

Andrea Fjell

Hvordan kan personer med schizofreni mestre hverdagen og oppleve god livskvalitet?

Litteraturbachelor

Antall ord: 6323

Bacheloroppgave i Sykepleie

Veileder: Espen Sagsveen

Juni 2022

Andrea Fjell

Hvordan kan personer med schizofreni mestre hverdagen og oppleve god livskvalitet?

Litteraturbachelor

Antall ord: 6323

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Espen Sagsveen
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Schizofreni er en alvorlig psykisk lidelse som koster samfunnet og enkelt menneske dyrt. Ti prosent av alle uføretrygdede i Norge har schizofreni. Selvmordsratene er høye blant de som har diagnosen og det tar tid å få den riktige behandlingen. Å vite noe om hva som skal til for at denne pasientgruppen mestrer hverdagen og får en god livskvalitet er derfor viktig.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å se om det er noen faktorer som bidrar til økt livskvalitet og mestring for personer med schizofreni. Og se på hvordan sykepleier kan bidra til det.

Metode: Et systematisk litteraturstudium, basert på sju forskningsartikler.

Resultat: Flere faktorer gikk igjen som viktige for å oppnå livskvalitet og mestring. Det var opplevelse av helse, økonomi, daglige rutiner, informasjon, sosiale kontakter, samt et godt og tillitsfullt forhold til behandler. Recovery og håp er viktig for bedring og mestring i hverdagen. De fleste som bor hjemme, oppgir at de har god livskvalitet.

Konklusjon: Det er vanskelig å konkludere med at det er noen faktorer som er felles for alle med schizofreni da både mestring og livskvalitet er to individ-avhengige begrep og prosesser. Men det er flere faktorer som gjentatte ganger blir nevnt og holdt frem som viktig, og disse er ofte faktorer folk flest kan kjenne seg igjen i. Det krever bare mer av en person med schizofreni å oppnå de. Her kan sykepleiere bidra med informasjon, håp og recovery.

Nøkkelord: Schizofreni, livskvalitet, mestring, recovery

Innhold

1.	Introduksjon.....	6
1.1.	Innledning til tema	6
1.2.	Teori.....	7
1.2.1.	Schizofreni	7
1.2.2.	Livskvalitet.....	7
1.2.3.	Mestring.....	7
1.2.4.	Stress og mestring – Benner og Wrubel	8
1.2.5.	Recovery og håp	8
1.3.	Hensikt og problemstilling	9
2.	Metode	10
2.1.	Beskrivelse av metode	10
2.2.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	10
2.3.	Søkeprosess	11
2.4.	Vurdering av artikler.....	15
2.5.	Analyse.....	15
3.	Resultater	17
3.1.	Artikkelmatrise	17
3.2.	Faktorer som påvirker livskvalitet og mestring	21
3.2.1.	Opplevelse av helse.....	21
3.2.2.	Sosiale kontakter	21
3.2.3.	Daglige rutiner og aktiviteter	21
3.2.4.	Gode følelser og minner	22
3.2.5.	Økonomi og praktisk hjelp.....	22
3.2.6.	Informasjon	22
3.2.7.	Tillitsfullt forhold til behandler.....	22
3.3.	Behandling	23
3.3.1.	Recovery.....	23
3.3.2.	Medisin	23
4.	Diskusjon	24
4.1.	Hva skal til for å mestre hverdagen med schizofreni?.....	24
4.2.	Hva er god livskvalitet?.....	26
4.2.1.	Kan man ha god livskvalitet med en schizofrenilidelse?	26
4.3.	Hvordan kan sykepleiere bidra til økt livskvalitet og mestring?.....	26
4.3.1.	Den tillitsfulle relasjonen.....	27
4.3.2.	Motivasjon og informasjon	27

4.3.3. Recovery	27
4.3.4. Meidisin	28
4.4. Metoderefleksjon	29
4.4.1. Konklusjon	29
Referanser.....	30

Tabeller

Tabell 1 konsepttabell	11
Tabell 2 Søketabell	12
Tabell 3 Artikkelmatrise.....	17

1. Introduksjon

1.1. Innledning til tema

Psykiske lidelser rammer store deler av befolkningen. Det sies at et sted mellom 1 av 4 og 1 av 6 voksne i Norge oppfyller kriteriene for psykiske lidelser i løpet av et år. Alvorlighetsgraden vil variere fra lette, subjektive symptomer, til mer alvorlige symptomer. De alvorlige symptomene er ofte forbundet med tidlig død, uførhet og fysisk sykdom (Tesli et al., 2021).

Schizofreni regnes som en alvorlig psykisk lidelse og er den mest belastende av alle psykoselidelser. I Norge diagnostiseres mellom 500 og 600 personer med schizofreni årlig, og det regnes med at det til enhver tid er ca. 10 000 som har diagnosen og mottar behandling (Malt & Røssberg, 2022). Schizofreni er en av de mest kostnadskrevende sykdommene vi har i vesten. Grunnen til det er at sykdomsdebuten ofte er tidlig i 20-årene og medfører stort behov for stønad til nødvendig livsopphold, sysselsetting og bolig. Plagene er også i de fleste tilfeller livslange noe som innebærer behov for helsetjenester, både i primær- og spesialisthelsetjenesten over lang tid. Av de som er uføre i Norge utgjør personer med schizofreni hele ti prosent, noe som er store tall sammenlignet med prosentandelen som har diagnosen i hele befolkningen (NHI, u.å.-b).

Pasienter med schizofreni har en betydelig økt risiko for selvmord. Cirka fem prosent av de som får diagnosen begår selvmord, og mellom 25 og 50 prosent har et eller flere selvmordsforsøk. Får man startet opp riktig behandling innen ett år etter sykdomsdebut vil så mange som 85 prosent oppleve bedring. Dessverre tar det gjennomsnittlig ett til to år før de får den behandlingen de trenger (NHI, u.å.-b).

God kunnskap om schizofreni blant helsepersonell er avgjørende for å kunne gi en god og riktig behandling. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleie står det at: «Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten» (NSF, u.å.). Helsebiblioteket skriver at en effektiv behandling inneholder blant annet å lære seg å mestre og leve med de symptomene diagnosen innebærer (Helsebiblioteket, 2019). Derfor er det avgjørende at sykepleiere har kunnskap om hva som understøtter håp, mestring og livsmot hos personer med schizofreni for å kunne gi god sykepleie.

1.2. Teori

I teoridelen kommer definisjoner og forklaringer knyttet til det som er blitt definert som nøkkelord i oppgaven.

1.2.1. Schizofreni

Psykose er en tilstand som kjennetegnes ved at den som opplever det har en helt annen virkelighetsoppfatning enn det som er normalt for folk flest (*Psykose - Felleskatalogen*, 2019). Det kan komme til uttrykk ved at man blant annet har hallusinasjoner, vrangforestillinger, storhetsideer, kroppspåvirkninger og paranoia. Schizofreni er den hyppigste og mest alvorlige psykoselidelsen. Lidelsen innebærer gjennomgripende forandringer i persepsjon, følelsesliv og tankefunksjoner. Man deler symptomene inn i positive og negative symptomer. Positive symptomer er vrangforestillinger, hallusinasjoner og følelsesutbrudd. Negative symptomer er avflatet følelsesliv, atferden blir passiv, og man fremstår generelt som trist og livløs. Negative symptomer er vanskeligere å behandle da de ofte utvikler seg gradvis over tid, og de går utover de helbredende kreftene mennesket har i seg selv (Håkonsen, 2014).

Håkonsen skriver at det enda ikke helt klart hva schizofreni kommer av, og hvor stor grad arv og miljø spiller. Noe vi dog vet er at personer med schizofreni er ekstra sårbare for kritiske og fiendtlige følelsesuttrykk og uklar kommunikasjon (Håkonsen, 2014).

1.2.2. Livskvalitet

Livskvalitet kan defineres på flere måter. Man kan ha en subjektiv eller objektiv tilnærming til det, eller man kan inkludere begge synsvinklene i sin definisjon. I denne oppgaven er det valgt å ha fokus på den subjektive definisjonen, altså hvordan en selv opplever livskvaliteten. Derfor er det tatt utgangspunkt i Carol Estwing Ferrans sin definisjon av livskvalitet: «Livskvalitet manifesterer seg som tilfredshet med livsområder som er viktige for individet» (Rannestad & Haugan, 2014). Livskvalitet består av fem dimensjoner som er gjensidig avhengig av og påvirker hverandre. Det er de fysiske, psykiske, sosiale, eksistensielle og materialistiske dimensjonene. Man kan ha god livskvalitet til tross for sykdom og dårlig helse, og hva man anser som god livskvalitet kan forandre seg i løpet av livet (Rannestad & Haugan, 2014).

1.2.3. Mestring

Mestring er komplekse prosesser forbundet med endringer og belastninger i livet. Det er en dynamisk prosess som ikke følger en mal, men er nært knyttet til en selv som person. Altså finnes det ingen enkel definisjon på hva mestring er, og det kan være veldig individuelt fra person til person. Felles er det dog at det handler om å ha strategier for å redusere, beherske og tolerere ytre og indre påkjenninger, samt konsekvensene av slike påkjenninger. En viktig faktor for god mestring er motivasjon. Så når noen trenger bistand til mestring handler det ofte om motivering, men også informasjon, praktisk bistand og kunnskap (Eide & Eide, 2017).

Videre påpeker Eide og Eide at hverdagsmestring er hvordan man forholder seg til de krevende situasjonene i hverdagen. Det kan være det å lære seg å leve med sykdom og symptomer, habilitering og rehabilitering, eller en kombinasjon av begge. Det varierer hva som er viktig for den enkelte i hverdagen. For noen er det å klare husarbeidet selv være av stor betydning, mens for andre er det viktigste å kunne være mye til stede i barnas liv. Derfor er det viktig med en kartlegging og god planlegging sammen med pasienten når det kommer til hverdagsmestring (Eide & Eide, 2017).

1.2.4. Stress og mestring – Benner og Wrubel

Benner og Wrubel har et stort fokus på stress og mestring i sin teori. De definerer mestring slik:

«Det folk gjør når det de opplever som meningsfullt blir revet opp og deres vanlige fungering bryter sammen. Fordi målet med mestring er å finne mening igjen, er ikke mestring en rekke strategier som folk kan velge fritt blant uten begrensninger. Mestring er alltid begrenset av de meningsinnholdene og konsekvensene som er knyttet til det som anses stressende» (Konsmo, 1995, s. 84).

De mener også at det ikke er riktig å gi en overordnet standard på mestring for å si noe om den er god eller ikke. Det er kun den som selv står i det som vet hva som er viktig for seg selv. De som står på utsiden, må først forstå hvor pasienten står og hvordan han opplever situasjonen selv. Når man har forstått det kan man kanskje hjelpe pasienten til å se nye muligheter (Konsmo, 1995).

1.2.5. Recovery og håp

Recovery handler om bedring, og prosessen for å komme dit. Det innebærer ikke alltid at man skal bli frisk fra det man lider av, noen ganger handler det om å endre hvordan man ser på eget liv og de sykdommene man har. Målet med recovery i psykiatrien er at man på tross av de symptomene og utfordringene en har skal kunne leve et godt og meningsfullt liv. Målet er ikke at man skal bli fri fra alle symptomer og leve et «normalt» liv. Recovery er sammensatt og består av flere metoder blant annet rehabilitering, empowerment, restituering, egenomsorg, mestringsstrategier og resiliens. Det finnes ikke kun en vei til bedring, alle har individuelle forskjeller. Om det har funket for noen betyr ikke det at det vil hjelpe andre. Det som er felles og avgjørende for alle er at man utvikler en relasjon til hjelpere som er trygg og åpen. Og at man sammen utforsker hvilke verktøy den enkelte har, og hvilke mål og verdier som er viktig for den det gjelder (Hummelvoll, 2012).

1.3. Hensikt og problemstilling

Formålet med denne oppgaven er å se på hva som kan hjelpe personer med schizofreni til å ha god livskvalitet og følelse av mestring i hverdagen. En viktig del av arbeidet som sykepleier er å formidle håp og fremme helse (NSF, u.å.). Da er det vesentlig at man har kunnskap om bedring og hva som skal til for å oppnå god livskvalitet, for slik å bringe et realistisk håp og understøtte mestringsprosesser.

I denne oppgaven er det valgt å ha fokus på pasienter som ikke er innlagt på institusjon, men bor hjemme og mottar poliklinisk eller lignende hjelp. Oppgaven er også begrenset til å omhandle voksne over 18 år. Det er tatt utgangspunkt i Carol Estwing Ferrans sin definisjon av livskvalitet. Med utgangspunkt i dette er problemstillingen blitt formulert slik:

«Hvordan kan personer med schizofreni mestre hverdagen og oppleve god livskvalitet?»

2. Metode

2.1. Beskrivelse av metode

I kapitel 2 vil det bli beskrevet hvilken metode og søkestrategi som er blitt brukt, og hvordan søkeprosessen var for denne oppgaven. Det er også inkludert en søketabell for de utvalgte artiklene. Til slutt kommer det en analysedel, hvor Evans metode (Evans, 2002) for analyse er blitt brukt.

Metode er det redskapet som brukes når en problemstilling skal besvares. Den sier noe om hvordan man har gått frem, og den skal bidra til å gjøre arbeidet etterprøvbart. Denne oppgaven er et litteraturstudium. Ifølge Dalland er et litteraturstudium å hente data fra allerede eksisterende teori, forskning og fagkunnskap (Dalland, 2017). De dataene man velger å hente inn avgjøres av en problemstilling, samt inklusjons- og eksklusjonskriterier. Dataene i denne oppgaven skal svare på problemstillingen: «Hvordan kan personer med schizofreni mestre hverdagen og oppleve god livskvalitet?». Det ble funnet sju fagfelleverderte og relevante forskningsartikler fra tidsskrift som alle var NSD-nivå 1 eller 2. Fire av disse er kvalitative studier, en er tverrsnittstudie, en er en randomisert kontrollert studie og den siste er en deskriptiv korrelasjonsstudie.

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artikler publisert mellom 2011 og 2022	Artikler skrevet før 2011
Aldersgruppe: Voksne (19+)	Aldersgruppe: Barn (0-18)
Fagfelleverdert	Pasienter som er innlagt på institusjon
Pasienter i hjemmet	
Pasienter som mottar poliklinisk hjelp	
IMRAD-struktur	

Disse inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble valgt med utgangspunkt i retningslinjene for bacheloroppgaven, samt egne kriterier for oppgaven. Artiklene skulle med fordel ikke være eldre enn ti år, men det ble valgt å inkludere artikler fra og med 2011. Årsaken til at artiklene skulle være såpass nye var at det er ønskelig med ny og oppdatert forskning for størst mulig relevans. For å snevre inn oppgaven ble det valgt å kun se på voksne personer utenfor institusjon. Det var krav fra oppgave-retningslinjene om at artiklene skulle være fagfelleverderte, og gjerne med IMRAD-struktur.

2.3. Søkeprosess

Søkeprosessen startet med å sette begrepene i problemstillingen inn i en konsepttabell for å få en oversikt og et utgangspunkt for søkeord. Så ble mesh.uia.no benyttet for å finne synonyme begreper på engelsk. MeSH står for «medical subject headings» og er et søkeverktøy for emneord i Medline, men de er også relevant for andre databaser (Sejersted, u.å.).

Tabell 1 konsepttabell

Konsepttabell			
Mestring	Livskvalitet	Hverdag	Schizofrenilidelse
<i>Health Promotion</i>	<i>Quality of Life</i>	<i>Activities of Daily Living</i>	<i>Schizophrenia</i>
Coping	<i>Life quality</i>	<i>Everyday life</i>	<i>Schizophrenic Disorders</i>

Systematiske søk ble så foretatt i databasene Medline, Cinahl og PsycINFO. Medline er en database for medisin og helsevitenskap, Cinahl er spesielt for sykepleie og PsycINFO er for psykologi og psykiatri (Johansen, 2021). De ble ansett som relevante databaser da spesialområdene deres alle er med på å belyse problemstillingen.

Etter hvert som søkene ble gjennomført ble nye søkeord lagt til med utgangspunkt i funn fra treff. Under kommer en søketabell med oversikt over de søkeordene og databasene som til slutt ble brukt, samt antall treff og utvalgte artikler.

Tabell 2 Søketablell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Medline	04.05.22	S1.	Schizophrenia		154095	
		S2.	Activities of Daily Living OR ADL		119817	
		S3.	Mental health recovery		546884	
		S4.	S1. and S2. and S3.	Year 2012 – 2022 All adult (19 plus years)	61	A
Medline	07.04.22	S1.	Health Promotion.mp. or exp Health Promotion/		103612	
		S2.	Coping.mp.		64355	
		S3.	S1 or S2		167002	
		S4.	Quality of Life.mp. or exp "Quality of Life"/		404702	
		S5.	Life quality.mp.		9068	
		S6.	S4 or S5		408492	
		S7.	Activities of Daily Living.mp. or exp "Activities of Daily Living"/		128241	
		S8.	everyday life.mp.		11372	
		S9.	S7 or S8		138306	
		S10.	Schizophrenia.mp. or exp Schizophrenia/		153490	
		S11.	Schizophrenic Disorders.mp.		770	
		S12.	S10 or S11		153625	

		S13.	S3 and S6 and S9 and S12	Year 2011 – 2022 All adult (19 plus years)	3	B
Cinahl	07.04.22	S1.	Quality of Life.mp. or exp "Quality of Life"/		225051	
		S2.	Life quality.mp.		62604	
		S3.	S1 or S2		225858	
		S4.	Activities of Daily Living.mp. or exp "Activities of Daily Living"/		85332	
		S5.	everyday life.mp.		5472	
		S6.	S4 or S5		90065	
		S7.	Schizophrenia.mp. or exp Schizophrenia/		36735	
		S8.	Schizophrenic Disorders.mp.		22385	
		S9.	S7 or S8		36739	
		S10.	S3 and S6 and S9	All adult Publisert 2011-2022 Peer reviewed	42	C
Cinahl	07.04.22	S1.	(MH "Schizophrenia+") OR "schizophrenia"		36737	
		S2.	(MH "Qualitative Studies+") OR "qualitative research"		45807	
		S3.	S1 and S2		287	
		S4.	(MH "Sweden") OR (MH "Norway") OR (MH "Denmark") OR "scandinavia, or norway, or sweden, or denmark" OR (MH "Scandinavia+")		78404	

		S5.	S3 and S4	All adult Publisert 2011-2022 Peer reviewed	14	D, E, F
Cinahl	03.05. 22	S1.	(MH "Qualitative Studies+") OR "qualitative research"		172773	
		S2.	(MH "Schizophrenia+") OR "schizophrenia"		36885	
		S3.	(MH "Quality of Life+") OR "quality of life"		226869	
		S4.	S1. and S2. and S3.	All adult Publisert 2011-2022 Peer reviewed	25	G

Inkluderte artikler:

- A. Coşkun, et al., 2018, The Relationship Between the Hope Levels of Patients With Schizophrenia and Functional Recovery. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1), 98–102.
- B. Färdig, et al., 2011, A Randomized Controlled Trial of the Illness Management and Recovery Program for Persons With Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 62(6), 606–612.
- C. Yu, et al., 2019, The symptoms, resourcefulness and quality of life in community-based patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, 28(19–20), 3582–3589.
- D. Gunnmo, et al., 2011, What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, 6(1), 1–11.
- E. Møllerhøj, et al., 2020, "I live, I don't work, but I live a very normal life"—A qualitative interview study of Scandinavian user experiences of schizophrenia, antipsychotic medication, and personal recovery processes. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(2), 371–378.
- F. Eklund, et al., 2012, Meaning in Life for People with Schizophrenia: Does it Include Occupation? *Journal of Occupational Science*, 19(2), 93–105.
- G. Cullen, C., et.al., 2015, Exploring the role of physical activity for people diagnosed with serious mental illness in Ireland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(1), 58–64.

2.4. Vurdering av artikler

Vurdering av artiklene ble gjort med utgangspunkt i en forenklet utgave av sjekklisterne som ligger på helsebiblioteket. Forenklingen er utarbeidet av studiestedet og inneholder punktene:

- Hva er tema og mål?
- Hvem er populasjonen?
- Vurdere utvalget i studiet
- Hvilken metode og design er anvendt i artikkelen?
- Resultat og diskusjon

Det ble også gjort et søk på om tidsskriftene var NSD-nivå 1 eller høyere, og alle artiklene var fagfellevurdert.

Fire av studiene er fra Skandinavia, og har derfor stor overføringsverdi da helsevesenet og kulturene er relativt like i de Skandinaviske landene. En studie var fra Irland og en fra Taiwan som begge også har mange likhetstrekk med Norge når det kommer til helsevesenet. Den siste studien er fra Tyrkia og ble vurdert relevant da den handler om et universalt tema, håp.

I boken «Helsefremming i kommunehelsetjenesten» skriver Toril Rannestad om begrepet livskvalitet og hvordan det er problematisk i forskning at det ikke finnes en klar definisjon eller et måleinstrument for det. Det fører til at forskning gjort på livskvalitet vil ha en litt usikker validitet og et dårligere sammenlikningsgrunnlag (Rannestad & Haugan, 2014). Forskningsartiklene i denne litteraturstudien bygger også på ulike definisjoner og målinger av livskvalitet. Årsaken til at de er tatt med og brukt er at resultatene er vurdert relevante og at de ulike innfallsvinklene til begrepet gir et nyansert bilde på livskvalitet.

2.5. Analyse

Denne analysen tar utgangspunkt i Evans firetrinns analysemodell (Evans, 2002). Trinn 1 handler om å samle aktuelle artikler. Trinn 2 går ut på å identifisere hovedfunnene i de utvalgte artiklene. Trinn 3 er å finne temaer på tvers av artiklene og trinn 4 er å beskrive fenomen (Evans, 2002).

Trinn 1: Samle aktuelle studier

Sju artikler ble valgt ut etter et systematisk søk som er tidligere beskrevet i 2.2 og 2.3.

Trinn 2: Identifisere hovedfunn

Alle artiklene ble lest grundig igjennom, mens funnene ble notert i et eget notat. Disse ble senere sammenfattet og satt inn en artikkelmatrise (tabell 3.1)

Trinn 3: Finne tema

Samme notat som ble skrevet under trinn 2 ble brukt til å finne tema som var gjennomgående i de sju ulike artiklene. Det ble identifisert to hovedtema, med ulik grad av undertema. Hovedtemaene med undertema er:

- Faktorer som påvirker livskvalitet og mestring
 - Opplevelse av helse
 - Daglige forpliktelser og rutiner
 - Sosial kontakt
 - Tillitsfullt forhold til behandler
 - Informasjon
 - Økonomisk og praktisk hjelp
- Behandling
 - Recovery
 - Medisin

Trinn 4: Beskrive fenomen

Under hvert hovedtema sammenfattes resultat fra forskningsartiklene som er relevant. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 3.

3. Resultater

3.1. Artikkelmatrise

Tabell 3 Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
<p>Coşkun, et al., (2018) The Relationship Between the Hope Levels of Patients With Schizophrenia and Functional Recovery. <i>Archives of Psychiatric Nursing</i>, 32(1), 98–102.</p>	<p>Hensikten med studien er å se på forholdet mellom håp og funksjonell recovery hos personer med schizofreni</p>	<p>En deskriptiv korrelasjonsstudie utført i Tyrkia. 103 deltagere, 57 kvinner og 46 menn, fra 18 år og oppover</p>	<p>Det er en sammenheng mellom håp og nivå av recovery. Pasienter med høyere håp er bedre rustet til å planlegge for fremtiden, tenke positivt og takle utfordringer.</p>	<p>Når håp har en innvirkning på hvilke resultater man får av recovery, er det viktig å ha det med seg i arbeidet.</p>
<p>Färdig, et al., (2011) A Randomized Controlled Trial of the Illness Management and Recovery Program for Persons With Schizophrenia.</p>	<p>Hensikten med studien er å evaluere effekten av behandlingsprogrammet Illness management and recovery (IMR) hos pasienter med schizofreni</p>	<p>En randomisert kontrollert studie gjort i Sverige. 38 av 41 deltakere fullførte. En gruppe på 19 gjennomførte IMR og en gruppe på</p>	<p>Gruppen som gjennomførte IMR-programmet hadde bedre sykdomsmestring og minsket sannsynlighet for å begå selvmord, sammenlignet med kontrollgruppen</p>	<p>IMR bidrar til økt mestring av sykdom, bedre håndtering av symptomer og mer effektiv medikamentell behandling. Alt dette øker livskvaliteten hos personer med schizofreni</p>

<i>Psychiatric Services, 62(6), 606–612.</i>		19 gjennomførte vanlig behandling		
<p>Yu, et al., (2019) The symptoms, resourcefulness and quality of life in community-based patients with schizophrenia. <i>Journal of Clinical Nursing, 28(19–20), 3582–3589.</i></p>	<p>Hensikten med studien er å teste Zauszniewski's teori om oppfinnsomhet og livskvalitet, hos personer med schizofreni som mottar hjelp i hjemmet. Studien tar også for seg sammenhengen mellom symptomtrykk, oppfinnsomhet og livskvalitet</p>	<p>Et tverrsnittstudie med strukturerte intervju og selvrapporerings-skalaer. 120 deltagere i alderen 21-67, 64 menn og 56 kvinner. Studien ble gjennomført i tidsrommet nov. 2016 – jan. 2017</p>	<p>Det er tydelig at symptomtrykk og arbeidsstatus har en klar sammenheng med oppfinnsomheten. Oppfinnsomhet og symptomtrykk er determinanter for livskvalitet</p>	<p>Det er mange ulike faktorer som spiller inn på opplevelsen av livskvalitet. Denne artikkelen har fokus på oppfinnsomhet og arbeidsstatus, og hvor viktig det er for en god livskvalitet hos personer med schizofreni</p>
<p>Gunnmo, et al., (2011) What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being. <i>International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being, 6(1), 1–11.</i></p>	<p>Hensikten med studien er å finne ut hva personer med schizofreni anser som viktig for å øke livskvaliteten sin</p>	<p>En kvalitativ studie med åpne intervju. 7 deltagere, en mann og seks kvinner i alderen 33 – 66 år. Studien er utført i Sverige</p>	<p>Noe av det viktigste for pasientene var informasjon om sykdommen, både for seg selv, pårørende og samfunnet. Sosiale kontakter var også viktig, samt å ha noe meningsfullt å gå til. Trygge relasjoner til behandlere og støtte økonomisk og praktisk i hverdagen var og faktorer som påvirket livskvalitet</p>	<p>Ofte kan pleiere ha noen tanker om hva de mener er viktig for livskvalitet, og tenke at dette gjelder alle. Men i denne artikkelen kommer det frem at pasienter ofte har et annet syn på hva som skal til for å øke livskvaliteten</p>

<p>Møllerhøj, et al., (2020) "I live, I don't work, but I live a very normal life"—A qualitative interview study of Scandinavian user experiences of schizophrenia, antipsychotic medication, and personal recovery processes. <i>Perspectives in Psychiatric Care</i>, 56(2), 371–378.</p>	<p>Hensikten med studien er å belyse personer med schizofreni sine tanker rundt bruk av antipsykotika og møter med det psykiatriske helsevesenet</p>	<p>Studien er en kvalitativ studie med semistrukturerte intervju. Det var til sammen 24 deltakere fra Norge, Sverige og Danmark. 16 menn og 8 kvinner, alder 26 -72</p>	<p>Det kommer frem at medikamentell behandling alene ikke øker livskvaliteten til deltakerne. Medisiner i kombinasjon med et tillitsfullt pasient-pleier forhold, psykososialrehabilitering, tilgang på sosiale støtteordninger, hjelp til ADL og støtte fra et sosialt nettverk. I tillegg understrekes viktigheten av egeninnsats og vilje</p>	<p>Mange med en schizofreni diagnose er avhengige av medisin for å mestre hverdagen, så da er det viktig å vite hvordan man kan tilrettelegge for best mulig livskvalitet også når det kommer til medisin</p>
<p>Eklund, et al., (2012) Meaning in Life for People with Schizophrenia: Does it Include Occupation? <i>Journal of Occupational Science</i>, 19(2), 93–105</p>	<p>Hensikten med studien er å beskrive hvilke faktorer personer med schizofreni anser som viktige for å gi livet mening</p>	<p>En kvalitativ studie med semistrukturerte intervju, utført i Sverige. Deltagerne var fem kvinner og fem menn i alderen 36 - 50</p>	<p>Faktorene deles inn i fem ulike kategorier; sosialt nettverk, deltagelse i aktiviteter, gode minner, positive følelser og opplevelse av helse. Alle disse påvirker hverandre og bidrar til opplevelse av mening</p>	<p>Å vite hva pasientene selv anser som viktige faktorer kan være med på å avgjøre hva vi legger vekt på når vi skal hjelpe</p>
<p>Cullen, C., et.al., 2015 Exploring the role of physical activity for people diagnosed with serious mental illness</p>	<p>Hensikten med studien er å fremme hvordan personer med alvorlige psykiske lidelser opplever og forholder seg til fysisk aktivitet</p>	<p>Kvalitativ studie med semistrukturerte intervju. Ti deltakere i alderen 18 - 64</p>	<p>Deltagerne opplevde at fysisk aktivitet hadde mye å si for velvære og psykisk helse, og mente det var en sammenheng mellom det og</p>	<p>Mye forskning viser at livskvalitet og fysisk aktivitet har en sammenheng. Fysisk aktivitet for personer med schizofreni kan føre med seg ekstra utfordringer med tanke</p>

<p>in Ireland. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i>, 22(1), 58–64.</p>		<p>år. Seks menn, og fire kvinner. Dataen ble smålet inn i Irland over en tre måneders periode</p>	<p>livskvalitet. Fysisk aktivitet var en viktig del av deres recovery</p>	<p>på motivasjon ol. Å ha kunnskap om hva hindringene er, og hvilke motivatorer de oppgir er derfor viktig</p>
---	--	--	---	--

3.2. Faktorer som påvirker livskvalitet og mestring

I studien gjort av Mona Eklund et. al. (2012) blir det gjort rede for ulike faktorer som gir livet til personer med schizofreni mening, og dermed er med på å påvirke livskvalitet og mestring. Det tas utgangspunkt i disse som overskrifter i avsnittene under, for så å underbygges og suppleres av funn fra de andre studiene.

3.2.1. Opplevelse av helse

Informantene i studien til Eklund et. al. (2012) oppgir at opplevelsen av å ha god helse er avgjørende for å oppleve mening med livet (Eklund et al., 2012). Å holde seg i form fysisk, gav mestring og følte meningsfullt (Cullen & McCann, 2015; Eklund et al., 2012). Samtidig var det å unngå stress og angst viktig. Faktorer som påvirket der var deres forhold til helsevesenet, kontakten de hadde med behandlere og hvordan de følte effekten av medisinene var (Eklund et al., 2012). Artikkelen til Ching-Yun Yu RN (2018) sier også noe om symptomtrykk. Økt symptomtrykk gir dårligere livskvalitet, og derfor er det veldig viktig at sykepleiere lærer pasientene hvordan de skal leve med symptomene som ikke går bort ved hjelp av medisin (Yu et al., 2019).

3.2.2. Sosiale kontakter

Et sosialt nettverk bestående av venner, familie, behandlere og personer med samme utfordringer gir økt livskvalitet og tilhørighet (Eklund et al., 2012; Gunnmo & Bergman, 2011; Møllerhøj et al., 2020). Ifølge Eklund et. al. (2012) var sosiale kontakter det informantene prioriterte høyest og brukte mest energi på. Det å vite at noen ville komme innom om de isolerte seg gav trygghet, og det gjorde det og å snakke med andre som hadde lignende erfaringer (Gunnmo & Bergman, 2011). Sosiale kontakter kan også påvirke livskvaliteten negativt. Noen av informantene opplevde stigma og fordommer, familie og venner tok avstand. Samfunnet generelt vet lite om schizofreni, det de vet kommer ofte fra media som fremstiller de som voldelige. Dette gjør at personer med schizofreni opplever å bli utestengt og uglesett (Eklund et al., 2012; Gunnmo & Bergman, 2011).

3.2.3. Daglige rutiner og aktiviteter

Mange av studiene tok for seg viktigheten av å ha noe å fylle dagene sine med. Det kommer frem at det ikke er nødvendig med en jobb for å ha god livskvalitet, men at man må ha noe som gir dagene struktur og mål å strekke seg etter. Det kan blant annet være husarbeid, interesser og trening (Cullen & McCann, 2015; Eklund et al., 2012; Gunnmo & Bergman, 2011). Å ha en rutine på dagen forebygger stress og gir livet mening. Og det å holde på med interesser gav positive følelser (Eklund et al., 2012). Men har man en jobb gå til kom studien av Gunnmo et. Al. (2011) frem til at det forebygger sykdomsforverring og motiverer til recovery (Gunnmo & Bergman, 2011). Jobb skaper også tilhørighet, identitet, følelse av å bety noe og det oppleves meningsfullt å tjene til livets opphold. Tanken på å komme tilbake i jobb var med på å fremme recovery og gi håp (Eklund et al., 2012). Møllerhøj et. al. (2020) sin studie viser at det å ha en jobb også kan forverre

sykdom ved at det blir en stressor og et nederlag om man ikke klarer det en skal. Informantene legger vekt på at det er viktig å lære seg å takle egne og andres forventninger om at man skal jobbe, og ha realistiske forventninger til seg selv (Møllerhøj et al., 2020). Friheten til å slippe å jobbe var med på å opprettholde en indre balanse (Eklund et al., 2012).

3.2.4. Gode følelser og minner

Å se tilbake på tidligere opplevelser var noe av det informantene i studien til Eklund et al. (2012) oppgav som meningsbringende. De husket tilbake til tidligere jobber og opplevelser sammen med venner og familie. Gode følelser var også viktig. Følelsen av trygghet er grunnleggende for mange av de andre faktorene som påvirker livskvalitet. Følelsen av at det er behov for en, og at man kunne hjelpe andre var også med på å gi livet mening (Eklund et al., 2012).

3.2.5. Økonomi og praktisk hjelp

Det økonomiske og praktiske gjøremål kan være opphav til mye stress. Så å få bistand til det, slik som hjemmehjelp og uføretrygd er en avgjørende faktor for å mestre hverdagen for mange av informantene i studien til Møllerhøj et al. (Gunnmo & Bergman, 2011; Møllerhøj et al., 2020).

3.2.6. Informasjon

Informasjon er av betydning når det kommer til livskvalitet hos den enkelte. God informasjon om sykdommen og effektiv medisinbruk forebygger tilbakefall, gir mer effektiv behandling og bedrer symptomer (Färdig et al., 2011; Gunnmo & Bergman, 2011; Møllerhøj et al., 2020; Yu et al., 2019). Informasjon som gis må gjentas da schizofreni påvirker hukommelsen og konsentrasjonen, og gjør det vanskelig å få med seg alle detaljer (Gunnmo & Bergman, 2011).

3.2.7. Tillitsfullt forhold til behandler

Flere av studiene understreker viktigheten av å ha et tillitsfullt forhold mellom behandler og pasient. Forhold som bærer preg av kontinuitet, at pasienten føler seg sett og hørt, og møtt på det de trenger, er gode forhold (Eklund et al., 2012; Gunnmo & Bergman, 2011; Møllerhøj et al., 2020). Det at en blir gjenkjent og har et personlig forhold til behandlingssted og ikke bare er en av de mange, minsker stress (Gunnmo & Bergman, 2011). Et dårlig forhold til behandler og behandlingssted fører til mindre selvtillit, tillit og trygghet (Møllerhøj et al., 2020).

3.3. Behandling

Medisin alene er ikke god nok behandling av schizofreni. Det er nødvendig med andre tiltak i tillegg (Møllerhøj et al., 2020). Forskningsbasert behandling av schizofreni består blant annet av psykoedukasjon, sosial ferdighetstrening, atferdstrening for bedre behandlingsoverholdelse, tilbakefalls forebygging, mestringsstrategier for stress og symptomer, og recovery (Färdig et al., 2011; Møllerhøj et al., 2020).

3.3.1. Recovery

Ifølge studien til Färdig et al. (2011) fungerer recovery metoden godt og artikkelen til Yu et al. (2018) understreker at det er en viktig metode (Färdig et al., 2011; Yu et al., 2019). Den gir bedre mestringsferdigheter og problemløsningsatferd, forebygger bruk av unngåelsesstrategier og utrunder til å søke hjelp når det er behov for det. Den forebygger også selvmord og øker pasientens evne til å håndtere psykiske symptomer (Färdig et al., 2011). En viktig faktor for at recovery skal lykkes er ifølge studien til Coskun et al. (2018) er håp. Her kan sykepleiere aktivt bidra til å innpode håp. Har man håp kan man planlegge fremtiden, tenke positivt og takle problemer på en god måte fordi man har håp om en bedre fremtid (Coşkun & Şahin Altun, 2018; Eklund et al., 2012).

3.3.2. Medisin

Medisinenes hovedoppgave er å redusere symptomtrykket. Mange pasienter ønsker å være uten medisiner, men er innforstått med at de trenger dem. Det oppgis at medisiner minner dem på at de har en lidelse, når alt de egentlig ønsker er å være som alle andre, en del av samfunnet (Coşkun & Şahin Altun, 2018; Eklund et al., 2012; Møllerhøj et al., 2020). I studien til Møllerhøj et al. (2019) ser de på depotinjeksjoner av antipsykotika. Der oppgir informantene at depotinjeksjoner er mer praktisk, samtidig øker det livskvaliteten og minsker følelsen av å ha en sykdom (Møllerhøj et al., 2020).

4. Diskusjon

Diskusjonskapitelet inneholder to deler. Det er resultatdiskusjon der resultatene blir drøftet opp mot forskning, sykepleieteori og faglitteratur. Og en metodediskusjon der litteraturstudiets styrker og svakheter diskuteres. Problemstillingen det drøftes ut fra er:

«Hvordan kan personer med schizofreni mestre hverdagen og oppleve god livskvalitet?»

4.1. Hva skal til for å mestre hverdagen med schizofreni?

Å mestre hverdagen innebærer at man har strategier for å beherske, redusere og tolerere de utfordringene man møter på (Eide & Eide, 2017). Benner og Wrubel sier også at det handler om å finne mening igjen, og dermed vil mestringsprosessen la seg begrense av det vedkommende opplever som meningsinnhold (Konsmo, 1995). Schizofreni innebærer stor forvirring i tanker og følelsesliv, samt nedstemthet og tiltaksløshet (Håkonsen, 2014). Det vil komplisere mestringsprosessen ytterligere da mestring i stor grad handler om vår tanke og hvordan vi bearbeider det som skjer (Eide & Eide, 2017).

Benner og Wrubel mener også at det ikke finnes en overordnet standard på mestring (Konsmo, 1995). Men resultatene fra flere av forskningsartiklene sier noe om faktorer som i stor grad er med på å påvirke mestring i hverdagen. Mange av de faktorene informantene oppgav som viktig for å oppleve mening og livskvalitet er faktorer vi tenker er felles for alle mennesker. Det er faktorer som sosialt nettverk, opplevelse av helse både fysisk og psykisk, økonomi, gode følelser og noe meningsfullt å fylle dagene med (Cullen & McCann, 2015; Eklund et al., 2012; Gunnmo & Bergman, 2011; Møllerhøj et al., 2020; Yu et al., 2019). Forskjellen for en person med schizofreni og en uten når det kommer til disse faktorene, er at det ofte følger flere utfordringer i oppnåelsen av dem.

Faktorene blir ikke standarder for mestring, men de vil i stor grad legge til rette for at vedkommende kan mestre hverdagen og oppleve mening. Altså kan man ikke si at dette må være på plass for at personer med schizofreni skal oppleve mestring, men det er en pekepinn på faktorer som kan være ekstra utfordrende eller viktig når man har diagnosen. I fortsettelsen kommer en gjennomgang av disse faktorene.

For at personer med schizofreni skal ha et sosialt nettverk er det flere barrierer som må overskrides. En av de er stigma. Mange opplever at både nær og fjern tar avstand når de får høre om diagnosen (Eklund et al., 2012; Gunnmo & Bergman, 2011). Når en opplever at de rundt tar avstand, fører det ofte til isolasjon og tap av nettverk. Undersøkelser viser at problemet kan løses ved at det gis grundig og god informasjon til pårørende, samtidig som samfunnet også må opplyses. Men det er ikke gjort på en dag. Fordommer tar tid å bryte ned, og media drar i feil retning da de ofte bare omtaler den lille

prosentandelen som er utagerende og voldelig (Eklund et al., 2012; Gunnmo & Bergman, 2011).

Når det kommer til opplevelse av helse er det klart at en schizofreni diagnose vil by på utfordringer. Stigma som nevnt over vil være med på å sykelliggjøre. De sliter også ofte med passivitet, noe som lett går utover den fysiske helsa (Cullen & McCann, 2015). Å unngå angst og stress er viktig, men en følge av diagnosen er gjennomgripende forandringer i persepsjon, følelsesliv og tankefunksjon, noe som kan være svært skremmende og opphav til både angst og stress (Eklund et al., 2012; Håkonsen, 2014).

Et annet opphav til stress kan være økonomi. De aller fleste som får diagnosen schizofreni ender opp med å bli ufør (NHI, u.å.-a). Flere oppgir at det er til god hjelp med uføretrygden, og at de er avhengige av den for å mestre hverdagen (Gunnmo & Bergman, 2011; Møllerhøj et al., 2020). Siden mange av de ikke har en jobb er det å ha noe å fylle dagene sine med også noe de må jobbe ekstra for. Ved å ha en jobb er det mange ting som kommer av seg selv blant annet tilhørighet, identitet, sykdomsforebygging og mening (Eklund et al., 2012; Gunnmo & Bergman, 2011). Dette må de da finne og dekke på andre måter. Det kommer frem i flere av studiene at man ikke må ha en jobb for å føle at dagene er meningsfulle, men at en rutine på dagen da er avgjørende (Eklund et al., 2012; Gunnmo & Bergman, 2011). Informantene oppgir ulike måter å oppnå slike rutiner på, det kan være trening, husarbeid og interesser (Cullen & McCann, 2015; Eklund et al., 2012; Gunnmo & Bergman, 2011).

Et annet viktig poeng som kommer spesielt godt frem i studien til Møllerhøj et al. (2020) er at jobb kan også forverre livskvaliteten. Ved å ha en jobb følger det visse forventninger både fra en selv, men også arbeidsgiver. Om en da ikke klarer å finne balansen der mellom forventninger og hva som faktisk er realistisk vil det føre til stress og nederlag (Møllerhøj et al., 2020). Informanter i studien til Eklund et al. (2012) sier at friheten til å slippe å jobbe er med på å opprettholde en indre balanse. Altså kan jobb bidra til mye positivt, men om de med schizofreni ikke klarer å sette klare grenser for hva de klarer og ikke, kan jobb ha stikk motsatt virkning av det som er beskrevet i avsnittet over (Eklund et al., 2012). Å finne balansen her kan være veldig utfordrende med det tankekaoset som ofte følger diagnosen.

Medisin blir fort en del av hverdagen til personer med schizofreni. Medisinens oppgave er å redusere symptomtrykket, og slik øke hverdagsfunksjon. Flere informanter oppgir at medisin blir en stadig påminning på at de er syke, og at de helst skulle vært foruten. Til tross for dette er det bred enighet om at medisinen er viktig og gjør livet bedre (Coşkun & Şahin Altun, 2018; Eklund et al., 2012; Møllerhøj et al., 2020). Ved å lette på og bedre symptomer kan medisin være med å bidra til mestring ved at man får økt overskudd til å takle problemer og utfordringer.

Gode følelser og minner var med på å gi livet mening. Å huske tilbake til tidligere tider med jobb og «normalfunksjon» var noe informantene nevnte (Eklund et al., 2012). Om

det å leve i fortiden er en god måte å mestre på kan være vanskelig å si. Benner og Wrubel er klare på at man ikke skal si at noens mestring er god eller dårlig (Konsmo, 1995). Men ved å takle nåtiden med å leve i fortiden, tar man kanskje ikke tak i det som gjør nåtiden vanskelig. Samtidig er det verdifullt å ha gode minner å se tilbake på da det kan skape tilhørighet (Eklund et al., 2012). Det ble også sagt noe om det å føle at det var bruke for en, og at en hadde noe å bidra med. Ved å ikke ha en jobb å gå til er det lett å føle seg tilsidesatt og ubrukelig. Da er det desto viktigere å finne andre steder man kan bidra, og slik føle at andre har bruk for en (Eklund et al., 2012; Møllerhøj et al., 2020).

4.2. Hva er god livskvalitet?

Det finnes ikke en universal definisjon på hva livskvalitet er. Det finnes mange definisjoner, men de har alle litt ulike innfallsvinkler og fokus. Noen definisjoner er opptatt av objektiv målbarehet, da gjerne i livskår. Andre definisjoner mener det finns en liste over ting som må være på plass skal man oppleve livskvalitet, andre mener det er en kombinasjon av objektive og subjektive faktorer. Ferrans definisjon på livskvalitet lyder slik: «Livskvalitet manifesterer seg som tilfredshet med livsområder som er viktige for individet» (Rannestad & Haugan, 2014). Altså er ifølge henne, livskvalitet en subjektiv opplevelse av tilfredshet med eget liv. Objektive og målbare faktorer har mye å si for livskvaliteten, og kan si noe om sannsynligheten for at noen opplever å ha god livskvalitet. Det kan også gi en pekepinn på hva som burde være på plass av materielle goder, men det gir ingen garanti for en subjektiv opplevelse av livskvalitet. Livskvalitet vil i stor grad avgjøres av de verdiene hver enkelt har og ser på som viktig.

4.2.1. Kan man ha god livskvalitet med en schizofrenilidelse?

Schizofreni blir delt inn i to symptomkategorier; positive og negative symptomer. De negative symptomene er avflatet følelsesliv og passiv atferd (Håkonsen, 2014). Hvis ens egne følelser og opplevelser er det som skal definere livskvaliteten vil de negative symptomene være en sterk påvirkning til at personer med schizofreni opplever å ha dårlig livskvalitet. Og det er nok det ganske mange gjør ser man på selvmordsstatistikken (NHI, u.å.-b). Til tross for dette viser flere av resultatene at mange oppgir å ha god livskvalitet (Eklund et al., 2012; Yu et al., 2019). Et viktig aspekt her er at forskningen inkludert i dette litteraturstudie er gjort på pasienter som mottar hjelp hjemme og i poliklinikker. Altså er de ikke i en akutt dårlig og ustabil fase. Det kan tyde på at det er avgjørende å få kontroll på symptomer og stabilisere sykdommen for å oppleve å ha god livskvalitet med en schizofreni lidelse.

4.3. Hvordan kan sykepleiere bidra til økt livskvalitet og mestring?

Når man i grunnen vet at det er individuelt hva som skal til for å oppleve mestring og livskvalitet er noe av det viktigste en sykepleier gjør å bli kjent med personen bak lidelsen. Man må kartlegge hva som er viktig og hvilke verdier personen har. Hva er deres mål og ønsker, og hva er et godt liv for dem. Når man vet dette er det mye lettere å skulle bidra i mestringsprosesser (Eide & Eide, 2017; Eklund et al., 2012; Gunnmo &

Bergman, 2011; Konsmo, 1995; Møllerhøj et al., 2020). Benner og Wrubel legger stor vekt på at sykepleiere ikke må ha en ovenfra og ned holdning til pasienten når det kommer til mestring. Sykepleiere kan lett sykeliggjøre andres mestringsprosess og glemme at det er pasienten selv som sitter på fasiten (Konsmo, 1995). Informanter i studien til Gunnmo et al. (2011) opplever at det er et sprik mellom det de selv tenker er viktig og det sykepleiere og behandlere har fokus på (Gunnmo & Bergman, 2011). Dette kan bidra til at pasienten ikke føler seg sett og hørt, tilliten svekkes og vedkommende velger å ikke åpne seg (Møllerhøj et al., 2020).

4.3.1. Den tillitsfulle relasjonen

For at sykepleier skal unngå det som er beskrevet i avsnittet over og komme i den posisjonen at de kan kartlegge godt, og virkelig bli kjent med pasienten er man avhengig av å skape en tillitsfull relasjon. Det kan være nokså utfordrende da personer med schizofreni ofte kan være paranoide og ha vrangforestillinger. Samtidig som de er veldig sårbare for uklar kommunikasjon (Håkonsen, 2014). Da er det viktig at den som skal hjelpe er bevisst på egen kommunikasjon og er klar over de utfordringene pasienten står ovenfor. Det understrekes i flere av studiene at for å få en effektiv behandling krever det forhold som bærer preg av kontinuitet, pasienten føler seg sett, hørt og møtt på det han trenger (Eklund et al., 2012; Gunnmo & Bergman, 2011; Møllerhøj et al., 2020). Å møte pasienten med innstillingen at vedkommende er den som er ekspert på eget liv og sitter med svaret på hvordan han skal oppnå mestring er viktig (Konsmo, 1995).

4.3.2. Motivasjon og informasjon

Når sykepleier har kartlagt og blitt kjent med pasienten, består mye av jobben i å motivere. Gjennom kartleggingen har man forhåpentligvis fått et innblikk i hva som motiverer pasienten, og kan bruke dette aktivt (Eide & Eide, 2017). Et eksempel på dette er i artikkelen til Eklund et al. (2012). Der kommer det frem at om man hadde et ønske om å komme tilbake i jobb ga det et mål å jobbe mot, og det opprettholdt håpet (Eklund et al., 2012). Om sykepleier da greier å fange opp denne lysten til å jobbe, og bruker den aktivt til å motivere pasienten, vil det mest sannsynlig bidra stort i mestringsprosessen (Eide & Eide, 2017).

En annen viktig ting sykepleiere kan bidra med er informasjon. God informasjon om effektiv medisinbruk og sykdom forebygger tilbakefall og gir mer effektiv behandling. Å informere om de tilbudene som finns og hvilke rettigheter man har er også nyttig (Färdig et al., 2011; Gunnmo & Bergman, 2011; Møllerhøj et al., 2020; Yu et al., 2019). Gjennom informasjon myndiggjøres pasientene til å ta en mer aktiv del i egen behandling.

4.3.3. Recovery

Recovery har samme fokus som både Ferrans, Benner og Wrubel. De mener alle at det ikke finnes en bestemt vei for å oppnå mestring eller livskvalitet (Konsmo, 1995; Rannestad & Haugan, 2014). Det samme er tanken bak recovery. Det finnes flere veier til bedring, og hvilken vei man velger er avhengig av den som velger (Hummelvoll,

2012). Med å ha fokus på den enkelte i behandlingen gjennom recovery-metoden viser artikkelen til Färdig et al. (2011) at det fører til bedre behandling med bedre utfall, enn behandling uten recovery fokuset (Färdig et al., 2011).

Recovery viser seg derfor å være en effektiv behandlingsmetode for å øke mestring og livskvalitet (Coşkun & Şahin Altun, 2018; Färdig et al., 2011; Yu et al., 2019). Sannsynligheten for at en som har fått diagnosen schizofreni blir helt frisk og symptomfri er liten. Dermed er recovery en veldig fin metode i møte med den pasientgruppen. Fokuset ligger ikke i det å bli kvitt sykdommen, men leve et godt liv med den (Hummelvoll, 2012). Recovery er som mestring, en individuell prosess som krever motivasjon og håp. Sykepleiere spiller ofte en viktig rolle i recovery med å bidra akkurat på den fronten. Pasientene klarer ikke alltid å se at det finns håp for dem, og da blir alt annet håpløst. Men klarer sykepleier å vise at det finns håp vil pasienten bli i stand til å planlegge fremover, tenke positivt og bedre takle de utfordringene de møter (Coşkun & Şahin Altun, 2018; Eklund et al., 2012; Färdig et al., 2011)

4.3.4. Meidisin

Som tidligere nevnt er medisin ofte en stor del av personer med schizofreni sitt liv. Noen går på medisiner livet ut, mens andre kan stå på det for en periode. Men så godt som alle må stå på det i begynnelsen (Møllerhøj et al., 2020). Sykepleiere har ofte en sentral rolle når det kommer til medisiner. Flere informanter oppgir at de helst skulle vært foruten medisin (Coşkun & Şahin Altun, 2018; Eklund et al., 2012; Møllerhøj et al., 2020). Da er det viktig med god og gjentatt informasjon og undervisning om effektiv medisinbruk for å få en best mulig effekt av behandlingen (Gunnmo & Bergman, 2011; Møllerhøj et al., 2020; Yu et al., 2019). Sykepleiere er ofte tett på pasientene og kan gi informasjon der det er behov og snappe opp eventuell misnøye og gjøre noe med det.

4.4. Metoderefleksjon

En svakhet med dette litteraturstudiet er at det er flere artikler som er litt gamle. Studiene operer også med forskjellige definisjoner på livskvalitet og mestring, noe som gjør at de på mange måter ikke er helt sammenlignbare. Ønsket var å ha flest kvalitative studier for å få et dybdeblick inn i hvilke faktorer personer med schizofreni oppgir som negative og positive, og hvorfor. Men da det ble litt vanskelig å finne nok kvalitative studier som oppfylte inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble andre studier også inkludert og vurdert til å være nok relevant til å trekke inn. En annen svakhet er at det er inkludert studier fra Tyrkia og Taiwan, der kulturen kanskje ikke har så mange likhetstrekk med vår, og dermed ikke like god overføringsverdi. Samtidig som det kan være en styrke da det gir et bredere innblikk og kan være en indikator på om det finnes fellestrekk for alle med diagnosen til tross for ulike miljø. Tre av artiklene er fra Skandinavia, der har helsevesen og kultur mange likhetstrekk, og dermed en stor overføringsverdi og en styrke. Det er også tre studier som er skrevet de siste fire årene og representerer oppdatert kunnskap.

Alle studiene er ikke like relevante i forhold til problemstillingen. Noen har et tema litt på siden, men de ble tatt med fordi de hadde noen vesentlige og interessante poeng. Spesielt studien fra Tyrkia som handlet om håp og recovery. Problemstillingen sier ingenting om noen av de begrepene. Det førte til at ikke alle artiklene ble like aktivt brukt, noe som kan være en svakhet.

Svakhetene er gamle artikler, ulike definisjoner på begrep, forskningsmetoder som ikke svarer like godt på problemstillingen, studier fra land med mindre overføringsverdi og studier som er litt på siden av problemstillingen. Styrkene er at ulike kulturer kan gi et bredere bilde, noen studier fra Skandinavia med stor overføringsverdi og noen nyere studier.

4.4.1. Konklusjon

«Hvordan kan personer med schizofreni mestre hverdagen og oppleve god livskvalitet?»

Mestring og livskvalitet er begge begreper som ikke har en tydelig definisjon og er svært individ-avhengige prosesser og opplevelser. Med en schizofreni diagnose vil det oppstå mange utfordringer som vil påvirke både mestring og livskvalitet. Til tross for ekstra utfordringer kan de oppnå begge deler, det vil bare kreve litt ekstra. Problemet er at personer med schizofreni ofte mangler motivasjonen til å legge ned den jobben som kreves. Her har sykepleiere en viktig oppgave. Gjennom en tillitsfull relasjon og recovery kan de bidra til økt motivasjon, håp og livsmot, som i sin tid gir økt livskvalitet og mestring.

Referanser

- Coşkun, E., & Şahin Altun, Ö. (2018). The Relationship Between the Hope Levels of Patients With Schizophrenia and Functional Recovery. *Archives of Psychiatric Nursing, 32*(1), 98–102. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.10.006>
- Cullen, C., & McCann, E. (2015). Exploring the role of physical activity for people diagnosed with serious mental illness in Ireland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 22*(1), 58–64. <https://doi.org/10.1111/jpm.12179>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Eklund, M., Hermansson, A., & Håkansson, C. (2012). Meaning in Life for People with Schizophrenia: Does it Include Occupation? *Journal of Occupational Science, 19*(2), 93–105. <https://doi.org/10.1080/14427591.2011.605833>
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *The Australian Journal of Advanced Nursing: A Quarterly Publication of the Royal Australian Nursing Federation, 20*(2), 22–26.
- Färdig, R., Lewander, T., Melin, L., Folke, F., & Fredriksson, A. (2011). A Randomized Controlled Trial of the Illness Management and Recovery Program for Persons With Schizophrenia. *Psychiatric Services, 62*(6), 606–612. https://doi.org/10.1176/ps.62.6.pss6206_0606
- Gunnmo, P., & Bergman, H. F. (2011). What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being, 6*(1), 1–11. <https://doi.org/10.3402/qhw.v6i1.5412>
- Helsebiblioteket. (2019, juni 21). *Schizofreni*. <https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/schizofreni/>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt—Ikke stykkevis og delt psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Gyldendal akademisk.

- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Johansen, A. (2021, juli 15). *Databaser/Artikler: NTNU Universitetsbibliotekets fagside for medisin og helse*. <https://www.ntnu.no/blogger/ub-mh/finn-litteratur/databaser-artikler/>
- Konsmo, T. (1995). En hatt med slør-: Om omsorgens forhold til sykepleie : en presentasjon av Benner og Wrubels teori. I *Norbok*. TANO.
https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2008030700112
- Malt, U., & Røssberg, J. I. (2022). Schizofreni. I *Store medisinske leksikon*.
<http://sml.snl.no/schizofreni>
- Møllerhøj, J., Os Stølan, L., Erdner, A., Hedberg, B., Stahl, K., Riise, J., Jedenius, E., & Rise, M. B. (2020). "I live, I don't work, but I live a very normal life"—A qualitative interview study of Scandinavian user experiences of schizophrenia, antipsychotic medication, and personal recovery processes. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(2), 371–378. <https://doi.org/10.1111/ppc.12444>
- NHI. (u.å.-a). *Schizofreni*. NHI.no. Hentet 5. april 2022, fra <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/schizofreni/schizofreni-oversikt/>
- NHI. (u.å.-b). *Schizofreni—Omfang og betydning*. NHI.no. Hentet 11. mai 2022, fra <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/schizofreni/schizofreni-forekomst/>
- NSF. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 28. mai 2022, fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Psykose—Felleskatalogen*. (2019, april 24).
<https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/psykoser>
- Rannestad, T., & Haugan, G. (2014). *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Cappelen Damm akademisk.
- Sejersted, E. (u.å.). *Library subject guides. Fagsider: Helse: 3. Finne søkeord*. Hentet 25. april 2022, fra <https://libguides.uia.no/c.php?g=430896&p=4819787>
- Tesli, M. S., Handal, M., Torvik, F. A., Knudsen, A. K. S., Odsbu, I., Gustavson, K., Reichborn-Kjennerud, T., Nesvåg, R., Hauge, L. J., & Reneflot, A. (2021,

desember 3). *Psykiske lidelser hos voksne*. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>

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.

<https://doi.org/10.1111/jocn.14953>

