha egen bolig. Det vil være et viktig arbeid fra sykepleierens side å kartlegge behov og bistå pasienten i hjemmet, ettersom dette førte til økt livskvalitet. Vi så også, at noen kviet seg for å være i sosiale sammenhenger da de var redde for fordommer mot, og stigmaet rundt sin psykiske lidelse. Dette påvirket livskvaliteten negativt. Sykepleier bør jobbe aktivt for å kartlegge pasienten og hans behov og ønsker, for videre å kunne sette sammen en individuell plan. Vi ser fra teorien at livskvalitet er en subjektiv følelse, dermed er behovet for individuell pleie essensielt.

Ut ifra forskningen hadde pasientenes symptom en negativ påvirkning på livskvaliteten. Noen av pasientene forstod viktigheten med å bruke medisiner. Derfor er oppfølging av medisiner et viktig tiltak fra sykepleier i kommunal helsetjeneste. Symptomer kunne også hemme pasientenes mulighet for innsikt i egen sykdom, noe som viste seg å kunne bidra til økt livskvalitet. Forskningen viste at de som hadde forståelse for sykdommen sin, lettere kunne beherske diagnosen. Det kom også frem at noen pasienter brukte diverse mestringsstrategier, både positive og negative, som kunne påvirke livskvaliteten. Noen brukte distrahering som form for mestringsstrategi. Her er sykepleiers rolle viktig, da pasienten kan ha behov for en samtalepartner hvor hen kan få fokusere på andre ting enn diagnosen sin.

Ettersom livskvalitet er subjektivt, vil behovet for nyere forskning alltid være der ettersom menneskers behov hele tiden endrer seg og oppfatningen av livskvalitet er individuell. Mer forskning på livskvalitet hos schizofrene pasienter generelt, kan være gunstig for å et mer helhetlig og sammensatt inntrykk av hva denne pasientgruppen anser å påvirke livskvaliteten sin.

Referanser

- Aarre, T. F. & Farshbaf, M. (2018). Psykoselidelser. I T. F. Aarre (Red.), *Psykiatri for helsefag* (s. 107-130). Fagbokforlaget.
- Andvig, E. & Gonzalez, M. T. (2020). Psykisk helsearbeid i hjem og bolig. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 459-466). Gyldendal.
- Bakke, T. (2011, 09.02). *Å lykkes i arbeidet med Individuell plan*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/oversikt-metoder/lykkes-med-individuell-plan>
- Bozzatello, P., Bellino, S., De Marzi, G., Macrì, A., Piterà, R., Montemagni, C. & Rocca, P. (2018). Effectiveness of psychosocial treatments on symptoms and functional domains in schizophrenia spectrum disorders: a prospective study in a real-world setting. *Disability and Rehabilitation*, 41(23), 2799-2806.
- Bugge, P. & Farshbaf, M. (2018). Psykoterapi. I T. F. Aarre (Red.), *Psykiatri for helsefag* (s. 69-82). Fagbokforlaget.
- Bull, H. & Lystad, J. U. (2020). Arbeid for personer med psykisk lidelse. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 468-472). Gyldendal.
- Cai, C. & Yu, L. (2017). Quality of life in patients with Schizophrenia in China. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 55(8), 48-54.
- Caqueo-Urizar, A., Alessandrini, M., Urzúa, A., Zendjidjian, X., Boyer, L. & Williams, D. R. (2017). Caregiver´s quality of life and its positive impact on symptomatology and quality of life of patients with schizophrenia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2017(15), 1-9.
- England, M. (2005). Mediation of the Relationship between Inner Voice Experiences and Health-Related Quality of Life. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2005(41), s. 22-34.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian journal of advanced nursing*, 2002-2003/20(2), s. 22-26.
- Folkehelseinstituttet. (2013, 23. februar). *Om bipolar lidelse, schizofreni og personlighetsforstyrrelser*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/om-bipolar-lidelse-schizofreni-og-personlighetsforstyrrelser/>
- Folkehelseinstituttet. (2016, 22. juni). *Fakta om livskvalitet og trivsel*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>

- Forsberg, C., Wengström, Y. (2015). Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning (4. utg.) Stockholm: Natur & Kultur.
- Fjørtoft, A-K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. Utg). Fagbokforlaget.
- Gonzalez, M. T. (2020). Sykepleiefaglige perspektiver ved psykiske lidelser. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 43-54). Gyldendal.
- Hartberg, C. B. (2020). Psykoselidelser. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 121-129). Gyldendal.
- Hasan, A. A. & Tumah, H. (2018). Determinants of quality of life among people diagnosed with schizophrenia at outpatient clinics. *Perspectives in psychiatric care*, 55(1), 30-39.
- Helsedirektoratet (2015, 13 februar). *ACT- og FACT-team*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team>
- Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). *Sjekklister*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.) Gyldendal Akademisk.
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. (5. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Helse og sykdomsutvikling og begreper. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie- fag og funksjon* (s. 29-79). Gyldendal Akademisk.
- Juklestad, S. I. & Aarre, T. F. (2018). Bredden i det psykiske helsearbeidet. I T. F. Aarre (Red.), *Psykiatri for helsefag* (s. 55-64). Fagbokforlaget.
- Montemagni, C., Castagna, F., Crivelli, B., De Marzi, G., Frieri, T., Macrì, A. & Rocca, P. (2014). Relative contributions of negative symptoms, insight, and coping strategies to quality of life in stable schizophrenia. *Psychiatry Research*, 2014/220(1-2), s.102-111.
- Norsk senter for forskningsdata. (u.å). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Norsk senter for forskningsdata. <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Næss, S. (2011). Språkbruk, definisjoner. I J. Eriksen (Red.), *Livskvalitet: Forskning om det gode liv* (s. 15-47). Fagbokforlaget.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-2020-12-04-134). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Søk & skriv. (2020, 22, desember). *IMRaD-modellen*. Søk & skriv. <https://sokogskriv.no/skriving/imrad-modellen.html#introduksjon>

- Wang, X-Y., Petrini, M. & Morisky, D.E. (2015). Comparison of the Quality of Life, Perceived Stigma and Medication Adherence of Chinese with Schizophrenia: A Follow-Up Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2016(30), 41-46.
- 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. *Journal of Clinical Nursing*, 28(19-20), 3582-3589.

Vedlegg

Vedlegg 1 - Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Schizophrenia Nursing	24/11 2020	Cinahl	140	16	4	0
Schizophrenia Patients Quality Life	19/4 2021	Cinahl	255	3	1	1 Cai, C. & Yu, L. (2017)
Community Quality of Life Schizophrenia	8/4 2021	Cinahl	197	8	2	2 Yu, C-Y., Lai, C.Y., Chang, Y-S., Wu, C-K. & Chung, F-C. (2019). Hasan, A.A. & Tumah, H. (2018)
Community Mental Health Nurses Schizophrenia	25/11 2020	Cinahl	11	2	2	0

Schizophrenia Coping Style OR Coping	3/5 2021	PsycInfo	1189	10	1	1 Bozzatello, P., Bellino, S., De Marzi, G., Macrì, A., Piterà, R., Montemagni, C. & Rocca, P. (2018)
Nursing Quality of Life Schizophrenia	7/4 2021	Cinahl	53	17	8	3 Caqueo-Urizar, A., Alessandrini, M., Urzúa, A., Zendjidjian, X., Boyer, L. & Williams, D.R. (2017) England, M. (2005) Wang, X-Q., Petrini, M. & Morisky, D.E. (2015)
Schizophrenia Quality of Life	15/4 2021	PsycInfo	1468	7	2	0
Schizophrenia Quality of Life Outpatients	21/4 2021	PsycInfo	56	3	1	1 Montemagni, C., Castagna, F., Crivelli, B., De Marzi, G., Frieri, T., Macrì, A. & Rocca, P. (2014)

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep / keywords	Metode	Resultat/ konklusjon	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i vår oppgave?
<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(19-20), 3582-3589. https://doi.org/10.1111/jocn.14953</p>	<p>Hensikten med studiet var å teste Zauszniewskis ressurssterkhet og livskvalitetsteori hos pasienter med schizofreni i kommunalhelsetjenesten. Målet var å undersøke forholdet mellom psykotiske symptomer, ressurssterkhet og livskvalitet, samt å utforske faktorene for livskvalitet.</p>	<p>Community Psychiatric Nursing, Nursing Theory, Quality of Life.</p>	<p>Dette er en kvantitativ studie hvor 120 pasienter som får hjemmebesøk og kommunal rehabilitering ble rekruttert. Spørreskjema var metoden som ble brukt for å samle inn data. De psykotiske symptomene var rangert av forskerne med en-til-en intervjuer. Ressurssterkhet og livskvalitet var vurdert gjennom selvrapportering.</p>	<p>Resultatene viste at arbeidsstatus og psykotiske symptomer hadde en sammenheng med ressurssterkhet, mens arbeidsstatus, psykotiske symptomer og ressurssterkhet hadde en sammenheng med livskvalitet. Ressurssterkhet og psykotiske symptomer var faktorer som påvirket livskvalitet. Det viste at pasienter med jobb og svake symptomer var mer ressurssterke. Pasienter som har jobb, lite symptomer og større ressurssterkhet hadde bedre livskvalitet.</p>	<p>Denne studien er relevant for vår oppgave ettersom den viser til hvordan ressurssterkhet og symptomer er faktorer for livskvalitet. Den fremhever hvordan symptomer og jobb hadde en påvirkning på livskvalitet.</p>

Litteratormatrise 1

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i vår oppgave?
<p>Caqueo-Urizar, A., Alessandrini, M., Urzúa, A., Zendjidjian, X., Boyer, L. & Williams, D. R. (2017). Caregiver´s quality of life and its positive impact on symptomatology and quality of life of patients with schizophrenia. <i>Health and Quality of Life Outcomes</i>, 2017(15), 1-9. https://doi.org/10.1186/s12955-017-0652-6</p>	<p>Hensikten med denne studien var å finne ut om pårørendes livskvalitet kunne være en påvirkende faktor for pasientenes livskvalitet, i tillegg til å vurdere demografiske faktorer og kliniske faktorer.</p>	<p>Schizophrenia, Caregiver, Quality of life, Structural equation modeling.</p>	<p>Studiet inkluderte 253 stabile, utskrevde pasienter med schizofreni og deres pårørende fra tre forskjellige kommunalhelsetjenester. Pasientene ble invitert til å delta når de hadde månedlige oppfølginger, som regel med pårørende. Dette var en kvantitativ studie hvor det ble delt ut diverse spørreskjemaer som omhandlet livskvalitet og symptomer. Dataen ble samlet og analysert og dermed ble det gjort gjennomsnittsberegninger.</p>	<p>Resultatene her viste først og fremst at faktorer som arbeidsstatus, økonomi, utdanning og kulturell bakgrunn spilte en rolle for livskvaliteten. Her kom det også frem at det å være fra en etnisk minoritet, samt å være kvinne hadde en negativ effekt på livskvalitet. Studiene viste at det var en merkbar assosiasjon mellom pårørendes livskvalitet og pasientens livskvalitet, i forhold til grader av symptomer. Forbedring av pårørendes livskvalitet kan ha en direkte påvirkning på psykotiske symptomer hos pasienten og dermed en indirekte påvirkning på pasientens livskvalitet.</p>	<p>Da vi ønsker å se på faktorer som kan forbedre livskvalitet hos pasienter med schizofreni, er denne artikkelen aktuell i vårt arbeid. Denne artikkelen trekker frem at pårørendes livskvalitet har en påvirkning på pasientene sine symptomer, som igjen påvirker livskvaliteten deres.</p>

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelt begrep/keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i vår oppgave?
Cai, C. & Yu, L. (2017). Quality of life in patients with Schizophrenia in China. <i>Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services</i> , 55(8), 48-54. https://doi.org/10.3928/02793695-20170627-03	Studiens hensikt var å studere hvilke faktorer som påvirker livskvaliteten hos Schizofrene pasienter som får kommunal helsehjelp, og se på forholdet mellom demografiske trekk, psykososiale forskjeller, symptomer og livskvalitet.	Nøkkelt begrep var ikke oppgitt.	En tverrsnitt studie ble gjort. 178 mennesker som var hjemmeboende med schizofreni deltok. Pasientene fikk selvrapporterings-skjemaer med skalaer innenfor de forskjellige områdene, som blant annet livskvalitet, mestring, symptom, stigma og sykdomsforløp. Etterpå ble det gjort analyser av den samlede dataen og ut ifra gjennomsnittsberegningen ble det avgjort hvilke faktorer som hadde størst påvirkning på livskvalitet.	Resultatene viste at livskvalitet hos schizofrene ble positivt påvirket av blant annet mestring, jobb og en stabil inntekt. Den ble negativt påvirket av stigma rundt sykdommen og ved større preg av symptomer. Personlig mestring var den største faktoren for økt livskvalitet.	Denne artikkelen er relevant til vår oppgave ettersom den belyser viktige faktorer som påvirker livskvalitet hos schizofrene pasienter. Den forteller at gode relasjoner er viktig for å kunne føle mestring som videre førte til økt livskvalitet. Dette er noe vi kan se nærmere på for å kunne jobbe mot et svar på problemstillingen vår.

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i vår oppgave?
<p>Wang, X-Q., Petrini, M. & Morisky, D.E. (2015). Comparison of the Quality of Life, Perceived Stigma and Medication Adherence of Chinese with Schizophrenia: A Follow-Up Study. <i>Archives of Psychiatric Nursing</i>, 2016 (30), 41-46. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.10.006</p>	<p>Hensikten med studien var å finne ut hvordan livskvalitet, stigma og oppfølging av medisiner varierte hos schizofrene en måned før innleggelse på institusjon, i forhold til en måned etter utskrivelse fra institusjon.</p>	<p>Nøkkelbegrep var ikke oppgitt.</p>	<p>I denne kvantitative studien ble 195 pasienter rekruttert før utskrivelse, hvor 146 pasienter fulførte selvrapporterings skjemaet. Til slutt satt de igjen med 128 deltagere. Deltagerne ble veiledet til å gjennomføre selvrapporterings-skalaen og den demografiske skalaen 1-3 dager før utskrivelse, og 1 måned etter utskrivelse. Spørreskjemaer ble gjennomført 2 ganger. 1-3 dager før utskrivelse og 1 måned etterpå. Statistisk analyse av skjemaene ble gjort.</p>	<p>Resultatene viser at antall deltakere med jobb hadde gått ned etter innleggelse, trolig pga. flere måneder fravær. Det kom også frem at de sleit med å få jobber pga. sykdommen, til tross for få fremtredende symptom. Dette førte videre til at de ikke turte å søke jobber i frykt for å bli avist og stigma. I forhold til livskvalitet, viste resultatene en nedgang i forhold til det psykososiale og motivasjon, i tillegg til bedring av symptomer og bivirkninger en måned etter innleggelse. Deltakerne opplevde økt følelse av stigma og skam utenfor institusjon. Mange holdt derfor sykdommen sin hemmelig, men dette viste også at det hindret dem i å oppsøke rehabilitering. Videre viste resultatene at oppfølging av medisiner var dårligere etter utskrivelse pga. glemsel og det faktum at de ikke hadde like mye oppfølging og påminning fra helsepersonell hjemme i motsetning til når de var innlagt. Resultatene viste også at det kunne være en stressende overgang fra institusjon til kommunen for mange av pasientene.</p>	<p>Ettersom vi ser etter faktorer som påvirker livskvalitet i hjemmet er dette en artikkel vi kan bruke. Den trekker frem flere punkter som påvirker livskvalitet hos schizofrene. Her vises det hvordan blant annet jobbstatus, stigma og medisiner virker inn på hverdagen til pasientene. Disse punktene kan vi trekke inn i vår oppgave for å jobbe mot en besvarelse på problemstillingen vår.</p>

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegr ep/keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i vår oppgave?
<p>England, M. (2005). Mediation of the Relationship between Inner Voice Experiences and Health-Related Quality of Life. <i>Perspectives in Psychiatric Care</i>, 2005 (41), s. 22-34. https://doi.org/10.1111/j.0031-5990.2005.00006.x</p>	<p>Studiens hensikt var å undersøke påvirkningen av stemmehøring, prodromale symptomer, integritet av det funksjonelle nervesystemet og selvfølelse ved helse relatert livskvalitet hos schizofrene stemmehørere.</p>	<p>Nøkkelbegr ep var ikke oppgitt.</p>	<p>337 individer med stemmehøring fra kommunen deltok frivillig. De fleste var arbeidsløse, kaukasiske menn i gjennomsnittsalder av 46,2 år, som bodde i egne boliger. De undersøkte faktorene var opplevelser med indre stemmehøring, subjektive symptomer, integritet i det funksjonelle nervesystemet, selvfølelse, og helse relatert livskvalitet. Deltakerne ga en detaljert beskrivelse. Dette utforskende, korrelasjonsstudiet involverte hierarkisk analyse av data.</p>	<p>Spesifikke funn indikerer at indre stemmehøring og subjektive symptomer hadde en negativ påvirkning på deltakerne sin integritet i det funksjonelle nervesystemet, selvtillit og helse relatert livskvalitet. Å oppleve integritet i det funksjonelle nervesystemet og selvtillit hadde en positiv effekt på livskvalitet. Deltakernes vurdering av selvtillit og funksjon, svekket negative effekter av stemmehøring koblet opp til livskvalitet. Pasienter med høyere selvtillit og et positivt syn på deres funksjonelle nervesystem hadde mindre sannsynlighet for å oppleve stemmehøring som saboterende for livskvaliteten deres.</p>	<p>Denne artikkelen kan brukes i vårt arbeid da den ser på viktige faktorer som kan jobbes med hos pasienter med schizofreni for å øke livskvaliteten. Symptomer kommer fram som en viktig faktor for livskvalitet. Dette er svært relevant til vår problemstilling, hvor da vi kan trekke ut erfaringer fra denne forskningen for å kunne</p>

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i vår oppgave?
<p>Hasan, A. A. & Tumah, H. (2018). Determinants of quality of life among people diagnosed with schizophrenia at outpatient clinics. <i>Perspectives in psychiatric care</i>, 55(1), 30-39. https://doi.org/10.1111/ppc.12278</p>	<p>Målet med denne studien var å identifisere faktorer som påvirker livskvalitet hos pasienter med schizofreni ved poliklinikker.</p>	<p>Outpatient clinics, Quality of Life, Schizophrenia.</p>	<p>Dette er en kvantitativ studie hvor 157 pasienter med schizofreni, som behandles ved poliklinikker, ble invitert til å delta. Alle deltakerne ble intervjuet for å sjekke at de egnet seg til å bli med på studien. Videre fylte alle ut skjemaer om alder, kjønn, utdanning, jobbstatus, sivilstatus, økonomi, sykdomsforløp, tidligere innleggelser og medikamenter. Deretter fikk de utdelt forskjellige spørreskjemaer som målte deres kunnskap om schizofreni, hvor preget de var av symptomer, virkning av medikamenter, mestringsstrategier og livskvalitet.</p>	<p>Resultatene viste at Schizofreni er en veldig krevende sykdom som har en negativ effekt på livskvalitet. Det viste at lite kunnskap om sykdommen, psykiatriske symptom og varighet av sykdom hadde en effekt på livskvaliteten. Blant annet viste det at jobbstatus, sivilstatus, angst, depresjon, negative symptomer, sykdomsforløp, lite innleggelser, bivirkninger av medisiner, kunnskap om sykdommen og negative mestringsstrategier kunne påvirke livskvalitet.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for vår oppgave ettersom den viser til viktigheten av at sykepleier må fokusere på mer enn bare reduksjon av symptomer for å bidra til økt livskvalitet. F.eks. må sykepleier legge til rette for pasientens psykososiale behov og integrering i samfunnet. Den peker på viktigheten av kunnskap og sykdommen, medisiner og mestring.</p>

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/key words	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i vår oppgave?
<p>Bozzatello, P., Bellino, S., De Marzi, G., Macrì, A., Piterà, R., Montemagni, C. & Rocca, P. (2018). Effectiveness of psychosocial treatments on symptoms and functional domains in schizophrenia spectrum disorders: a prospective study in a real-world setting. <i>Disability and Rehabilitation</i>, 41(23), 2799-2806. https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1480666</p>	<p>Hensikten med studiet var å teste effektiviteten av «befriending», en form for sosial støtte som inkluderer emosjonell støtte, opp mot kunst terapi hos pasienter med schizofreni. Målet var å identifisere forskjeller i de to behandlingene.</p>	<p>Schizophrenia, Group Art Therapy, Befriending Intervention, Real-World Functioning, Integrated Treatment.</p>	<p>I denne kvantitative studien ble 62 deltakere tilfeldig fordelt i to grupper, hvor en skulle gjennom kunst terapi og den andre befriending. Alle deltakerne ble evaluert før oppstart av de to terapiformene og seks måneder etter. Evalueringene ble gjennomført ved hjelp av fem forskjellige spørreskjemaer. Statistisk analyse ble gjort.</p>	<p>En bemerkelsesverdig bedring ble observert i begge gruppene i områdene psykososial funksjon, selvtillit og tankeforstyrrelser. «Befriending» viste å være mer effektivt i psykososial funksjon. Begge metodene viste å være effektive i å forbedre emosjons-orientert mestring. Begge metodene viste også å være viktige faktorer i å bidra til pasientenes daglige funksjon. De er begge effektive former for rehabilitering som viste å bidra til bedre selvtillit. Denne typen rehabilitering bidrar til bedre sosiale kår, som igjen bidrar til økt livskvalitet.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant til vårt arbeid da den viser til faktorer som kan påvirke livskvalitet hos hjemmeboende schizofrene. Resultatene beskriver at begge formene for terapi bidro til økt livskvalitet. Sosialisering kom frem som en viktig faktor. Den viser at relasjonsbygging kan styrke pasientene og at fokus på dette området er essensielt for å lette symptomer og øke livskvalitet.</p>

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ keywords	Metode	Resultat	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i vår oppgave?
<p>Montemagni, C., Castagna, F., Crivelli, B., De Marzi, G., Frieri, T., Macrì, A. & Rocca, P. (2014). Relative contributions of negative symptoms, insight, and coping strategies to quality of life in stable schizophrenia. <i>Psychiatry Research</i>, 2014/220(1-2), s.102-111. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.019</p>	<p>Studiet ble gjennomført for å bestemme om forholdet mellom negative symptomer og livskvalitet kan være påvirket av mengde innsyn og mestringsstrategier hos pasienter med en stabil schizofrenidiagnose.</p>	<p>Quality of life Coping social diversion Attribution of symptoms Negative symptoms Schizophrenia</p>	<p>I denne kvantitative studien ble 92 pasienter tildelt spørreskjemaer som baserte seg på sykdommen, symptomer, funksjon, innsikt, selvtillit, mestring og livskvalitet. Det ble også undersøkt om negative symptomer hadde påvirkning på livskvalitet når selvinnsikt og mestringsstrategier allerede var til stedet. Analyse av data ble gjennomført i 3 stadier.</p>	<p>Negative symptomer dominerer påvirkningen av livskvalitet. Pasienter som klarer å knytte symptomene opp til sykdommen, kan oppnå høyere nivåer av livskvalitet. På grunn av kompleksiteten rundt begrepene innsikt og livskvalitet, er det ingen enkle ja og nei svar til spørsmål angående sammenhengen mellom begrepene. Alvorligheten av negative symptomer kan øke pasientens utfordringer med å se symptomene i sammenheng diagnosen. Sosial avledning, for eksempel å møte et annet menneske, kan hjelpe på symptomer, som øker livskvaliteten</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for vår problemstilling da den viser til hvordan man kan bruke sosial avledning hos schizofrene pasienter som kan hjelpe de med å få økt livskvalitet. Artikkelen trekker også frem positive effekter av at pasienter knytter symptomene opp til sykdommen, at de ser sammenhengen. Dette kan videre hjelpe de med å oppnå økt livskvalitet.</p>

