



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	26-02-2018 09:00	Termin:	2018 VÅR
Sluttdato:	26-04-2018 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2018 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 1069

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Schizofreni og kosthold: Hvordan kan sykepleier fremme sunt kosthold hos schizofrene beboere i bofellesskap?

Antall ord *: 8803

Tro- og loverklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen** Nei
konfidensiell materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

BACHELOROPPGAVE

Schizofreni og kosthold: Hvordan kan sykepleier fremme sunt kosthold hos schizofrene beboere i bofellesskap?

Kull: 2015

Antall ord: 8803

Fakultet for Helse-og sosialvitenskap
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,
Fagseksjon for sjukepleie – Haugesund

SAMMENDRAG

Tittel: Schizofreni og kosthold: Hvordan kan sykepleier fremme sunt kosthold hos schizofrene beboere i bofellesskap?

Bakgrunn: Omtrent 10.000 personer er til enhver tid i behandling for schizofreni i Norge, det utgjør dem til den største pasientgruppen med psykose ved norske psykiatriske institusjoner. Schizofreni påvirker pasientens grunnleggende behov, blant annet ernæring. Dette kan redusere livskvaliteten og påvirke pasientens evne til å mestre utfordringer i hverdagen. Jeg fikk interesse for psykiske lidelser i praksis i sykepleierutdanningen og ønsket mer kunnskap og forståelse om kosthold hos schizofrene pasienter.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier fremme sunt kosthold hos schizofrene beboere i bofellesskap?

Hensikt: Formålet med bachelor oppgaven er bidra til økt kunnskap om hvordan sykepleiere kan få fram positive endringer i kosthold hos schizofrene beboere, gjennom samarbeid og et undervisningsopplegg om helse og kosthold.

Metode: Denne oppgaven er en litteraturstudie. Søk etter forskning ble gjort i databasene Web of Science og CHINAL. Fem forskningsartikler ble inkludert i oppgaven. Gjennom oppgaven er faglitteratur, forskningsartikler og egne erfaringer brukt for å besvare på problemstillingen.

Funn: Hovedfunn fra forskningsartiklene indikerer at undervisningsopplegg bidrar til sunnere kosthold hos schizofrene beboere, samt at gruppeundervisning er effektiv for å få til livsstilsendringer hos dem. Tilgang til gratis helsepersonell for støtte og rådgiving er grunnleggende for kostholdsending. Samtidig er en god relasjon og samarbeid mellom sykepleier og schizofren pasient avhengig av gjensidig forståelse av hverandres kunnskap og ekspertise. Den sosiale relasjonen mellom pasientene, altså å kunne dele erfaringer og diskutere med andre i liknende situasjon er svært viktig for motivasjonen.

Oppsummering: Sykepleiere kan fremme sunt kosthold hos schizofrene beboere gjennom kostholdsundervisning. En god terapeutisk relasjon mellom pasient og sykepleier må foreligge, samt relasjon mellom pasienter. Opplegget bør foregå i grupper av schizofrene pasienter og inkludere undervisning, ferdighetstrening og veiledning. Etter opplegget trenger schizofrene regelmessig og tett oppfølging av sykepleier.

ABSTRACT

Title: Schizophrenia and diet: How can nurses promote healthy diet among schizophrenic residents in community group homes?

Background: About 10,000 people are at any time in treatment for schizophrenia in Norway, that make them the largest patient group with psychosis at Norwegian psychiatric institutions. Schizophrenia affects the patient's basic needs, including nutrition. This can reduce the quality of life and affect the patient's ability to cope with everyday challenges. I gained a great interest in mental disorders in my nursing education and wanted more knowledge and understanding about diet among schizophrenic patients.

Aim: How can nurses promote healthy diet among schizophrenic residents in community group homes?

Purpose: The purpose of this bachelor thesis is to gain an insight and a greater knowledge about how nurses can promote positive changes in the diet of schizophrenic residents, through collaboration and a healthy lifestyle education program.

Method: The thesis is a literature study. Research were made from databases such as Web of Science and CINAHL. In total five research papers were included in the task. Through the thesis research papers, literature and own experiences were used to answer the thesis statement.

Results: The main findings from the research articles indicate that education programs contribute to healthier diet for schizophrenic residents, and that group education is effective in order to achieve healthy lifestyle changes. Access to free healthcare professionals for support and counseling is necessary for dietary change. At the same time, a good relations and collaboration between nurses and schizophrenic patients depends on mutual understanding of each other's knowledge and expertise. The social relationship between the patients, as sharing experiences and discussing with others in a similar situation, is very important for the motivation.

Summary: Nurses can promote healthy diet among schizophrenic residents through dietary education. A good therapeutic relationship between the patient and the nurse is crucial, as well as good relations between the patients. The education program should take place in groups of schizophrenic patients and include teaching, skill training and guidance. After the education program, schizophrenia need regular and close follow-up of the nurse.

Innhold

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Hensikt med oppgaven	2
1.3 Problemstilling.....	2
1.4 Begrepsavklaring	3
2.0 Teori	3
2.1 Schizofreni.....	3
2.1.1 Livsstil og behandling	4
2.1.2 Kosthold og matvaner	4
2.2 Joyce Travelbee	5
2.2.1 Menneske som individ	5
2.2.2 Menneske til menneske forhold	6
2.2.3 Kommunikasjon	6
2.2.4 Å bruke seg selv terapeutisk.....	7
2.2.5 Håp	7
3.0 Metode.....	7
3.1 Definisjon av metode.....	7
3.2 Kvalitativ og kvantitativ metode	8
3.3 Litteraturstudie som metode	8
3.4 Litteratursøk og fremgangsmåte	9
3.5 Kildekritikk.....	9
3.6 Etisk vurdering	10
4.0 Resultat.....	11
4.1 Oppsummering av funn	15
5.0 Drøfting	16
5.1 Relasjon og samarbeid.....	16
5.2 Sosial støtte, fellesskap og trygghet	20
5.3 Helsefremmende undervisningsopplegg.....	23
6.0 Konklusjon	26
7.0 Referanseliste	27
8.0 Vedlegg	30
8.1 Søketabletter	30

1.0 Innledning

I denne oppgaven ønsker jeg å fordype meg i temaet om psykiske lidelser og kosthold ut i fra et helsefremmende perspektiv, altså hvordan personer med schizofreni kan få et sunnere kosthold med hjelp av sykepleier. Jeg vil fokusere på voksne personer over 18 år med schizofreni diagnose. Videre vil jeg avgrense meg til beboere som bor i selvstendig boenhet i et bofellesskap. Jeg har erfart fra tidligere praksis i bofellesskap innen psykisk helsevern i kommunehelsetjenesten at det kan være utfordrende å motivere disse pasientene til å velge sunne matvarer. Beboere i bofellesskap handler ofte inn matvarer selv og derfor er det krevende for sykepleier å ha oversikt over hva de spiser eller når de spiser. Dette kan medføre både underernæring, feilernæring og overvekt for pasienten. På grunn av oppgavens omfang så skal jeg ikke ta for pårørende til schizofrene, de kan være viktig ressurs, men skal ikke omtales i denne oppgaven.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I Norge er omtrent 10.000 personer til enhver tid i behandling for schizofreni som utgjør dem til den største pasientgruppen med psykose ved norske psykiatriske institusjoner. Omtrent 10% av landets uføretrygde har schizofrenidiagnose, for noen er dette en kronisk langvarig lidelse, mens enkelte har kun en episode med symptomer. Rundt 50.000 av Norges befolkning vil utvikle schizofreni i løpet av livet (Johannessen, 2002). Hos disse menneskene kan schizofreni påvirke både følelser, tanker og måten de opplever verden på. Pasientene kan i perioder miste kontakt med virkeligheten, eller oppleve vanskeligheter med å skille mellom hva som er virkelig eller hva som er innbilning (Helsenorge, 2015).

Schizofreni diagnosen påvirker menneskets grunnleggende behov, blant annet ernæring, fysisk aktivitet og søvn. Dette medfører redusert livskvalitet og kan også påvirke pasientens evne til å mestre utfordringer i hverdagen. For at disse personene skal få en bedre livskvalitet jobber sykepleiere med å forebygge og sette inn helsefremmende tiltak for den enkelte. Men for at dette skal lykkes trenger sykepleiere kunnskap om hva som påvirker helsen deres (Ververda & Bjørnstad, 2018). Sykepleiere vil møte psykisk syke pasienter i sitt arbeid, enten det er i kommunehelsetjenesten eller spesialhelsetjenesten, derfor er det viktig at de har den kunnskapen som kreves når de arbeider helsefremmende overfor personer med schizofreni. Gjennom undervisning og veiledning kan sykepleiere bidra til mestring, læring og utvikling,

så pasienten får kunnskap og forståelse som grunnlag for å foreta valg forbundet med å ivareta egen helse (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011, s. 19).

Jeg fikk stor interesse for psykiske lidelser i praksis i sykepleierutdanningen. I flere praksiser erfarte jeg at pasienter med alvorlige psykiske lidelser hadde utfordringer med både kosthold og matvaner. Jeg ble samtidig oppmerksom på hvor krevende det kunne være for sykepleiere å veilede og finne løsninger for disse pasientene. Dette vekket min interesse for kosthold hos psykisk syke og sykepleiers rolle i å fremme helsen hos denne pasientgruppen. Jeg ønsket derfor mer kunnskap om hvordan sykepleier kan bidra til bedre kosthold hos psykisk syke og dermed øke livskvaliteten. Jeg valgte temaet på bakgrunn av mine opplevelser og erfaringer i forbindelse med helsefremmende sykepleie til pasienter med psykiske lidelser, samt egen interesse for sykepleiefaget, psykiatri og kosthold.

1.2 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å bidra til økt kunnskap om hvordan sykepleiere kan få fram positive endringer i kosthold hos schizofrene beboere. Oppgaven vil belyse kunnskap om hvordan sykepleiere kan fremme sunt kosthold hos disse personene gjennom et opplegg om helse og kosthold, samt med samarbeid med selve pasienten.

Temaet belyses via et helsefremmende perspektiv ut i fra Joyce Travelbee sin sykepleieteori. Jeg valgte Travelbee sin teori fordi den omhandler viktige begreper som menneske-til-menneske-forhold, kommunikasjon, håp og menneske som individ, som jeg mener er aktuelle for oppgavens tema. I tillegg kan hennes framstilling av sykepleierens terapeutiske relasjon med pasienten anvendes i relasjon mellom sykepleier og den schizofrene pasienten.

1.3 Problemstilling

På bakgrunn av studiene som jeg har funnet og lest, kommer jeg fram til denne problemstillingen:

Hvordan kan sykepleier fremme sunt kosthold hos schizofrene beboere i bofellesskap?

1.4 Begrepsavklaring

Her vil jeg definere begreper som er relevante for oppgaven.

Bofellesskap: Et botilbud for personer med psykiske lidelser. En døgnbemannet boligmodell hvor pasientene bor i egne samlokaliserte boliger med fellesareal og personalbase (Helsedirektoratet, 2012).

Beboer: Beboeren bor i egen leilighet i et bofellesskap med oppfølging av helsepersonell (Helsedirektoratet, 2012).

2.0 Teori

Teorier er redskaper som kan brukes til å utvikle vår innsikt og som angir hvilket perspektiv vi arbeider innenfor (Dalland, 2012, s. 228). Hensikten med teori er å komme fram til enklest og best mulig treffende beskrivelse av virkeligheten (Dalland, 2012, s. 134). Jeg har valgt å belyse oppgavens problemstilling ut i fra Joyce Travelbee sin sykepleieteori om menneske-til-menneske-forhold. Jeg vil også omhandle hennes teori om kommunikasjon, å bruke seg selv terapeutisk og håp, da dette er relevant for problemstillingen.

2.1 Schizofreni

Schizofreni er en langvarig alvorlig psykoselidelse og debuterer vanligvis i tidlig voksen alder. Den påvirker tanker, følelser, handlinger og hvordan pasienten opplever verden, som gjør det vanskelig å skille mellom hva som er virkelig og hva som er innbilning. Lidelsen kjennetegnes av symptomer som kategoriseres som negative og positive symptomer.

Realitetsbrist i form av vrangforestillinger, hallusinasjoner, feiltolkninger av omgivelser eller uvirkelige sanseopplevelser betraktes som positive symptomer fordi de representerer et tillegg av noe som vanligvis ikke er der. Sosial tilbaketrekking, svekket sosial funksjon eller apati tolkes derimot som negative symptomer da de representerer bortfall av normal funksjon (Helsedirektoratet, 2013).

Personer som lider av schizofreni vil i noen grad slite med samspill med andre mennesker. De vil streve med å forstå sosiale koder med tilhørende problemer, og å vite hvordan de skal håndtere slike situasjoner. I tillegg kan de også ha vansker med de kompliserte, høyere ordens

kognitive funksjoner som gjør at de lett kan misforstå andre mennesker. Det er vanlig at pasientene kan ha problemer med oppmerksomhet og hukommelse, samtidig som fleksibilitet er nedsatt (Malt, 2017). I det daglige livet har pasientene veldig ulike funksjonsevne. De fleste pasientene vil ha behov for helsetjenester, både fra primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i store perioder av sitt liv. I mange tilfeller er lidelsen livslang med behov for støtte til nødvendig livsopphold, samt bolig og sysselsetting (Johannessen, 2002).

2.1.1 Livsstil og behandling

Forskning viser at folk med schizofreni har mange livsstilsmessige utfordringer. Schizofrene har høy risiko for fedme, høyt blodtrykk, metabolsk syndrom, bukfedme og type 2 diabetes. En inaktiv livsstil, røyking og dårlig kosthold gjør denne pasientgruppen ekstra sårbar når det kommer til helsen (Simonelli-Muñoz et al., 2012). I tillegg er personer med schizofreni i stor risiko for å bli overvektige. Dette kan skyldes for høyt energiinntak eller stillesitting, men også bivirkninger av antipsykotiske medisiner. Nødvendig medisinsk behandling for schizofreni kan øke risikoen for overvekt ytterligere på grunn av at den øker matlysten og dermed matinntaket (Park, Foster & Usher, 2017).

Ifølge Helsedirektoratets Nasjonale retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (2013) så anbefales det at schizofrene får en behandling som inneholder individuelt tilpasset kombinasjon av evidensbaserte virksomme elementer som kunnskapsformidlende samarbeid og legemiddelbehandling. For pasienter med langvarige behov for hjelp er det viktig at oppfølgingen skjer på regelmessig basis og den bør utføres av fast personell. Det anbefales også at det tilrettelegges for en god dialog og god relasjon mellom pasient og fagperson. Kontinuitet i behandlingen og oppfølging av pasienter med psykoselidelser er sentralt og bør opprettholdes også i perioder med tilbaketrekning (Helsedirektoratet, 2013). Til tross for mye forskning på livsstilsmessige utfordringer hos schizofrene pasienter, finnes det begrenset med forskning på hvilken erfaring selve pasientene har av å delta i undervisningsopplegg for å gå ned i vekt og fremme helse.

2.1.2 Kosthold og matvaner

En systematisk oversikt av studier om schizofrene og kosthold viser at personer med schizofreni lidelse har generelt dårlig kosthold med lavt inntak av frukt og fiber. I tillegg har de høyere inntak av både kalorier og mettet fett enn den generelle befolkningen. Et slikt

kosthold kan øke risikoen for metabolsk syndrom som inkluderer forandringer som høyt blodtrykk, overvekt, høye insulinverdier og høye kolesterolverdier (Dipasquale et al., 2012).

Forskning viser også at schizofrene har usunne matvaner i tillegg til dårlig kosthold. Dette vil si at pasientene spiser ensidig kost og bruker kort tid ved måltider. I en studie gjort på schizofrene pasienter i Spania viste resultatene at 51% av pasientene brukte mindre enn 15 minutter til å spise, 40,8% spiste ikke frukt hver dag og 63,1% spiste ikke fisk. I tillegg spiste 70% mer kjøtt enn fisk. Det viser seg at mange schizofrene pasienter har skadelige matvaner som fører til både høyere kroppsmasseindeks og høyere midjeomkrets. Dette kan medføre overvekt, fedme og metabolske endringer. Å regulere kostholdet kan gi en god mulighet til å kontrollere metabolsk syndrom, men det krever god støtte og veiledning for pasienten hvis det skal bli vellykket (Simonelli-Muñoz et. al., 2012). Hos schizofrene pasienter i bofellesskap kan sykepleier ta den rollen som veileder for et sunnere kosthold.

Ifølge Helsedirektoratets sin rapport «Anbefalinger om kosthold og ernæring», er sunt kosthold et grunnlag for god helse og minsker risikoen for utvikling av kreft, overvekt, hjerte- og karsykdommer og type 2 diabetes. Alle disse sykdommene har sammenheng med kosthold, sittestilling og fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2014).

2.2 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee sin sykepleiedefinisjon bygger i hovedsak på eksistensialistisk menneskesyn og på det faktum at smerte og lidelse er en uunngåelig del av menneskelivet. Sykepleiens hensikt er dermed å hjelpe enkeltpersoner og familiemedlemmer å forebygge sykdom og fremme helse, samt å mestre og finne mening med sin situasjon (Travelbee, 2001, s. 30-31). Travelbee definerte sykepleie som følgende: «*Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene*» (Travelbee, 2001, s. 29).

2.2.1 Menneske som individ

Travelbees sykepleietenkning konsentrerer seg først og fremst om enkeltmennesket. Hvert enkelt menneske er en unik og enestående person, forskjellig fra alle andre. I sykepleiesammenheng er den subjektive opplevelsen av helse sentralt. Selv om opplevelsen av lidelse

og tap er en fellesmenneskelig erfaring, er den enkeltes erfaring likevel meget personlig. Sykepleieren bør unngå å generalisere syke individer som pasient, fordi da kan sykepleier overse at det er unike forskjeller mellom pasientene. Ifølge Travelbee er begrepet «pasient» kun en stereotyp og kategorisering av enkeltmennesker som trenger omsorg, hjelp og tjenester fra andre mennesker. Kvaliteten av sykepleieomsorgen til det syke individet bestemmes av sykepleiers menneskesyn og forståelse av pasienten (Travelbee, 2001, s. 53-63).

2.2.2 Menneske til menneske forhold

Travelbee mener at sykepleiens mål bare kan oppnås gjennom etablering av menneske-til-menneske-forhold. Et slikt forhold kjennetegnes av at både sykepleier og den syke oppfatter hverandre som unike menneskelige individer og ikke bare som sykepleier og pasient (Travelbee, 2001, s. 171-172). Forholdet etableres gjennom en kommunikasjons prosess som består av opplevelser og erfaringer som deles av sykepleier og den syke. Denne prosessen kjennetegnes av at pasientens sykepleiebehov blir ivarettatt av den profesjonelle sykepleieren (Travelbee, 2001, s. 41). Etter hvert som interaksjonen mellom sykepleier og pasient utvikler seg, vil både pasientens og sykepleierens identitet tre fram og bli oppfattet av den andre. Da begynner de å etablere et kontaktforhold og sykepleier begynner å forstå hvordan pasienten opplever sin situasjon. Samtidig vil pasienten oppfatte sykepleier som en særegen person (Kristoffersen, 2011, s. 219-220).

2.2.3 Kommunikasjon

Travelbee beskriver kommunikasjon som et av sykepleierens viktige redskaper når det gjelder å etablere et virkelig menneske-til-menneske forhold. Kommunikasjon er en gjensidig prosess der mennesker formidler sine følelser og tanker til hverandre, både ved hjelp av ord (verbalt) og ved hjelp av kroppsspråk, tonefall, berøring og bevegelser (non-verbalt). Gjennom kommunikasjonen blir sykepleieren kjent med pasienten som person og det som skiller akkurat denne personen fra tidligere pasienter. I denne prosessen skal sykepleier identifisere pasientens særegne behov for å kunne planlegge og utføre sykepleie i samsvar med pasientens behov (Kristoffersen, 2011, s. 221). Samtidig er kommunikasjon et middel som pasienten bruker til å få hjelp (Travelbee, 2001, s. 137). På den måten står kommunikasjon mellom sykepleier og pasient helt sentralt når det gjelder å sikre at de tiltakene sykepleieren iverksetter, samsvarer pasientens behov (Kristoffersen, 2011, s. 222).

2.2.4 Å bruke seg selv terapeutisk

Ifølge Travelbee må sykepleieren bevisst bruke av sin egen personlighet og kunnskap for å bidra til forandring hos syke personer. Det krever selvinnsikt og selvforståelse, samt at sykepleier bruker fornuft og intelligens ved etablering av forhold til den syke. Hensikten er å få fram en ønsket forandring hos pasienten. Denne forandringen betraktes som terapeutisk når den bidrar til å lindre pasientens plager. Det dreiers seg om evnen til å bruke sin egen personlighet målrettet og bevisst i forsøk på å etablere et forhold til den syke (Travelbee, 2001, s. 44).

2.2.5 Håp

Den profesjonelle sykepleierens rolle er å hjelpe pasienten til å bevare håp for å mestre lidelse og sykdom. Håp er en mental tilstand som omhandler ønsket om å oppfylle et mål som vil bringe med seg forbedring hos pasienten. Som individer er vi avhengig av andre og derfor er håp sterkt forbundet med andre mennesker. Den som har håp har tro på at andre vil være der for en når en trenger hjelp. Håp er i tillegg relatert til valg, pasient som har håp føler at han/hun har alternativer og valgmuligheter i en vanskelig situasjon. Sykepleieren kan ikke gi pasienten håp, men kan hjelpe ham å finne fram til sitt eget håp. Den som mangler håp ser ikke fram til noen forandringer eller forbedringer i livet, heller ikke vei ut av vanskelighetene eller noen løsninger på problemene (Travelbee, 2001, s. 117-125).

3.0 Metode

3.1 Definisjon av metode

Denne oppgaven bygger på litteraturstudie som metode hvor data ble innsamlet fra eksisterende kilder. Forskningsmetode er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke og forteller oss hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2012, s. 111-112). Innen sykepleieforskning handler metodevalg om hvordan vi går fram for å få relevant og pålitelig informasjon om den virkeligheten vi ønsker å undersøke, hvordan informasjonen kan analyseres og hva som er resultater og konsekvenser av slik forskning. I utgangspunktet dreier dette seg om å studere den praktiske virkeligheten i forbindelse med hvordan mennesker

handler og samhandler, vanligvis den virkeligheten pasienten opplever i møte med helsevesenet (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 17-21).

3.2 Kvalitativ og kvantitativ metode

I denne oppgaven brukes forskning med både kvalitativ og kvantitativ data. Det som kjennetegner kvalitativ data er at utgangspunktet for dataanalyse er basert på lyd, tekst eller bilder og datainnsamlingen har stor grad av fleksibilitet. Den kvantitative metoden gir derimot data i form av målbare enheter, som er lite fleksible men kan gi informasjon om utbredelse (Christoffersen et al., 2015, s. 18). Både kvantitative og kvalitative metoder bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og av hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2012, s. 112). Utvikling av kunnskap innen sykepleie krever ulike tilnærminger, og bruken av kombinerte metoder kan være en vei å gå. (Kaarbø, 2016). For å kunne svare på oppgavens problemstilling er det derfor hensiktsmessig å kombinere begge metoder som gir helhetlig informasjon om sykdommen samt pasientens opplevelse av den.

Av fem valgte forskningsartikler benyttet to seg av kvalitativ metode og tre kombinerte både kvalitativ og kvantitativ metode. I utgangspunktet har dermed alle valgte artikler i denne oppgaven en kvalitativ tilnærming. Det vil si at en sikter på å fange opp en mening og opplevelse som ikke lar seg måle eller tallfeste. Samtidig som datainnsamling skjer i direkte kontakt med feltet (Dalland, 2012, s. 112). Å kombinere begge metoder i en undersøkelse kan innebære at en kvalitativ studie brukes som forundersøkelse, eller at kvalitativ data blir lagt til grunn for en oppfølgende kvantitativ analyse. Dessuten kan datainnsamlingen være kvalitativ mens analysen er kvantitativ (Befring, 2015). Jeg mener at kombinasjon av begge metodene kan bidra til å gi mer helhetlig svar på oppgavens problemstilling.

3.3 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven brukes litteraturstudie som metode. Ved å bruke systematisk litteratursøk som et hjelpemiddel til å samle inn dataene prøver jeg å belyse oppgavens problemstilling på en faglig interessant måte. En litteraturstudie systematiserer kunnskap fra flere skriftlige kilder, det vil si å samle inn litteratur, gå kritisk igjennom den og trekke sammen resultatene. Hensikten er å gi en oppdatert og god forståelse av kunnskap på det området som problemstillingen etterspør, og hvordan en har kommet fram til den kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 79-80).

Litteraturstudie kan gjøres på forskjellige måter, men det er imidlertid noen krav som må være oppfylt: problemstilling og formål, søk, gjennomgang, analyse og diskusjon av materialet, samt en rapport (Christoffersen et al., 2015, s. 63). Fordelene ved å bruke denne metoden er at jeg har fått god oversikt over litteraturen som er relevant for oppgavens problemstilling.

3.4 Litteratursøk og fremgangsmåte

For å finne relevant faglitteratur har jeg søkt systematisk i databaser via Høgskolen på Vestlandet sin nettside. Jeg har brukt to forskjellige databaser: Chinal og Web of Science, hvor jeg til slutt fant fem relevante forskningsartikler. For å finne passende engelske søkeord har jeg benyttet meg av Ordbnett.no via Helsebibliotekets sine hjemmesider for å oversette norske faguttrykk.

Det var en lang og krevende prosess å finne forskning som var direkte knyttet opp til problemstillingen. Det finnes mye forskning som påviser dårlig kosthold og dårlig livsstil hos schizofrene, men det var utfordrende å finne forskning på hvordan kostholdet og livsstilen kan forbedres. Mye av forskningen handler om kosthold hos psykisk syke generelt og var ikke avgrenset til schizofreni. Jeg fant mange interessante artikler om schizofreni og helsefremming, men mange av dem hadde fokus på fysisk aktivitet og røyking i tillegg til kosthold. Søkehistorie er gjengitt i vedlegg 1.

3.5 Kildekritikk

Denne oppgaven er basert på kilder via litteratursøk. Kildekritikk er en metode som brukes for å fastslå om kilder er sann eller ikke. Ved valg av faglitteratur må kildene vurderes i forhold til kvalitet og relevans og en må forholde seg kritisk til kildematerialet som brukes i oppgaven (Dalland, 2012, s. 63-73). I litteraturgjennomgangen har jeg vurdert utvalgte forskningsartikler kritisk etter Folkehelseinstituttens anbefalinger (Folkehelseinstituttet, 2014).

Artiklene ble valgt ut i fra relevans for oppgavens tema, de måtte altså ha en sykepleiefaglig relevans og omhandle helsefremming og kosthold for psykisk syke, hovedsakelig schizofrene. Inklusjonskriterier for utvalg var at artiklene enten var på norsk eller engelsk, at de var fagfelleurdert og publisert etter 2008. Jeg valgte å benytte meg av forskning de siste ti årene for å forholde meg til oppdatert kunnskap, selv om søket kan ha mistet relevante treff. Alle

artiklene er fagfellevurdert og publisert i vitenskapelige tidsskrifter som er styrke for oppgaven. Artikler som publiseres i vitenskapelige tidsskrifter gjennomgår en streng kvalitetssikring hvor det stilles krav om innhold og form (Dalland, 2012, s. 63-78). Utvalget var derimot ofte lite og ensidig som kan være en svakhet og gjør at forskningen ikke kan representere den hele schizofrene populasjonen. Til tross av dette har forskningen viktige funn som kan knyttes til min problemstilling.

For å kunne belyse temaet på en helhetlig måte har jeg inkludert artikler med ulike synspunkter både fra pasienten, sykepleier og annet helsepersonell. Samtidig har jeg også inkludert forskning fra flere forskjellige land, blant annet Sverige, Australia og England.

3.6 Etisk vurdering

Etikk dreier seg om normer for riktig og god livsførsel. Ved vanskelige avgjørelser skal etikken gi oss veiledning og grunnlag for vurdering før vi handler. I praksis handler etiske overveielser om hvilke etiske utfordringer arbeidet vårt utfører og hvordan det kan håndteres (Dalland, 2012, s. 95-96). Forskningsetikk er den delen av etikken som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre. Det handler om å ivareta personvernet og sikre troverdighet av forskningsresultatene. All medisinsk og helsefaglig forskning som involverer mennesker, helseopplysninger eller menneskelig biologisk materiale skal forhånds godkjennes av en forskningsetisk komite (Dalland, 2012, s. 96-98). Ved valg av forskningsartikler har jeg fokusert på forskning som er godkjent av en etisk komite. I tillegg har jeg benyttet meg av forskning hvor informantene har gitt informert samtykke for deltakelse. Hensikten med informert samtykke er å styrke enkeltindividets autonomi og oppmuntre dem til selvstendige og ansvarlige beslutninger. Prinsippet er at man bidrar til å beskytte forsøkspersoner til å bli utsatt for press fra forskerens side (Dalland, 2012, s. 105). Ved kildehenvisning og skriv av litteraturliste har jeg fulgt APA standarden ifølge Høgskolens på Vestlandet sine retningslinjer for oppgaveskriving for å forhindre plagiat av tekst.

4.0 Resultat

Her presenteres utvalgt forskning som skal belyse oppgavens problemstilling.

The development and evaluation of a complex health education intervention for adults with a diagnosis of schizophrenia.

(Bradshaw, Lovell & Campbell, 2010).

Hensikt: Hensikten var å utvikle et undervisningsopplegg med fokus på sunt kosthold, fysisk aktivitet og røykeslutt, tiltenk for små grupper av voksne mennesker med schizofreni diagnose. Hovedmålet var å bidra til økt kunnskap om et effektivt undervisningsopplegg om sunn livsstil for personer med schizofreni lidelse.

Metode: Studien er basert på kombinerte metoder. Fokusgruppeintervjuer ble brukt ved innsamling av kvalitativ data. Semistrukturerte intervjuer, basert på spørreskjema, ble brukt ved innsamling av kvantitativ data.

Resultat: Pasientene deltok i tre måneders undervisningsopplegg om sunn livsstil. Fire sentrale tema kom fram ved analysing av resultater: å være i gruppe, presentasjon av kursinnhold, atferdsendring og endringsprosess. Informantene uttrykket stor nytte av å arbeide i gruppe sammen med andre schizofrene. Både den sosiale opplevelsen av gruppeundervisningen, samt å kunne dele sine erfaringer med andre, ble en positiv og motiverende opplevelse for dem. Ved å presentere kursets innhold på en lett forståelig og tilrettelagt måte i form av en arbeidsbok, ble det lettere for deltakerne å følge med og forstå undervisningen. Mange gjorde endringer i atferd ved å lage mat hjemme i stedet for å kjøpe ferdigmat. Flere informanter rapporterte positive livsstilsendringer etter kurset, som for eksempel betydelig økt forbruk av frukt og grønnsaker, samt mer fysisk aktivitet. I tillegg var en liten nedgang i antall røykte sigaretter per dag.

Konklusjon: Funn indikerer at denne modellen av helsefremmende undervisningsopplegg er velegnet for denne pasientgruppen og kan både motivere og hjelpe dem mot sunnere livsstil.

Participant's voices from within a healthy lifestyle group.

(Park, Forster & Usher, 2017).

Hensikt: Hensikten var å undersøke hvordan personer med schizofreni opplevde å delta i 12 ukers undervisningsopplegg om sunn livsstil. Samt å skaffe mer kunnskap for videreutvikling av helsefremmende undervisningsopplegg for personer med schizofreni.

Metode: En utforskende kvalitativ studie. Datasamling foregikk via intervjuer basert på intervjuguide.

Resultat: Funn indikerer flere fordeler av å delta i et helsefremmende undervisningsopplegg. Deltakerne rapporterte økt kunnskap om sunne matvarer og mer bevissthet om sunnere matvalg. Videre erkjente de betydningen av fysisk aktivitet for å kontrollere vekten. Tilgang til gratis støtte og rådgiving fra autorisert sykepleier ble beskrevet som grunnleggende for å få til sunne og vedvarende livsstilsendringer. Den gode relasjonen som ble dannet mellom sykepleier og deltakerne under studiet motiverte dem til sunne livsstilsendringer. I tillegg opplevde deltakerne gruppearbeid som det viktigste og mest positive aspektet ved kurset. Det å kunne dele og diskutere sine erfaringer med andre schizofrene økte selvtillit og reduserte isolasjon.

Konklusjon: Relasjonen mellom sykepleier og personer med schizofreni kan være avgjørende om pasientene får til sunne vedvarende livsstilsendringer. Helsepersonell bør derfor legge vekt på å bygge gode terapeutiske relasjoner med pasientene, og samtidig fokusere på helsefremmende undervisning i grupper.

Dietary intervention for people with mental illness in South Australia.

(Bogomolova et al., 2016).

Hensikt: Studiens hensikt var å utforske om kosthold kan forbedres hos personer med alvorlige psykiske lidelser (60% av deltakerne hadde schizofreni) gjennom et tre måneders omfattende undervisningsopplegg, med utgangspunkt i Middelhavets-dietten. Opplegget inkluderte undervisning, veiledning ved matlaging og matinnkjøp, samt hjelp ved å lage matbudsjett.

Metode: I studien brukes kombinerte metoder. Ved begynnelse av studien ble forskjellige fysiske målinger tatt av deltakerne. Disse målingene ble gjentatt etter tre og seks måneder og brukt som kvantitativ data. I tillegg er datainnsamling basert på kvalitative semistrukturerte intervjuer som inkluderte både pasienter og personalet.

Resultat: Deltakerne rapporterte økt kunnskap om sunn mat og økt forbruk av sunne matvarer innen Middelhavets-dietten. De fikk mer positive holdninger overfor sunne matvarer og ble dessuten mer selvstendige ved matlaging og handling av sunne matvarer. Den sosiale opplevelsen av matsituasjoner med andre pasienter opplevdes meget positivt og reduserte sosial angst hos deltakerne.

Konklusjon: Et omfattende undervisningsopplegg om sunt kosthold og matlaging bidrar til bedre matvaner og mer selvstendighet og bør derfor inkluderes tidlig i behandlingen hos alvorlig psykisk syke. Undervisning i grupper kan fremme opplevelsen av sosial støtte. Pasientene bør få en tett oppfølging etter undervisningsopplegget.

Enabling healthy living: Experiences of people with severe mental illness in psychiatric outpatient services.

(Blomqvist, Sandgren, Carlsson & Jormfeldt, 2018).

Hensikt: Studiens formål var å utforske hva som fremmer sunn livsstil blant voksne personer med alvorlige psykiske lidelser (flertallet av deltakerne hadde schizofreni diagnose), med utgangspunkt i pasientenes egne meninger.

Metode: Kvalitativ studie hvor data ble samlet inn via semistrukturerte kvalitative intervjuer.

Resultat: Resultatene tyder på at psykisk syke må bli oppfattet som en hel person og ikke bare en psykiatrisk pasient, både av seg selv og av andre. Dette er grunnleggende for å få til sunne livsstilsendringer. Andre tema som var viktige ifølge informantene: struktur i hverdagen, motivasjon og støtte fra andre. Ifølge deltakerne var planlegging av matinnkjøp en viktig del av struktur i hverdagen, samt daglige aktiviteter og tilstrekkelig søvn. Ved forbedring av sin egen helsetilstand ble deltakerne motivert til å fortsette med sunn livsstil og forbedre sine daglige vaner. Å ha venner, familie eller fagfolk for støtte og oppmuntring var svært viktig for å kunne få til sunne livsstilsendringer. Det å bli hørt og tatt på alvor av

fagfolk som viste en reell interesse for dem, deres helse og livsstil ble nevnt som grunnleggende element.

Konklusjon: Sunne livsstilsendringer krever godt samarbeid mellom fagfolk og pasient. Fagfolk bør legge vekt på gode hverdagsrutiner, motivasjon og individualisert støtte og veiledning for å fremme sunn livsstil hos personer med alvorlige psykiske lidelser. I behandlingen bør fokuset flyttes fra sykdommen og medikamenter over på personen og sunn livsstil.

Collaboration between mental health consumers and nurses: Shared understandings, dissimilar experiences

(McCloughen, Gillies & O'Brien, 2011).

Hensikt: Å undersøke erfaringer og forståelse av samarbeid mellom bruker og sykepleier, innen psykiatrisk rehabilitering, for å få en bedre forståelse av hva som trengs for vellykket samarbeid mellom sykepleiere og brukere.

Metode: Det benyttes kombinerte metoder som består av fokusgruppe intervjuer og spørreundersøkelse. Studien ble utført i to faser: først var separerte fokus grupper med sykepleiere og brukere brukt for å få en forståelse av gruppens oppfatning av samarbeid. I andre fase ble data fra fokus gruppene og annen eksisterende litteratur brukt for å utvikle en undersøkelse som besto av spørreskjema for sykepleiere og brukere.

Resultat: Mer enn $\frac{2}{3}$ av sykepleierne mente at terapeutisk relasjon var en grunnleggende faktor for vellykket samarbeid. Sykepleiere og brukere var hovedsakelig enige om at samarbeidet krever effektiv kommunikasjon, basert på åpenhet, gjensidig tillit og respekt. I tillegg bør pasientens behov alltid være i fokus. Deltakerne rapporterte at samarbeid krever at både sykepleier og bruker viser interesse, er selvsikre og dyktige. Samtidig mente sykepleierne at brukere trenger mer informasjon og støtte til å kunne samarbeide med dem. Sykepleierne mente også at de samarbeidet med brukerne på en tilfredsstillende måte, men brukerne uttrykket derimot mangel på samarbeid med sykepleierne. Brukerne ville at den kunnskapen og kompetansen de hadde ble erkjent som like viktig som sykepleiers profesjonelle kunnskap og kompetanse.

Konklusjon: Sykepleiere og brukere hadde felles forståelse av samarbeid, men deres opplevde erfaringer av samarbeid var ulike. For et vellykket samarbeid mellom bruker og sykepleier må det foreligge en felles erkjennelse av begge parterers kunnskap og ekspertise.

4.1 Oppsummering av funn

Hovedfunn i de valgte artiklene indikerer at undervisningsopplegg bidrar til sunnere kosthold og mer fysisk aktivitet. Gruppeundervisning er effektiv for å til livsstilsendringer hos pasienter med schizofreni. Den sosiale relasjonen, altså å kunne dele erfaringer og diskutere med andre i liknende situasjon er svært viktig for motivasjonen. Tilgang til gratis helsepersonell for støtte og rådgiving er grunnleggende for kostholdsending. Samtidig er en god relasjon og samarbeid mellom fagfolk og pasient avhengig av gjensidig forståelse av hverandres kunnskap og ekspertise.

Gjennomgangstema er i artiklene er:

1. **Relasjon og samarbeid**, viste resultater fra: Park et al. (2017), Blomqvist et al. (2018), McCloughen et al. (2011).
2. **Sosial støtte, fellesskap og trygghet**, viste resultat fra: Bradshaw et al. (2010), Park et al. (2017), Bogomolova et al. (2016) og Blomqvist et al. (2018).
3. **Helsefremmende undervisningsopplegg om kosthold**, viste resultater fra: Bradshaw et al. (2010), Park et al. (2017), Bogomolova et al. (2016).

5.0 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg drøfte funn av valgte forskningsartikler opp mot relevant teori for å svare på problemstillingen: *Hvordan kan sykepleier fremme sunt kosthold hos schizofrene beboere i bofellesskap?*

5.1 Relasjon og samarbeid

For å kunne fremme sunt kosthold hos schizofrene i bofellesskap er det viktig å bli godt kjent med pasienten og danne en relasjon. Det krever at sykepleier har faglig kunnskap og engasjerer seg i samarbeidet med pasienten. Flere symptomer ved schizofreni, som realitetsbrist, apati eller hallusinasjoner, kan derimot gjøre det vanskelig for behandleren å danne denne viktige relasjonen med schizofrene pasienter (Skårderud, Haugsgjerd & Stånicke, 2010, s. 317). Resultater fra oppgavens forskningsartikler viser at tilgang til støtte og rådgiving fra profesjonelt helsepersonell er avgjørende for at pasienter med schizofreni skal få til livsstilsendringer (Park et al., 2017), (Blomqvist et al., 2018). Dette samsvarer resultater fra McCloughen et al. (2011) som hevder at gode relasjoner mellom sykepleier og pasient er grunnleggende for effektivt samarbeid og avgjørende for helsefremmende arbeid. I tillegg viser nyere forskning at relasjon mellom sykepleier og pasient er en viktig faktor for at pasienten skal nå målene sine (Ververda & Bjørnstad, 2018). Slik jeg ser dette belyser denne teorien hvor viktig sykepleiers rolle er ved å forbedre kosthold og livskvalitet hos schizofrene beboere, men samtidig hvor betydningsfull relasjonen mellom dem kan være. Jeg tenker at sykepleier bør prioritere å bygge relasjon med schizofrene pasienter og deretter fokusere på videre behandling og arbeid med å motivere dem til bedre kosthold.

Joyce Travelbee legger vekt på de mellommenneskelige forhold i sykepleien. Alle sykepleiefaglige handlinger må ha utgangspunkt i relasjonen, gjennom et likeverdig menneske til menneske forhold. For å etablere gode relasjoner må sykepleier se forbi symptomer og roller og møte pasienten som en hel person i motsetning til en psykiatrisk pasient (Travelbee, 2001, s.171-172). Dette er i tråd med Blomqvist et al. (2018) sin forskning som hevder at psykisk syke pasienter må erkjennes som et individ med sine grunnleggende behov hvis sykepleier skal fremme sunn livsstil hos dem. Ifølge Tofthagen (2004) må sykepleier forstå mening bak den schizofrene pasientens atferd og symptomer, engasjere seg i relasjonen og holde ut over tid for å fremme etableringen av en trygg en til en relasjon.

Sykepleier bør kontakte den psykotiske schizofrene pasienten på en langsam og vennlig måte. En skal snakke om hverdagslige ting, ikke gå direkte på sykdommen, men prøve å bli kjent med mennesket bak symptomene. Videre forskning om schizofrene viser også at pasientens opplevelse av å bli hørt, sett og møtt som et individ i en god relasjon med helsepersonell, er grunnleggende for velvære i hverdagslivet (Gunmo & Fatouros-Bergmann, 2011). Slik jeg ser dette er schizofreni en komplisert sykdom med mange ulike symptomer og ingen klart avgrenset sykdomstilstand. Nettopp på grunn av det er det så viktig at sykepleier ser mennesket bak symptomene og viser interesse for pasienten som likeverdig menneske. Jeg tenker at det å oppleve seg sett og hørt har stor betydning for schizofrene og gjør det lettere for dem å åpne seg til sykepleieren. Sykepleier må ta hensikt til at pasienten er selv ekspert på sin opplevelse av schizofreni og har sine meninger om behandlingen. Ofte er det ikke så mye som trengs av sykepleieren, tilstedeværelse og nærhet kan gi trygghet og tillit som jeg mener kan ha stor betydning for relasjonsbygging og videre behandling. Av egen erfaring som sykepleierstudent på psykiatrisk bofellesskap, opplevde jeg at danning av gode relasjoner med pasienter var ofte tidskrevende og utfordrende. Beboere med schizofreni kunne være skeptiske til nye folk og det krevde stor innsats av helsepersonellet å danne en tillitsfull relasjon. Om en fikk til denne relasjonen var det verdt mye i videre samarbeid med pasienten.

Noen personer med alvorlige psykiske lidelser har begrenset tilgang til helsepersonell. Høye kostnader og lange ventetider kan hindre denne viktige kontakten. I tillegg kan flere symptomer ved schizofreni gjøre at pasientene ikke klarer eller ønsker å søke hjelp på grunn av forandret virkelighetsoppfatning (Park et al., 2017). Slik jeg ser det er bolig i døgnbemannet bofellesskap en velegnet boform for schizofrene. Der har pasienter tilgang til helsepersonell døgnet rundt som gjør at de kan bli tryggere på de ansatte og seg selv. Dette gir en mulighet for relasjonsbygning og samarbeid i trygge omgivelser. Når sykepleier har fått til god relasjon med beboeren er det grunnlag for et effektivt samarbeid mellom pasienten og sykepleier.

Sykepleiere som samarbeider med schizofrene i bofellesskap bør ha en personlig tilnærming til hver enkelt pasient. En god relasjon med en primærbehandler over lang tid er nødvendig for personer med schizofreni. Dette er en forutsetning for at pasienten kan få tillit til, og bli trygg på terapeuten. Denne relasjonen vil få ulik form avhengig av tilgjengelige ressurser,

pasientens behov og motivasjon, og andre faktorer som bosituasjon. En slik terapeutisk relasjon kan være viktig forutsetning for å lykkes med andre former for behandling, som for eksempel kostholdsundervisning (Helsedirektoratet, 2013). Hos schizofrene beboere i bofellesskap er det naturlig at en primærbehandler er sykepleier. Dette på grunn av at sykepleiers kunnskap om kroppen og de grunnleggende fysiske og psykiske behov, som utgjør en viktig kompetanse i sykepleierens arbeid med schizofrene (Karlsen, 2009). Slik jeg ser det skal sykepleiere ha kunnskapen som trengs for å ivareta pasienter med schizofreni diagnose. Dette gjelder kunnskap om både ernæringsbehov og hvilke ernæringstiltak som bør prioriteres hos feilernærte eller underernærte schizofrene personer, samtidig som de skal kjenne symptomer og hvordan man bør tilnærme seg disse pasientene. På grunn av schizofreni diagnosen kan enkelte pasienter ha vrangforestillinger om mat og tro at matvarer kan være forgiftet. Der tenker jeg at sykepleier har en viktig rolle å betrygge og veilede pasienten. Jeg mener det er en viktig kompetanse for å kunne fremme sunt kosthold hos disse pasienten.

Blomqvist et al. (2018) hevder at godt samarbeid mellom sykepleiere og annet helsepersonell må være til stede for å kunne fremme sunn livsstil hos pasienten. På den andre siden fant McCloughen et al. (2011) ut at forutsetning for vellykket samarbeid imellom sykepleier og pasient er felles erkjennelse av begge parters kunnskap og kompetanse. Pasientens levde erfaringer er like viktige som sykepleierens profesjonelle erfaringer. Begge må delta aktivt og engasjere seg i samarbeidet på en respektfull måte (McCloughen et al., 2011). I arbeidet med psykiatriske pasienter spiller samarbeidet mellom sykepleier og pasient en avgjørende rolle i bedringsprosessen. Dette fellesskapet blir betydningsfullt i den forstand at det kan lindre noe av den ensomhet, hjelpeløshet og isolasjon som mange schizofrene pasienter kjenner (Hummelvoll, 2012, s. 38-39). I tillegg har syke mennesker mye lettere for å dele sine problemer når de føler at sykepleieren kjenner dem og når de har tillit til den (Travelbee, 2001, s. 46). Jeg tenker at det er vesentlig at sykepleier har tålmodighet og prioriterer pasientens behov. Det kan være tungt å samarbeide med schizofrene, spesielt hvis det tar lang tid å danne relasjon. Sykepleier kan miste tålmodigheten og bli irritert som er dårlig for relasjonen. Det er grunnleggende å gi seg god tid til dette. Jeg tror at hvis pasienten får åpne seg og dele sine erfaringer og opplevelser av sykdommen er det viktig for relasjonsbygning og videre samarbeid med sykepleieren.

I samarbeidet kan beboeren ikke passivt overlate ansvaret i behandlingen til sykepleieren, schizofrene pasienter må motiveres til å delta aktivt i egen behandling. Denne motivasjonen kan oppstå i samarbeidet mellom pasienten og sykepleieren, men også i bofellesskapet med andre beboere. Sykepleiers innsats kan både øke og redusere pasientens ønske om endring (Skårderud et al., 2010, s. 442). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier at sykepleier skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Dessuten sikrer Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 (1999) pasienten rett til å medvirke sin behandling, så langt det tilpasses pasientens evne til å motta og gi informasjon. Det bør tas hensyn til at schizofrene kan ha begrenset sosial funksjon og svekket virkelighetsoppfatning i perioder og trenger derfor støtte i det daglige liv. Derfor kan de også ha begrenset samarbeidsevne (Skårderud et al., 2010, s. 317-319). Slik jeg forstår det belyser dette hvor viktig det er å bevisstgjøre pasienten om hvordan kosthold og usunn livstil påvirker kroppen og helsen, for å få pasienten til å delta aktivt i samarbeidet. At pasienten får delta aktivt i sin behandling på bofellesskapet gjør at sykepleien kan finne de forholdene som pasienten føler seg trygg i. Sykepleier kan tilrettelegge informasjonen i behandlingen og bidra til at pasienten kan få kontroll over sin egen tilstand.

Gode ferdigheter i kommunikasjon er forutsetning for vellykket samarbeid mellom sykepleier og pasient (McCloughen et al., 2011). Dette gjelder særlig for sykepleiere som samarbeider med schizofrene pasienter som kan slite med passivitet og disorganisert tenking og tale (Skårderud et al., 2010, s. 318). Samarbeid er en prosess av ærlig og åpen kommunikasjon hvor sykepleier og pasient arbeider terapeutisk sammen med fokus på pasientens sin fremgang (McCloughen et al., 2011). På samme måte sier Travelbee at kommunikasjon er det viktigste redskapet for å danne en mellommenneskelig relasjon. Travelbee nevner at kommunikasjon er en prosess hvor sykepleieren og pasienten blir kjent som mennesker og får mulighet til å etablere et menneske til menneske forhold. I denne interaktive prosessen får sykepleier identifisert pasientens særegne behov som er viktig for planlegging og utføring av sykepleie i tråd med pasientens behov (Travelbee, 2001, s. 135-137). Slik jeg ser det er kommunikasjon et viktig verktøy for å oppnå sykepleiens mål og hensikt. Men for schizofrene kan kommunikasjon være krevende på grunn av symptomer som hallusinasjoner, vrangforestillinger og apati. Jeg har erfart fra praksis at schizofrene velger ofte å trekke seg tilbake fra sosiale forhold og leve isolert. Jeg tror at der prøver de å beskytte seg mot

overstimulering av tanker. Men isolasjon kan derimot medføre mer vrangforestillinger og andre negative symptomer, så det er viktig at sykepleier tilrettelegger for sosial kontakt i bofellesskapet, i den grad hver beboer klarer, særlig fordi funn fra oppgavens forskningsartikler tyder på at fellesskap med andre schizofrene er betydningsfullt for dem.

5.2 Sosial støtte, fellesskap og trygghet

Å legge til rette for sosialt fellesskap og meningsfulle aktiviteter er en sentral oppgave innen psykisk helsearbeid. Beboere med schizofreni trenger sosial støtte og trygghet i hverdagen for å kunne endre kostholdet og få en sunnere livsstil (Park et al., 2017), (Bradshaw et al., 2010), (Blomqvist et al., 2018), (Bogomolova et al., 2016). Denne sosiale støtten kan komme fra både venner, fagpersoner eller andre beboere på bofellesskapet. De negative symptomene ved schizofreni medfølger ofte redusert sosialisering og nedsatt motivasjon, derfor kan det være vanskelig for schizofrene å være i fellesskap og samhandle med andre mennesker (Skårderud et al., 2010, s. 317-318). Til tross for det viser flere av oppgavens forskningsartikler at schizofrene har en meget positiv opplevelse av ferdighetstrening og kostholdsundervisning, i grupper med andre schizofrene. Flere av artiklene viser at sosial støtte kan ha stor betydning for den schizofrene pasienten. Slik jeg forstår det er schizofrene en pasientgruppe som i utgangspunktet strever med sosial kontakt. Men med sykepleiers faglige kunnskap og kompetanse, samt tilrettelegging viser det seg at sosial kontakt kan være en fordel for dem. Jeg tenker sykepleieres kunnskap og arbeidsinnsats er grunnleggende i denne sammenhengen.

I tillegg til behandling og profesjonell hjelp for schizofrene, er det viktig med sosiale forhold som meningsfull hverdag, vennskap og trygt hjem. Kommunene har plikt å medvirke til å skaffe bolig til personer som selv ikke kan ivareta sine interesser på boligmarkedet ifølge Helse- og omsorgstjeneste lovens § 3-7 (2011). Et varig botilbud i et bofellesskap er med å skape trygghet for schizofrene i egen bolig. Som nevnt tidligere er trygghet grunnleggende for at schizofrene kan danne relasjon med andre (Helsedirektoratet, 2013). Bofellesskap kan være hensiktsmessig boform for schizofrene. Det er en boligform hvor de har tilgang til helsepersonell døgnet rundt, samtidig som det bidrar til sosialt fellesskap for beboerne. Det gir beboerne trygghet at noen er tilstede for dem når en har behov for det. I noen samlokaliserte boliger etableres det også fellesarealer for å bidra til sosial kontakt

(Helsedirektoratet, 2013). Å legge til rette for støttende miljø som bidrar til at relasjoner mellom beboere utvikler seg, kan være en måte å redusere isolasjon blant denne sårbare pasientgruppen (Park et al., 2017). Sik jeg ser det har schizofrene stor nytte av å bo i et bofellesskap. Jeg har selv erfart fra praksis at beboere i psykiatrisk bofellesskap har positive opplevelser av å gå turer sammen, besøke hverandre eller være sammen i fellesarealet. De får mulighet til å dele erfaringer og opplever samtidig at de ikke er alene i sin situasjon. Men dette krever imidlertid at sykepleier motiverer beboerne betydelig og tilrettelegger for sosiale situasjoner. Sykepleier må samtidig delta i situasjonene og følge dem opp for å fremme positiv utvikling av relasjoner mellom pasientene. I tillegg tenker jeg det er viktig å velge individer som har noe felles utenom diagnosen. Felles interesse, lignende alder og samme kjønn kan være noe som fremmer relasjon dem imellom.

Både Park et al. (2017) og Bradshaw et al. (2010) sin forskning viser at schizofrene opplever det meget positivt å delta i grupper ved helsefremmende kostholdsundervisning. Det å kunne dele erfaringer med andre schizofrene og diskutere sammen i gruppe, motiverte dem å ta sunne matvalg og skapte et trygt fellesskap hvor de følte seg mindre isolert. Samtidig viser forskning til Blomqvist et al. (2018) at det å kunne gå ut av hjemmet og sosialisere med andre mennesker gir både mening og struktur i hverdagen. Gode forhold med andre mennesker og sosialt liv utenfor hjemmet er grunnleggende for velvære hos alvorlig psykisk syke (Blomqvist et al., 2018). Et sosialt tilrettelagt miljø kan fremme sosial kontakt. Et eksempel på dette kan være å utnytte måltider til å skape sosial kontakt (Smebye & Helgesen, 2014). Schizofrene har redusert evne til å forstå sosialt samspill. Å spise i lag med andre fremmer sosial støtte og følelsen av tilhørighet. Dette kan ha positiv påvirkning på både matvaner og helsestatus (Bogomolova et al., 2016). Forskning viser at pasientene spiste sunnere, ble mer selvstendige og fikk mer selvtillit, samtidig som sosial angst ble redusert (Bogomolova et al., 2016). Jeg tenker dette kan bidra til bedre integrering av schizofrene i samfunnet.

Mange personer med schizofrene lider av sosial angst som medfører tilbaketrekning, passivitet og isolasjon (Skårderud et al., 2010, s. 317-318). Matlaging i fellesskap med andre beboere, samt å spise i lag med dem, kan redusere denne angsten betydelig og øke både velvære og livskvalitet (Bogomolova et al., 2016). Sett i et lys av Travelbee sin teori om å bruke seg selv terapeutisk så skal sykepleieren bevisst bruke sinn kunnskap og personlighet

for å bidra til forandring hos syke personer. Når denne forandringen bidrar til at pasientens plager avtar, anses den som terapeutisk (Travelbee, 2001, s. 44-45). Sykepleiere trenger derfor å etablere terapeutisk relasjon innenfor pasientgrupper i bofellesskapet, samt gi omsorg og støtte for å fremme følelsen av tilhørighet og trygghet (Park et al., 2017). Jeg tolker disse funnene som begrunnelse for hvor viktig sosial støtte er for schizofrene. Jeg mener at sykepleiere må bruke sin kunnskap og personlighet i å tilrettelegge for at beboere i bofellesskap kan sosialisere sammen i grupper, dele erfaringer, oppleve trygghet og dermed redusere isolasjon. Jeg tror at matsituasjoner i lag med andre beboere ville vært et godt eksempel på dette. Matsituasjoner bør være oppsatt til et fast tidspunkt i uken, for å skape både forutsigbarhet og trygghet, samt at beboerne ville ha noe å se fram til. I Park et al. (2017) sin forskning deltok informantene i kurs om sunn livsstil en gang i uken. Flere av deltakerne uttrykket at de så fram til å gå på kurset og treffe andre schizofrene i samme situasjon, det hadde stor betydning for dem.

I sin studie inkluderte Bogomolova et al. (2016) gruppeundervisning i både kosthold og matlaging hvor pasientene ble oppmuntret til å kommunisere og samhandle underveis med hverandre. Mange schizofrene sliter med sosial angst, og derfor var det vanskelig for dem å delta i begynnelsen, men med motivasjon og tilrettelegging fra helsepersonellet det ble lettere etter hvert (Bogomolova et al., 2016). Med grunnlag i Travelbee sin teori om håp er sykepleiers rolle å hjelpe det syke mennesket å oppleve håp for å mestre lidelse og sykdom. Håp er troen på at det kan og vil skje en forandring og at denne vil bringe med seg noe som er bedre (Travelbee, 2001, s. 117-119). Ved å undervise og veilede schizofrene om sunt kosthold og bedre livsstil kan sykepleier fremme opplevelsen om håp om bedre helse og økt livskvalitet. Forskning viser at håp for fremtiden, optimisme og tiltro til egen påvirkningsevne har stor betydning for at schizofrene skal få et bedre liv (Torgalsbøen & Rund, 2010). Slik jeg forstår det har sykepleiere har en viktig rolle å bidra til at schizofrene opplever håp om at de kan endre kostholdet og få bedre helse. Jeg tenker at pasienten må først oppleve trygghet for å oppleve håp.

Ved definisjon av psykisk helse må det legges avgjørende vekt på hva pasienten selv opplever i forbindelse med sin helse (Ingeberg, Tallaksen & Eide, 2006, s. 52). Selv om forskning viser at mange pasienter med schizofreni har nytte av kostholdsundervisning i grupper, kan det

utløse angst hos andre schizofrene (Bradshaw et al., 2010). Dette indikerer at kostholdundervisning i grupper passer for mange schizofrene, men ikke alle. Selve schizofreni diagnosen har mange forskjellige symptomer og tegn og derfor vanskelig å finne et opplegg som passer for alle pasientene. Alle schizofrene har ikke samme behov for sosial støtte. Det bør derfor legges vekt på en variert tilnærming av ferdighetstrening og kostholdsundervisning enten i grupper eller individuelt, alt ut i fra behov til hver enkelt. Man kan derfor konkludere med at sykepleier i bofellesskap bør tilrettelegge for et trygt fellesskap hos beboerne, i den grad de har behov for. Når sykepleier får det til er det grunnlag for effektivt helsefremmende undervisningsopplegg.

5.3 Helsefremmende undervisningsopplegg

Et undervisningsopplegg er hensiktsmessig måte å fremme sunt kosthold hos personer med schizofreni (Park et al., 2017), (Bradshaw et al., 2010), (Bogomolova et al., 2016). Som nevnt tidligere må det først foreligge en god relasjon mellom lærer (sykepleier) og beboer hvis opplegget skal bli effektivt (Park et al., 2017), (Blomqvist et al., 2018), (McCloughen et al., 2011). Samtidig bør undervisningen forgå i grupper med andre schizofrene for best mulig resultat (Park et al., 2017), (Bradshaw et al., 2010), (Bogomolova et al., 2016).

Matvaner er innarbeidet over lang tid og er ofte en del av persons identitet. Å endre matvaner kan derfor bli en krevende prosess (Sjøen & Thoresen, 2012, s. 380). Særlig for schizofrene som har i perioder svekket kognitiv funksjon som kan innebære vansker med hukommelse, konsentrasjon, læring og tenking (Ueland, 2008). Når sykepleier skal undervise og motivere pasienter til å legge om kostholdet, nytter det ikke bare å gi råd om hva de bør spise. Kostveiledning handler om mer enn å gi informasjon fordi sjansen er liten for at en pasient gjør som sykepleier sier (Aagaard, 2011, s. 195-196). Schizofreni medfølger ofte funksjonsmessige konsekvenser som virker inn på pasientens evne til å lære seg nye ferdigheter, løse problemer i hverdagen og leve et uavhengig liv (Ueland, 2008). Pasienten må derfor få hjelp til å tilpasse et kosthold som den kan leve med og sykepleier må støtte og veilede pasienten underveis. I tillegg må sykepleier hjelpe pasienten med å vurdere kostens næringsinnhold. Denne prosessen krever god kommunikasjon, at sykepleier lytter til det pasienten forteller om sine matvaner, og forsikrer seg at pasienten er innforstått med sin helsesituasjon (Aagaard, 2011, s. 195-196). Slik jeg forstår det handler det om å bevisstgjøre

pasientene om sitt kosthold og hvilke konsekvenser dårlig kosthold har for helsen. Jeg tenker at dette blir lettere i lag med andre schizofrene, når pasientene kan sammenligne og diskutere med andre i samme situasjon.

Valgte forskningsartikler i denne oppgaven belyser forskjellige undervisningsopplegg. Både Park et al. (2017) og Bradshaw et al. (2010) sine studier hadde tre måneders opplegg med kostholdsundervisning som foregikk i grupper med andre schizofrene pasienter, en gang i uken. Resultater viser at pasientene ble mer bevisste over sinn usunne livsstil og gjorde en bedre innsats for å endre kostholdet. De fikk økt kunnskap om fysisk helse og forbedret sin livsstil (Park et al., 2017). Dette medførte samtidig betydelig økt forbruk av frukt og grønnsaker og mer fysisk aktivitet (Bradshaw et al., 2010).

Bogomolova et al. (2016) sitt opplegg var mer omfattende og inkluderte undervisning om kosthold, ferdighetstrening i matlaging, veiledning ved matinnkjøp, samt hjelp til å sette opp matbudsjett. Resultater viser at pasientene ble mer selvstendige i hverdagen, samt at det ble forbedring i matvaner og matlaging. Slik jeg ser det har undervisningsopplegg om sunt kosthold generelt positiv effekt for schizofrene. Det ser ut som de fleste pasientene klarer å dra nytte av den kunnskapen de får med seg fra undervisningen til tross for de kognitive begrensningene som kan medfølge schizofreni diagnosen. Jeg tenker det er viktig med omfattende opplegg der pasienter får både undervisning og ferdighetstrening, for å fremme selvstendighet hos pasientene.

Det viser seg at det ble vanskelig for pasientene å fortsette med sitt engasjement etter kurssets slutt. Mange pasienter følte at de var avhengig av støtte og veiledning fra sykepleier for å kunne fortsette med de sunne kostholdsendringene. Mens deltakerne rapporterte positive fremgang ved undervisningsopplegget, ble det for krevende å fortsette for seg selv (Bogomolova et al., 2016), (Park et al., 2017). Jeg mener at dette belyser behovet for tettere oppfølging fra sykepleier også etter undervisningsopplegget. Jeg tror at regelmessige møter i lag med sykepleier og andre deltakere fra undervisningsopplegget kunne hjulpet og motivert schizofrene pasienter til å fortsette med de kostholdsendringene de fikk.

Travelbee nevner at helsefremmende undervisning innebærer mer enn å formidle nødvendig informasjon til pasienten: «*Kjernen i all helsefremmende undervisning er (om nødvendig) å hjelpe syke mennesker til å finne mening i sykdommen og de tiltakene som må settes i verk for å bevare helsen og kontrollere symptomene*». Om ikke pasienten opplever disse tiltakene som meningsfulle kan den over tid føle at målet ikke er verdt tiltakene. Helsefremmende undervisning i sykepleien er derfor å bistå den enkelte pasienten med å finne mening i sykdom og helsefremmende tiltak (Travelbee, 2001, s. 34-35). Ifølge Hummelvoll (2012, s. 338-341) har mennesker med schizofreni ofte en uklar selvoppfattelse og en usikker holdning til hva som er meningen i tilstedeværelsen. Jeg tenker at derfor er det viktig å gi pasienten støtte og oppmuntring i oppgaver som den mestrer som for eksempel enkel matlaging og matinnkjøp, for å styrke selvtiliten og bedre selvbildet. Jeg mener at det kan være nyttig å la pasienten delta i avgjørelser om behandlingen, samt å vektlegge meningsfulle aktiviteter som for eksempel å spise i lag med andre schizofrene beboere på bofellesskapet.

Selv om schizofrene ofte har problemer både med konsentrasjon og motivasjon, viser det seg at så flertallet av dem klarer å møte opp og delta i tre måneders kostholdsundervisningopplegg (Bradshaw et al., 2010). I denne prosessen er sykepleiers rolle å stimulere pasienten til å bli bevisst over sine egne ressurser og bli en medhjelper i pasientens endringsprosess (Skårderud et al., 2010, s. 442). Bogomolova et al. (2016) mener at slik kostholdsundervisning bør være en del av behandlingen for schizofrene så tidlig som mulig, allerede når de kommer først i kontakt med psykisk helsevern. Jeg tenker at for å unngå og forebygge fysiske plager, sykdommer og lidelser, bør alle schizofrene pasienter få tilbud om kostholdsundervisning så tidlig som mulig i behandlingen.

6.0 Konklusjon

Denne litteraturstudien viser at sykepleiere kan bidra til et sunt kosthold hos schizofrene beboere på flere måter. For det første kan kostholdsundervisning være hensiktsmessig. Opplegget bør forgå i grupper med andre schizofrene for best mulig resultat. Det bør inkludere faktorer som ferdighetstrening i matlaging og veiledning ved matinnkjøp, i tillegg til kostholdsundervisningen. Etter opplegget trenger schizofrene regelmessig og tett oppfølging og veiledning av profesjonell sykepleier. For det andre må sykepleier etablere en god terapeutisk relasjon med pasienten for at opplegget skal bli effektivt. For det tredje må sykepleier samtidig danne en god relasjon innenfor pasientgrupper, både innen bofellesskapet og undervisningsopplegget, for å fremme følelsen av tilhørighet og trygghet.

Mitt inntrykk er at schizofrene pasienter trenger en bedre individuell oppfølging og veiledning for å kunne endre kostholdet. Sykepleiers arbeid er avgjørende for pasientens kostholdsending, samt videre behandling og samarbeid. Oppgavens funn tyder på hva som kan forbedre kostholdet hos mange schizofrene, men ikke alle. Hver enkelt pasient med schizofreni har en subjektiv følelse og mening om sin egen helse. En individuell tilnærming til schizofrene pasienter er derfor grunnleggende, samtidig som det er viktig å bevisstgjøre pasienten overfor sin helsesituasjon.

7.0 Referanseliste

- Aagaard, H. (2011). Væske og ernæring. I E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (2. utg., s. 161-203). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Befring, E. (2015, 27. april). *Kvantitativ metode*. Hentet 10. mars 2018 fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvantitativ-metode/>
- Blomqvist, M., Sandgren, A., Carlsson, I. M., & Jormfeldt, H. (2018). Enabling healthy living: Experiences of people with severe mental illness in psychiatric outpatient services. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 236-246. doi: 10.1111/inm.12313
- Bogomolova, S., Zarnowiecki, D., Wilson, A., Fielder, A., Procter, N., Itsiopoulos, C., . . . Parletta, N. (2016). Dietary intervention for people with mental illness in South Australia. *Health Promotion International*, 33(1), 71-83. doi: 10.1093/heapro/daw055
- Bradshaw, T., Lovell, K., Bee, P., & Campbell, M. (2010). The development and evaluation of a complex health education intervention for adults with a diagnosis of schizophrenia. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 17(6), 473-486. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01543.x
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dipasquale, S., Pariante, C. M., Dazzan, P., Aguglia, E., McGuire, P., & Mondelli, V. (2012). The dietary pattern of patients with schizophrenia: A systematic review. *Journal of Psychiatric research* 47(2), 197-207. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.10.005
- Folkehelseinstituttet. (2014, 4. oktober). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 14. mars 2018 fra <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Gunmo, P., & Fatouros-Bergmann, H. (2011). What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being. *International Journals of Qualitative Studies on Health and Well-being* 6(1). doi:10.3402/qhw.v6il.5412
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2012, 01. mars). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP lidelser*. Hentet 03. april 2018 fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/forside>
- Helsedirektoratet. (2013, juni). *Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Hentet 30. mars 2018 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/326/Nasjonalt-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser-IS-1957.pdf>

- Helsedirektoratet. (2014, 1. mars). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet*. Hentet 31. mars 2018 fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/anbefalinger-om-kosthold-ernæring-og-fysisk-aktivitet>
- Helsenorge. (2015, 17. mars). *Schizofreni*. Hentet 10. januar 2018 fra <https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/schizofreni>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – Ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ingeberg, M. H., Tallaksen, D. W., & Eide, B. (2006). *Mentale knagget: En innføring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Akribes AS.
- Johannessen, J. O. (2002). Schizofreni – omfang og betydning. *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 122(20), 2011-4.
- Kaarbø, E. (2016). Kombinerte metoder. *Sykepleien*, 4(3), 244-248. doi: 10.4220/sykepleienf.2009.0110
- Karlsen, R. (2009). Psykiatriske sykepleieres faglige bidrag i tverrfaglig samarbeid: Profesjonell kompetanse. *Sykepleien Forskning* 4(3), 198-204. doi: 10.4220/sykepleienf.2009.0099
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 207-277). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E. A. (2011). Om sykepleie. I E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 15-28). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malt, U. (2017, 4. oktober). Schizofreni. I *Store norske leksikon*. Hentet 13. januar 2018 fra: <https://sml.snl.no/schizofreni>
- McCloughen, A., Gillies, D., & O'Brien, L. (2011). Collaboration between mental health consumers and nurses: Shared understandings, dissimilar experiences. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(1), 47-55. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00708.x
- Norsk Sykepleierforbund, (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 31. januar 2018 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Park, T., Foster, K., & Usher, K. (2017). Participants' voices from within a healthy lifestyle group. *Issues in mental health nursing*, 38(2), 107-112. doi: 10.1080/01612840.2016.1248255
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Simonelli-Muñoz, A. J., Fortea, M. I., Salorio, P., Gallego-Gomez, J. I., Sánchez-Bautista, S., & Balanza, S. (2012). Dietary habits of patients with schizophrenia: a self-reported questionnaire survey. *International Journal of Mental Health Nursing, 21*(3), 220-228. doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00821.x
- Sjøen, R. J., & Thoresen, L. (2012). *Sykepleierens ernæringsbok*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn-Kropp-Samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Smebye, K. L., & Helgesen, A. K. (2014). Kontakt med andre. I E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., s. 41-66). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thidemann, I. J. (2015). *Bachelor oppgaven for sykepleie studenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Toftthagen, R. (2004). Et møte mellom to virkeligheter – Hvordan erfarer den psykiatriske sykepleier å skape en hjelpende relasjon med det psykotiske mennesket? *Nordic Journal of Nursing Research, 24*(2), 4-9. doi: 10.1177/010740830402400202
- Torgalsbøen, A. K., & Rund, B. R. (2010). Maintenance of Recovery From Schizophrenia at 20-Year Follow-Up: What Happened? *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 73*(1), 70-83. doi: 10.1521/psyc.2010.73.1.70
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ueland, T. (2008). Kognitiv funksjon og rehabilitering ved schizofreni. *Tidsskrift for norsk psykologforening, 45*(9), 1164-1168.
- Ververda, J. & Bjørnstad, M. J. (2018). Slik kan sykepleiere bedre helsen til personer med schizofreni. *Sykepleien, 106*(65895). doi: 10.4220/Sykepleiens.2018.65895

8.0 Vedlegg

8.1 Søketableller

Søketabell 1.

Chinal 11.01.2018	Søkeord (term)	Avgrensing (limit)	Resultat (antall)
Søk nr. 1	Schizophrenia	Published: 2008-2018	7.442
Søk nr. 2	Motivation	Published: 2008-2018	16.981
Søk nr. 3	Health promotion	Published: 2008-2018	29.295
Søk nr. 4	S1 AND S2 AND S3	Published: 2008-2018	7

Artikkelen «Participants' voices from within a healthy lifestyle group» skrevet av Park, Foster og Usher (2017) fant jeg på søk nr. 4. Søket ga 7 treff og denne artikkelen var nr. 2.

Søketabell 2.

Chinal 26.02.2018	Søkeord (term)	Avgrensing (limit)	Resultat (antall)
Søk nr. 1	Schizophrenia	Published: 2008-2018	7.442
Søk nr. 2	Diet*	Published: 2008-2018	66.789
Søk nr. 3	Health education	Published: 2008-2018	90.165
Søk nr. 4	S1 AND S2 AND S3	Published: 2008-2018	11

Artikkelen «The development and evaluation of a complex health education intervention for adults with a diagnosis of schizophrenia» skrevet av Bradshaw, Lovell og Campell (2010) fant jeg på søk nr. 4. Søket ga 11 treff hvor denne artikkelen var nr. 1.

Søketabell 3.

Chinal 01.03.2018	Søkeord (term)	Avgrensing (limit)	Resultat (antall)
Søk nr. 1	Serious mental illness	Published: 2008-2018	1.496
Søk nr. 2	Schizophrenia	Published: 2008-2018	7.442
Søk nr. 3	Nutrition	Published: 2008-2018	38.603
Søk nr. 4	S1 AND S2 AND S3	Published: 2008-2018	4

Artikkelen «Dietary intervention for people with mental illness in South Australia» skrevet av Bogomolova, Zarnowiecki, Wilson, Fielder, Procter, Itsiopoulos, O'Dea, Strachan, Ballestrin,

Chinal og Parletta (2016) fant jeg på søk nr. 4. På søket fikk jeg 4 treff hvor denne artikkelen var nr. 4.

Søketabell 4.

Chinal 02.03.2018	Søkeord (term)	Avgrensing (limit)	Resultat (antall)
Søk nr. 1	Severe mental illness	Published: 2008-2018	1.789
Søk nr. 2	Healthy	Published: 2008-2018	53.123
Søk nr. 3	S1 AND S2	Published: 2008-2018	55

Artikkelen «Enabling healthy living: Experiences of people with severe mental illness in psychiatric outpatient services» skrevet av Blomqvist, Sandgren, Carlsson og Jormfeldt (2018) fant jeg på søk nr. 3. Søket ga 55 treff og denne artikkelen var nr.1.

Søketabell 5.

Web of Science 05.03.2018	Søkeord (term)	Avgrensing (limit)	Resultat (antall)
Søk nr. 1	Collaboration	Published: 2008-2018	79.145
Søk nr. 2	Mental health	Published: 2008-2018	128.532
Søk nr. 3	Nursing	Published: 2008-2018	135.916
Søk nr. 4	Relation*	Published: 2008-2018	1.436.936
Søk nr. 5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Published: 2008-2018	64

Artikkelen «Collaboration between mental health consumers and nurses: Shared understandings, dissimilar experiences» skrevet av McCloughen, Gillies og O'Brien (2011) fant jeg på søk nr. 5. Søket ga 64 treff hvor denne artikkelen var nr. 55.