Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9-H-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	13-05-2022 09:00	**Termin:**	2022 VÅR
Sluttdato:	27-05-2022 14:00	**Vurderingsform:**	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSS9 1 H 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	432

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7761

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	35
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei

Høgskulen på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Livskvalitet hos pasienter med schizofreni.

Quality of life in patients with schizophrenia.

Kandidatnummer: 432

Sykepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 27.05.2022

Antall ord: 7761

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1*

Abstract

Title:
Quality of life in patients with schizophrenia

Background: While the majority of the Norwegian population express having a good quality of life, people with schizophrenia have difficulties with developing and maintaining good quality of life, due to the overwhelming symptoms that comes with the disease. To increase these patients' quality of life nurses, need to know what factors effect and promotes higher quality of life, and how they can use the therapeutic alliance as a tool to achieve that.

Aim: The aim of this thesis is to understand how nurses can use the therapeutic alliance as a method to help patients with schizophrenia achieve better quality of life.

Method: To gain more knowledge about the topic and to answer this thesis, I conducted a literature review. I started by reading syllabus literature and summarized the research I found. Then I collected additional research material by searching through selected databases and reading the ones I found interesting in detail. I analyzed and interpreted the findings and summarized them using a synthesis.

Results: Five research articles were included: two qualitative, to quantitative and one meta-analysis. These research articles were found in the following research databases: Cinahl, PubMed and PsycInfo. Research showed that a high-quality therapeutic alliance between the patient and the nurse, increased quality of life levels in patients with schizophrenia.

Conclusion: Patients with schizophrenia have difficulties with achieving and maintaining good quality of life, due to the sickness and its overwhelming symptoms. Research have shown that developing an insight to one's sickness, getting rid of positive and negative symptoms and establishing a strong therapeutic alliance, especially to nurses increased the quality-of-life levels significantly in patients with schizophrenia.

Innholdsfortegnelse

1.0 INTRODUKSJON 4

1.1 INNLEDNING 4
1.2 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA 4
1.3 PROBLEMSTILLING 5
1.4 BEGREPSAVKLARINGER 5
1.5 OPPGAVENS DISPOSISJON 6

2.0 TEORI 6

2.1 SCHIZOFRENI 6
2.1.1 Årsaker 7
2.1.2 Behandling i helsevesenet 7
2.2 LIVSKVALITET 8
2.3 DEN TERAPEUTISKE ALLIANSEN 8
2.4 SYKEPLEIETEORETIKER JOYCE TRAVELBEES MENNESKE- TIL MENNESKE FORHOLD 9

3.0 METODE 10

3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE 11
3.2 SØKEPROSESSEN 11
3.3 KILDEKRITIKK OG KRITISK VURDERING AV ARTIKLER 12
3.4 ANALYSE OG SYNTESE 12
3.5 KRITIKK AV METODE 13
3.6 ETISKE VURDERINGER 13

4.0 RESULTAT 14

4.1 LIVSKVALITET HOS PASIENTER MED SCHIZOFRENI 15
4.2 BETYDNINGEN AV DEN TERAPEUTISKE ALLIANSEN FOR LIVSKVALITETEN 15

5.0 RESULTATDISKUSJON 17

5.1 FORHOLD SOM PÅVIRKET LIVSKVALITETEN TIL PASIENTER MED SCHIZOFRENI 17
5.2 HVILKEN BETYDNING HAR DEN TERAPEUTISKE ALLIANSEN FOR LIVSKVALITETEN? 19
5.3 METODEDISKUSJON 21

6.0 KONKLUSJON 23

6.1 KONKLUSJON 23
6.2 VIDERE FORSKNING PÅ FELTET 24

7.0 REFERANSELISTE 25

8.0 VEDLEGG 28

1.0 Introduksjon

Denne oppgaven setter søkelys på hvordan sykepleier gjennom en terapeutisk allianse kan bidra til at pasienter med schizofreni kan oppnå økt livskvalitet. Dette kapittelet vil videre gi en presentasjon av innledning, bakgrunn for valg av tema, problemstilling, begrepsavklaring og oppgavens disposisjon.

1.1 Innledning

Majoriteten av befolkningen i Norge oppgir å ha god livskvalitet, men dessverre er det en høy andel av de med psykiske helseutfordringer som oppgir å ha dårlig livskvalitet (Folkehelseinstituttet, 2020, s.6). I stortingsmeldingen om nasjonal helse- og sykehusplan er ett av hovedmålene for 2020-2023 at livskvalitet skal vektlegges mer hos pasienter med psykiske lidelser i behandling. Dette skal de oppnå ved å ta i bruk tilstandsspesifikke forløp for tvangslidelser og alvorlige psykiske lidelser som psykoselidelser (Meld. St.7 (2019-2020), s.57-59).

I Norge finnes det omtrent 20 000 mennesker som i de siste tiårene lever med en alvorlig schizofreni diagnose (Snoek & Engedal, 2017, s.83). Omtrent halvparten av innleggelsene på ulike institusjoner i 2019 var pasienter som led av alvorlig schizofreni og stemningslidelser (Meld. St.7 (2019-2020), s.56). Schizofreni er regnet som den mest alvorlige lidelsen, da den gir nedsatt funksjonsevne og redusert livskvalitet (Aarre & Farshbaf, 2018, s. 108). Ifølge Folkehelseinstituttet (2020, s.10) er pasienter med schizofreni særlig utsatt for risikofaktorer som gir dårlig livskvalitet. Risikofaktorer som reduserer livskvaliteten er blant annet: dårlig psykisk helse, liten sosial omgang med andre, og enslighet (Folkehelseinstituttet, 2020, s. 10). Dersom denne pasientgruppen skal få bedre livskvalitet, må sykepleiere få økt kunnskap om hva som påvirker livskvaliteten til akkurat denne pasientgruppen. På bakgrunn av dette ønsker jeg å sette søkelys på hvordan sykepleiere kan fremme økt livskvalitet hos denne pasientgruppen. Jeg tenker at dette er et dagsaktuelt tema, som krever oppmerksomhet fra et sykepleiefaglig ståsted.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Pasienter med schizofreni er en pasientgruppe som sykepleiere møter i mange ulike deler av helsevesenet. Det er derfor særs viktig å ha fokus på hvordan en skal møte disse pasientene, og hvordan en skal arbeide sammen med dem for at behandlingen skal bli så vellykket som mulig. I psykiatripraksis fikk jeg observert akkurat hvor viktig det var å ha god terapeutisk allianse i bunn mellom pasienten og sykepleieren, og hvor stor innvirkning denne alliansen hadde for videre behandling. Flere av pasientene gav uttrykk for at de foretrakk å være sammen med sykepleiere som de hadde en eksisterende allianse med. Slik jeg observerte det virket det som om pasientene opplevde det som en ekstra trygghet å ha noen få utvalgte som de hadde en ekstra god kontakt med. Det kunne da være enten primær- eller sekundærkontakt, eller andre som ikke hadde en direkte rolle opp mot pasienten. Denne alliansen virket også positivt inn på pasientens utvikling i behandling og generelle livskvalitet. Derfor er det meget interessant og spesielt viktig å finne ut av hvordan sykepleiere gjennom en terapeutisk allianse kan bidra til å øke livskvaliteten hos pasienter med denne lidelsen.

Sykepleiere er en del av det helhetlige og betydningsfulle behandlingstilbudet som disse pasientene møter, og er en vesentlig faktor i bedringsprosessen (Hummelvoll, 2018, s.44). Om en ser ut fra et sykepleiefaglig perspektiv har dette teamet en stor sykepleiefaglig relevans. Siden begrepet livskvalitet er benyttet som en av målsettingene for psykisk helsevern i stortingsmeldingen om nasjonal helse-og sykehusplan for 2020-2023 (Meld. St.7 (2019-2020), s.57-59), så kan en se at problemstillingen som blir drøftet i denne oppgaven vil ha en sykepleiefaglig relevans i de nærmeste årene fremover.

1.3 Problemstilling

På bakgrunn av dette har jeg derfor kommet frem til følgende problemstilling:
«Hvordan kan sykepleier gjennom bruk av terapeutisk allianse bidra til at pasienter med schizofreni oppnår økt livskvalitet?»

1.4 Begrepsavklaringer

*Schizofren*i= Schizofreni beskrives som et syndrom av Helsedirektoratet (2013) da det ikke er en klart avgrenset sykdomstilstand. Diagnostiseringen foregår på bakgrunn av en samling av tegn og symptomer. Tilstanden fører med seg forstyrrelser i følelser, tanker og virkelighetsoppfatningen til pasienten. Sykdomsbildet kjennetegnes av perioder med

psykoser, vrangforestillinger, og hallusinasjoner. Samlet kan disse faktorene gjøre det vanskelig å håndtere hverdagen, og redusere livskvaliteten (Helsedirektoratet, 2013).

Terapeutisk alliance= Omtaler et positivt betinget samarbeid mellom pasienten og sykepleieren som bidrar til utviklingen av et emosjonelt bånd, som skal følge behandlingsmålet og bidra til en positiv forandring for pasienten (Bordin, 1979, referert i Karterud et al., 2017, s.419).

Livskvalitet= Handler om enkeltindividets opplevelse av å ha det godt, altså en subjektiv opplevelse (Hanestad & Wahl, 2003). Helsedirektoratet (2018) beskriver livskvalitet som «Et helhetsperspektiv på livet til enkeltmennesker og grupper og dekker grunnleggende komponenter som frihet, trygghet og fellesskap. Disse komponentene kan måles både subjektivt og objektivt» (Helsedirektoratet, 2018, s.2).

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er inndelt i 6 seksjoner: Innledning, teori, metode, resultat, diskusjon og konklusjon. Innledningen er presentert som seksjon 1. Videre i oppgaven kommer seksjon to som er teoridelen, hvor jeg presenterer relevant teori, som skal være med på å besvare oppgavens problemstilling. Deretter presenterer jeg metoden i seksjon 3 som er blitt brukt for å søke frem relevant pensum/forskning, avgrensinger og inklusjoner og kildekritikk. I seksjon 4 vil jeg presentere resultatet som kommer frem av forskningsartiklene som er plukket ut. I seksjon 5 vil problemstillingen bli drøftet i lys av forskning og teori som er inkludert i oppgaven. I seksjon 6 vil jeg kort konkludere oppgaven.

2.0 Teori

2.1 Schizofreni

Ordet schizofreni er av gresk opprinnelse og oversettes til: «et sinn som har gått i oppløsning» (Rund, 2005, s.30). Schizofreni er en psykisk lidelse som går inn under det vi betegner som psykoselidelser. En psykose er en tilstand hvor personens opplevelser og oppfatninger gjennomgår en realitetsbrist, noe som fører til at virkelighetsoppfatningen ikke er i tråd med hva andre mennesker rundt dem oppfatter (Gonzalez, 2020, s. 121). Schizofreni er betegnet som en alvorlig psykisk lidelse som påvirker både tanker, følelser og ens oppfattelse av verden. Slike symptomer kan føre til svekkelse i sosial fungering, og tilbaketrukkenhet. Det

vil også gi pasienten vansker med å etablere og holde på relasjoner i omgivelsene rundt dem (NHI, 2021).

I schizofreni beskrives ofte assosiasjonsforstyrrelser, affektavflating, ambivalens og autisme som de fire typiske grunnsymptomene i lidelsen. Videre skilles det mellom positive og negative symptomer. Positive symptomer omhandler symptomer som er lett gjenkjennbare blant andre, fordi de oppstår i tillegg til vanlige funksjoner. Dette kan for eksempel være vrangforestillinger, hallusinasjoner, følelsesutbrudd og tankeforstyrrelser. Negative symptomer viser til fravær av mentale funksjoner som: manglede utrykk for følelser, apati, tilbaketrekking og emosjonell avflatning. En kan også legge til livløs atferd og tristhet blant de negative symptomene. De fleste pasientene har en overvekt av negative symptomer ved sykdom, men noen positive symptomer kan også forekomme (Håkonsen, 2014, s. 360; Gonzalez, 2020, s. 122).

2.1.1 Årsaker

Det sies at årsaken til at et menneske utvikler schizofreni fortsatt er noe uklar. Det har tidligere blitt forsket på om familiemønstre kunne ha en innvirkning på utvikling av sykdommen. I dag derimot vektlegges de organiske faktorene, som arvelig ervervet biologisk og psykologisk sårbarhet, og de miljøbaserte risikofaktorene rundt den enkelte (Rund, 2016, s.36). Det blir også nevnt risikofaktorer som er knyttet opp mot svangerskap og fødsel, samt tidligere oppvekstforhold og minoritetsstatus. Inntak av illegale rusmidler i tidlig alder kan bidra til utvikling av psykoser, som igjen kan gi en økt risiko for utviklingen av sykdommen (Rund, 2016, s.36). Dersom en er arvelig disponert for sykdommen og utsettes for komplikasjoner under svangerskap eller fødsel, og deretter utsettes for traumatiske hendelser i barndommen eller inntak av rusmidler i ungdomstiden, vil dette kunne føre til økt risiko for utvikling av schizofreni som voksen (Gonzalez, 2020, s. 124-125).

2.1.2 Behandling i helsevesenet

Pasienter med schizofreni vil i perioder ha behov for behandling på institusjon. Bakgrunnen for innleggelse vil som oftest være nyoppståtte eller gjentakende psykotiske episoder. I starten vil behandlingen dreie seg om å stabilisere pasienten, og det ved å finne riktig type antipsykotika og korrigere eventuelle bivirkninger. Sykepleierens oppgave vil da være å fange opp og dokumentere plagsomme og mulige alvorlige bivirkninger. Siden sykdommen går gjennom ulike faser, må behandlingen tilpasses den enkelte. Det er sykepleieren som følger

pasienten tett gjennom de ulike stadiene av behandlingen og som tilrettelegger for en god behandlingshverdag. Pasienten vil etter hvert trenge bistand til å oppnå god livskvalitet, som er forenelig med deres sykdomsbilde og som de selv har vært med å tilpasse og forme (Gonzalez, 2020, s. 127). I denne oppgaven vil ikke fokuset ligge på pasienter som er i aktiv behandling, men heller gi en pekepinn på hvilken effekt bruken av terapeutisk allianse kan ha på livskvaliteten til denne pasientgruppen, uavhengig av hvor sykepleieren møter dem.

2.2 Livskvalitet

Livskvalitet omtales som et mangetydig begrep, hvorpå personens egen oppfatning av sin livssituasjon må ses i kontekst med den kulturen og det verdisystemet de lever i. En må også se en sammenheng mellom personens egne mål, interesser, normer og forventinger (Kristoffersen, 2016, s.55). Det nevnes i Nes (2019) at det å ha god livskvalitet kan relateres til det å ha en følelse av ro, mestring, glede, mening og fungering i hverdagen. Næss (Næss sitert i Rustøen, 2006, s. 17-19) legger større vekt på de følelsesmessige opplevelsene knyttet til begrepet livskvalitet. Her er det personens tanker og følelser som avgjør om livskvaliteten er god eller ei, og at begrepet livskvalitet må ses i lys av psykologien og den subjektive opplevelsen og ikke det materielle og objektive i livet.

Det refereres til fire hovedpunkter som utgjør om en person har det godt og har høy livskvalitet. Det første punktet omhandler det å være aktiv, det å ha livslyst, engasjement og interesser som en selv oppfatter som meningsfulle. Det andre punktet beskriver det å ha samhørighet. Altså det å ha kontakt, vennskap, lojalitet og en fellesskapsfølelse i det samfunnet vi lever i. Punkt tre omhandler selvfølelse. Det å ha føle seg vel som menneske, det å mestre og føle seg nyttig. Det siste punktet handler om det å ha en glede i bunn, det å ikke være avstengt/avskåret fra den ytre verden. Trygghet, glede, harmoni, velvære og lyst er sentrale begrep her, samt fravær av bekymringer, uro og angst (Næss sitert i Rustøen, 2006, s. 17-19).

2.3 Den terapeutiske alliansen

I følge Bordin (1994) kan man definere terapeutisk allianse som en samarbeidsrelasjon, den emosjonelle relasjonen som oppstår mellom en sykepleier og pasient. I teoretisk sammenheng benyttes begrepene allianse, relasjon og samarbeidsrelasjon om hverandre i faglitteraturen. I denne oppgaven vil jeg benytte meg av begrepet terapeutisk allianse. Alliansen består av ulike

prosesser som er avhengige av både sykepleieren og pasienten, og ikke bare kvaliteter hos sykepleieren selv. Alliansen består av tre komponenter: (1) enighet om mål, (2) enighet om metoder og teknikker for å nå disse målene og (3) et emosjonelt bånd som er preget av tillit, fortrolighet, varme og som oppmuntrer til et målrettet samarbeid mellom sykepleier og pasient (Bordin, 1994).

Målkomponenten i den terapeutiske alliansen handler om i hvor stor grad pasienten og sykepleieren er enige om målene for terapien. Her må sykepleieren være oppmerksom på pasientens sinntilstand, bakgrunn og hva pasienten har vansker med. Metode- og teknikk-komponenten forteller oss om pasienten er fortrolig med metodene og teknikkene som er valgt, og om pasienten opplever disse som troverdige. Den emosjonelle komponenten i alliansen måler den affektive kvaliteten på relasjonen mellom pasienten og sykepleieren. Den legger også stor tyngde på tillit, omsorg og engasjement mellom de to partene, og spesielt hos den profesjonelle. Alle tre komponentene er gjensidig avhengig av hverandre for at alliansen skal fungere. Det må her foreligge en grunnleggende psykologisk kontakt mellom den syke og sykepleieren. Kvaliteter som empati, annerkjennelse og ekthet er særs viktige trekk som sykepleieren må inneha. En sterk allianse mellom pasienten og sykepleieren vil ha positive utfall i pasientens behandling og livskvalitet (Bordin, 1994).

2.4 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbees menneske- til menneske forhold

Travelbee (2001, s. 160) beskriver sykepleie som en kontinuerlig prosess hvor man hjelper individet å mestre egen sykdom og lidelse. Et av de store målene med hennes teori er at en skal oppnå en terapeutisk relasjon, ved å hjelpe pasienten å mestre den situasjonen hun/han befinner seg i. Den profesjonelle sykepleieren sin oppgave er å etablere et menneske- til menneske-forhold. For å få til et slikt forhold, må både sykepleieren og pasienten se den andre som unike menneskelige individ, og ikke bare i rollene som de er tildelt. For å oppnå et slikt forhold, må en overskride disse grensene som rollene har gitt oss. Menneske- til menneske-forholdet er et virkemiddel som gjør det mulig å oppfylle det sykepleieren har som mål og hensikt, nemlig det å hjelpe et individ med å forebygge og/eller mestre sin egen sykdom og lidelse (Travelbee, 2001, s.171). Det finnes fire ulike faser som sykepleieren må gjennom for å utvikle et menneske- til- menneske- forhold: det innledede møtet, fremvekst av identiteter, empati og sympati og medfølelse (Travelbee, 2001, s. 186- 188).

I det innledende møtet er observasjon det viktigste verktøyet. De observasjoner og antagelser en sykepleier gjør seg vil danne grunnlaget for den videre interaksjonen med den syke. Som sykepleier skal en ikke bare gå ut ifra det inntrykket du skaper deg ved det første møtet, men ha evnen til å se endringer, skifte mening og evne å se det menneskelige i pasienten (Travelbee, 2001, s. 186- 188).

I fremvekst av identiteter utvikler en evne til å verdsette den andre som et unikt menneskelig individ. Tilknytning til den andre i relasjonen starter her. Både den syke og sykepleieren vil se på hverandre som noe mer enn bare enkelte roller og få innblikk i likheter, forskjeller og legge grunnlaget for empati videre i relasjonen (Travelbee, 2001, s. 188-192).

I empatifasen er det å ha evnen til å leve seg inn i og forstå den andre sin psykiske tilstand særs viktig. Sykepleieren må prøve å sette seg inn i den andre sin indre opplevelse på et gitt tidspunkt og klare å se fordi den ytre atferden til personen. Å kjenne på empati vil gi en opplevelse av å forstå den andre (Travelbee, 2001, s. 193).

I sympati- og medfølelsesfasen er hovedtrekket at en har et ønske om å lindre plager. Å gi uttrykk for sympati og medfølelse som sykepleier handler om å dele den syke sine plager, samt å avlaste den syke fra byrden med å stå alene i sykdommen. Betydningen kan vise seg både fysiologisk og psykisk, og det kan ha en innvirkning på den syke sin evne til å mobilisere mot sykdommen. En må også bruke det en får av feedback fra pasienten til å sette i gang faktiske og konstruktive sykepleietiltak. Først når en har vært gjennom de fire fasene, vil en kunne oppnå gjensidig forståelse og kontakt, og etablere det vi kaller for et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2001, s. 210-211).

3.0 Metode

Dalland (2020) beskriver metode som «... en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder.» (Dalland, 2020, s. 53). Grunngivningen for at en velger seg ut en spesifikk metode, er at en tenker den metoden egner seg best til å belyse den problemstillingen en har. I det kommende kapittelet vil jeg gjøre rede for litteraturstudie som metode, hvordan fremgangsmåten for litteratursøk så ut og hvordan denne anvendes for å svare på oppgavens problemstilling.

3.1 Litteraturstudie som metode

Jeg har valgt å skrive min oppgave som en litteraturstudie. En litteraturstudie baserer seg på det å samle inn kunnskap fra ulike skriftlige kilder, systematisere dem, vurdere dem med et kritisk blikk og sammenfatte det en har funnet (Thidemann, 2019, s. 77). Formålet er å gi leseren en forståelse av temaet som problemstillingen tar opp. En skal gjennom hele arbeidet ha en systematisk tilnærming og gjengi hvordan en har kommet frem til kunnskapen som presenteres i oppgaven (Thidemann, 2019, s. 77-78). Videre vil jeg gå innpå hvordan jeg har gått frem for å gjennomføre litteratursøket.

3.2 Søkeprosessen

Jeg har benyttet meg av verktøyet PICO, som hjalp meg å utarbeide en effektiv søkestrategi. PICO kan benyttes som et hjelpemiddel for å presisere en problemstilling, klargjøre hva en vil inkludere og ekskludere av materiale, og identifisere søkeord og begrep som tas i bruk når en gjennomfører søk (Thidemann, 2019, s. 82). De ulike bokstavene i PICO står for «*population, intervention, comparison and outcome».* Populasjon omhandler den aktuelle pasientgruppen som problemstillingen etterspør. Intervensjon spør om hva det er ved denne aktuelle pasientgruppen eller det spesifikke problemet du finner interessant. Sammenligning omhandler sammenligning av tiltak, mens utfall omhandler hvilke endepunkter eller utfall du ser etter (Thidemann, 2019, s. 82-83). Min problemstilling sammenligner ikke utfallet av forskningen med noe konkret, og derfor vil ikke C være omtalt i PICO- skjemaet (se vedlegg 1).

Jeg har gjennomført søk i databaser som vi har tilgang til gjennom studiet på Høgskulen på Vestlandet. Jeg har valgt å gjennomføre søk i følgende databaser: PsychINFO, CINAHL og PubMed. PsychINFO er en database med fagfellevurdert litteratur innen atferdsforskning og mental helse. CIAHL er en søkedatabase med litteratur om sykepleie og tilgrensede fag. PubMed er en internasjonal base med tilgang til tidsskrifter innen sykepleie, medisin og lignende (Høgskulen på Vestlandet, u.å.).

For å gjennomføre de ulike søkene ble de ulike søkeordene kombinert både med MeSH – ord, nøkkelord og med «AND» og «OR». Det ble fattet et bevisst valg om å utelate ordet «NOT» som en del av søkeordene, da dette kunne utelate relevant forskning. Søkene ble også avgrenset ved hjelp av inklusjons- og eksklusjonskriterier. Ved å ta i bruk inklusjons- og eksklusjonskriterier tydeliggjør en søket og avgrenser mengden av litteratur til noe som er mer

relevant for ens problemstilling/område (Thidemann, 2019, s. 88). Søket er forsøkt avgrenset med begrensing i språk, publikasjons år og om artiklene er fagfellevurdert. Se gjerne vedlegg 2 for inklusjons- og eksklusjonskriterier og vedlegg 3 for oversikt over søkene i de ulike databasene.

Fagfellevurdering ble ikke inkludert i søkene i Ovid-databasene, da dette ikke er mulig å gjennomføre i søkemotoren. Ovid i seg selv publiserer fagfellevurderte tidsskrifter. I PsychInfo og CINAHL ble dette valgt som et kriteria ved mine søk.
Som en del av søkeprosessen ble duplikater fjernet ved hjelp av verktøyet Zotero. Søkene fra alle databasene ble lastet ned og deretter ble duplikater fjernet. Hensikten med å fjerne duplikater er at ikke samme artikkel skal bli telt som et nytt treff flere ganger, men bare som ett treff. Det er noe som lett kan oppstå når forskjellige databaser kan gi treff på de samme artiklene. Når duplikatene ble fjernet endte den totale mengden av artikler på fem artikler. To kvalitative studier, to kvantitative studier og en systematisk oversikt.

3.3 Kildekritikk og kritisk vurdering av artikler

Kildekritikk omhandler det å vurdere og karakterisere litteraturen en velger å inkludere i oppgaven. Her vil relevans og gyldighet, samt det å vurdere om litteraturen kan brukes til å svare på problemstillingen slik den er formulert. En skal blant annet etterstrebe og bruke litteratur/forskning som er av nyere dato, og i den grad det er mulig anvende primærlitteratur (Dalland, 2020, s. 152). Kildene som er brukt i teoridelen av oppgaven er i stor grad hentet fra pensum, noe som gir en indikasjon på kvalitet. Forskningen som er anvendt i oppgaven er blitt vurdert for kvalitet og relevans opp mot temaet. Jeg har her også valgt å ta i bruk Helsebibliotekets(u.å.) sjekklister for å kritisk vurdere artiklene på en systematisk måte. Åtte artikler ble ekskludert på grunn av kvalitet etter vurderingen opp mot sjekklistene og at de ikke var like relevante for min problemstilling.

3.4 Analyse og syntese

En analyse av teksten innebærer å finne ut av hva teksten forteller. Det å lese teksten kritisk og reflektert, og tolke den for å forstå den (Thidemann, 2019, s. 92). Fremgangsmåten som ble tatt i bruk for å analysere materialet som ble funnet er hentet fra Thidemann (2019, s. 92-99). For å kartlegge og analysere hver artikkel, metoden som ble brukt, resultatet og kvalitetsvurderingen ble det anvendt en resultatmatrise. Det å analysere noe er å dele det opp,

identifisere, sammenligne, se likheter og forskjeller og sammenhenger (Thidemann, 2019, s.93). En syntese i en litteraturstudie er det en får etter å ha vurdert, analysert og tolket tekstene fra de ulike inkluderte artiklene og sammenfattet disse til en tekst som skal belyse problemstillingen (Thidemann, 2019, s.93). I min resultatdel har jeg benyttet meg av en slik syntesefremstilling, hvor jeg sammenfatter hovedtemaene som presenteres i de inkluderte forskningsartiklene. Inndelingen her tar for seg livskvalitet og betydningen av den terapeutiske alliansen for livskvaliteten.

3.5 Kritikk av metode

Litteraturstudie innebærer som tidligere nevnt ovenfor det å systematisere kunnskap som allerede finnes der ute. Litteraturstudier kan både være enkeltstudier som er primærlitteratur og systematiske oversikter som er sekundærlitteratur, hvor en sammenfatter resultater fra flere enkeltstudier. Likevel finnes det flere svakheter med litteraturstudie som metode. En litteraturstudie ser bare på et lite utvalg av artikler om et bestemt tema, og en kan derfor lett gå glipp av andre relevante artikler ved å ta i bruk litteraturstudie som metode. En annen svakhet kan være fortolkningsfeil, da ofte fordi artikler, tidsskrifter, bøker og databaser er på andre språk enn vårt morsmål og vi må ty til tolkning av innholdet (Thidemann, 2019, s. 78-80). I søkeprosessen har jeg leitet etter artikler som svarer på min konkrete problemstilling. Dette kan føre til at en bare leter etter artikler som gir en det svaret en allerede forventer å finne ut ifra problemstillingen- altså at en leter etter en bekreftelse på det en allerede vet. For å kvalitetssikre det litterære arbeidet har jeg derfor tatt i bruk Thidemanns (2019, s. 120-122) sjekkliste for oppgaveskriving. Dette for å sikre at alle sentrale elementer som hører med i en litteraturstudie er med, og som et godt verktøy for å kunne vurdere egen oppgave kritisk.

I sykepleiestudiet nevnes det flere ganger dette med å jobbe kunnskapsbasert. Med det menes det å ta faglige avgjørelser basert på forskningsbasert kunnskap som er innhentet systematisk, kunnskap som er erfaringsbasert og det å ta høyde for pasientens ønsker og behov i ulike situasjoner (Helsebiblioteket, u.å.). Det å jobbe kunnskapsbasert er svært viktig innen sykepleie, da det stadig kommer ny forskning som kan motbevise eller støtte opp under tidligere forskning. Derfor må alle sykepleiere holde seg oppdatert på ny forskning og selv bidra med ny forskning.

3.6 Etiske vurderinger

De etiske vurderingene handler om å tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet med bacheloroppgaven innebærer. Det er derfor viktig å være bevisst på dette som student. Om en skal gjennomføre empiriske undersøkelser må en ta hensyn til personvern, integriteten til personene og flere andre faktorer (Dalland, 2020, s. 167-168). Da denne oppgaven er en litteraturstudie, vil det derfor ikke bli gjennomført empiriske undersøkelser på denne måten. En skal likevel alltid følge nasjonale og internasjonale forskningsetiske prinsipp, som f.eks. Helsinkideklarasjonen, lovverk og Høgskulen sine interne etiske retningslinjer (Høgskulen på Vestlandet, 2021).

Videre er det flere aspekter en bør tenke gjennom ved gjennomføring av en litteraturstudie. Som forfatter er det særs viktig å være trofast mot primærkildene en bruker. Med det menes det å gjengi informasjonen på en objektiv og korrekt måte. En skal også vurdere de ulike kildene en inkluderer kritisk: ved å se om forfatterne av artiklene selv tok i bruk forskningsetiske kriterier sine undersøkelser/studier. Vi kan videre se på om artiklene er fagfellevurdert, da dette kan gi en indikasjon på kvalitet (Rienecker & Jørgensen, 2013, s. 139-143). Artiklene som er inkludert i denne oppgaven er fagfellevurderte.

Oppgaven bør være godt språklig utformet og det på en presis, entydig og forstående måte. Den skal også være objektiv, sammenhengende og faglig sterk. Det gjennomgående språket i oppgaven skal styrke troverdigheten i resultatet/ funnet, slik at leseren skal kunne stole på innholdet i teksten (Rienecker & Jørgensen, 2013, s. 261). Et hovedpoeng er også å ha avstand til kildene en velger å ta i bruk. Det skal krediteres der en har valgt å bruke kilder, og det må komme tydelig frem skillet mellom hva som kommer fra kilder og hva som eventuelt er din personlige mening (Rienecker & Jørgensen, 2013, s. 159-160). Jeg har i oppgaven brukt APA 7th som referansestil, jf. regler om oppgaveskriving på ved Høgskulen på Vestlandet.

4.0 Resultat

Resultatene er de funnene en finner i forskningen (Thidemann, 2019, s. 75). I dette kapittelet vil jeg sammenfatte resultatene fra forskningsartiklene som blir brukt i oppgaven til en syntese. Studiene jeg har funnet har ulike intervensjoner, og jeg ønsker derfor å belyse dem med utgangspunkt i livskvalitetsbegrepet og den terapeutiske alliansen mellom sykepleier og

pasient med schizofreni diagnose. Se gjerne vedlegg 5 for nærmere informasjon om de ulike artiklene.

4.1 Livskvalitet hos pasienter med schizofreni

Ifølge Hasan & Tumah (2018) var det å ha en innsikt i egen sykdom en viktig faktor for å øke livskvaliteten blant pasientene. Pasientene som hadde innsikt i sin egen sykdom forholdt seg bedre til konsekvensene som kom som følge av sykdommen og håndterte sin helhetlige livssituasjon bedre. Økt kunnskap om sykdommen kan ga pasientene en form for kontroll, økte forståelsen for viktigheten av behandlingen de mottok, som igjen økte livskvaliteten deres. Negative symptomer som avflating, tilbaketrekking og vansker med å vise følelser var faktorer som påvirket livskvaliteten på negativt vis. Positive symptomer som hallusinasjoner, vrangforestillinger og tankeforstyrrelser utgjorde ikke noe særlig spesiell effekt på livskvaliteten til pasientene i studien (Hasan & Tumah, 2018).

I studien til Desalegn et al., (2020) kom det frem at dårlig kontakt med andre mennesker, bidro til å redusere livskvaliteten til pasientene aller mest. Det ble også nevnt at positive og negative symptomer var like store bidragsytere når det gjaldt redusert livskvalitet. Spesielt ble de negative symptomene trukket ekstra frem. Disse symptomene hadde en stor innvirkning på pasientenes evne til å bo selvstendig, deres ADL fungering og evnen til å opprettholde sosiale aktiviteter og relasjoner. Tiltak som tok sikte på å fremme kontakt med andre, minske positive og negative symptomer var med på å øke livskvaliteten til pasientene (Desalegn et al., 2020).

I den kvalitative studien til Gunnmo & Bergmann (2011) ble pasientene selv bedt om å gjøre rede for hva de mente var viktigst for deres egen livskvalitet. Pasientene nevnte blant annet at det å få nok informasjon, ha en meningsfylt hverdag, ha trygge og gode relasjoner til fagpersoner, brukermedvirkning, praktisk bistand og kontinuitet i behandlingen var viktig for å øke livskvaliteten deres. Det å ha trygge, stabile og gode relasjoner til sykepleierne viste også seg å være en del av livskvalitetstolkningen til pasientene.

4.2 Betydningen av den terapeutiske alliansen for livskvaliteten

Girard et al. (2021, s. 297) beskrev at den terapeutiske alliansen bestod av en interaksjon mellom to individer, nemlig sykepleieren og pasienten. Hvor den ene ønsker å hjelpe og den

andre ønsker å bli hjulpet. Fundamentet i alliansen hviler på en gjensidig tillit og respekt mellom partene. Pasientene hadde behov for å føle at sykepleieren hadde et genuint ønske om å hjelpe dem, og at sykepleieren skulle være empatisk, ærlig, vennlig, ikke dømmende, og tilgjengelig for dem. Det er ikke til å utelukke at pasienter med schizofreni vil ha vansker med å holde på relasjoner i sin sykdomstilstand, ved symptomforverring. Derfor er det ekstra viktig at sykepleieren ser forbi diagnosen og ser den enkelte personen bak lidelsen. Sykepleieren skal være en forkjemper for å redusere stigma og få pasienten til å føle seg trygg. I følge Girard et al., (2021, s. 298) spiller sykepleieren en stor rolle i pasientens prosess mot bedring og tilfriskning. Jo sterkere alliansen mellom sykepleieren og pasienten er, jo lettere vil det være for pasienten å fullføre behandlingen. Alliansen vil kunne sørge for en bredere innsikt i egen sykdom og fremme bedringsprosesser (Girard et al., 2021, s. 298).

Ifølge Girard (et al., 2021, s. 296) var det flere egenskaper ved sykepleieren som bidro til opprettelse og opprettholdelse av den terapeutiske alliansen mellom pasienten og sykepleieren. En av disse var å vise empati ovenfor pasientene. Når sykepleieren klarte å kjenne på empati og formidle denne på en adekvat måte, så ville dermed sykepleieren lettere kunne sette seg inn i pasientenes bekymringer, perspektiver og dermed etablere en sterkere terapeutisk allianse. Vennlighet ble også beskrevet som en annen egenskap ved sykepleieren som styrket kvaliteten på alliansen. Når sykepleieren var vennlig med pasientene forsvant ofte følelser som uro, bekymring og utenforskap og ble erstattet med velvære, tilhørighet og engasjement. Vennlighet kunne utrykkes som smil, humor, en varm stemme og en ekteført interesse for pasientene og deres problemer (Girard (et al., 2021, s. 296). Girard et al. (2021, s.298) nevner at det ikke er tilstrekkelig å bare inneha teoretisk kunnskap om hvordan en skal skape og opprettholde en terapeutisk allianse. Sykepleieren har her et ansvar for å holde seg faglig oppdatert, samt støtte seg på kunnskapsbasert praksis innenfor tilnærmingsmetodikken (Girard et al., 2021, s.298).

Browne et al., (2021, s. 154-163) trekker også frem at den sterke alliansen har en betydning for pasientens aktive deltakelse i behandling. Den sterke alliansen førte til at pasientene sjeldnere valgte å avbryte behandlingen. Browne et al., (2021, s. 154-163) fremhever også i sin forskning at enighet mellom partene om hvilke mål og oppgaver som skal utføres ga et godt grunnlag for det videre samarbeidet mellom sykepleieren og pasienten i alliansen de skapte. Dette ville også fremme en felles mening med opplegget for begge parter. En høykvalitets allianse bedret de positive og negative symptomene hos pasienten. Sykepleiers

kritiske rolle var her å oppdage disse symptomene, kartlegge dem og ved å ta i bruk alliansen få bukt med disse symptomene. Browne et al., (2021, s. 154-163) nevner dette med at pasientene ville ha vansker med tilbaketrekking og manglende motivasjon. Dersom det forelå en god allianse mellom sykepleieren og pasienten, så kunne dette bekjempes av dem begge i unison. Alliansen ville også redusere fremtidige innleggelser, forbedre symptomer og øke ADL fungeringen til pasienten (Browne et al., 2021, s.154-163).

5.0 Resultatdiskusjon

Diskusjon omhandler betydningen av resultatene som er funnet, og hvordan disse resultatene samsvarer med problemstillingen (Thidemann, 2018, s. 78). I dette kapittelet vil jeg drøfte relevant litteratur og resultatene fra de fem forskningsartiklene. Hensikten med dette er å belyse problemstillingen min på en ryddig og strukturert måte.

5.1 Forhold som påvirket livskvaliteten til pasienter med schizofreni

Livskvalitetsbegrepet er som tidligere nevnt et meget omfattende og mangetydig begrep. I flere av definisjonene omtales begrepet som en subjektiv opplevelse, av det å ha det godt. Hva en legger i det å ha det godt, er svært ulikt for den enkelte. En opplevelse av å ha god livskvalitet må ses i sammenheng med personens egen oppfatning av sin livskvalitet, verdisystemet og kulturen de lever i. Det må da foreligge en sammenheng mellom personens mål, normer, interesser og forventinger (Kristoffersen, 2016, s.55). Ness (sitert i Rustøen, 2006, s. 17-19) definerer også livskvalitet som en subjektiv opplevelse, hvor personens følelser og tanker spiller inn på vurderingen om livskvaliteten er god eller dårlig. I studien til Gunnmo & Bergmann (2011) ble pasientene bedt om å gjøre rede for sin subjektive opplevelse av hvilke forhold i livet som hadde størst innflytelse på livskvaliteten deres. Følgende momenter ble trukket frem: det å ha en meningsfylt hverdag, kvalitetsfylte relasjoner til fagpersoner, kontinuitet i behandlingen og en god informasjonsflyt. Her vil altså den subjektive opplevelsen til den enkelte, av hvilke faktorer som påvirker livskvaliteten være styrende for hva som omtales som god livskvalitet (Gunnmo & Bergmann, 2011).

Selv om majoriteten i Norge oppgir å ha god livskvalitet, er pasienter med schizofreni særlig sårbare for risikofaktorene som gir dårlig livskvalitet. Sentrale risikofaktorer som liten kontakt med andre og enslighet hadde en særlig negativ innvirkning på livskvaliteten

(Folkehelseinstituttet, 2020, s.10). I studien til Desalegn et al., (2020) ble det også fremhevet at dårlig kontakt med andre reduserte livskvaliteten til pasientene aller mest. I konklusjonen kom de frem til at tiltak som tok sikte på å fremme kontakt med andre, økte livskvaliteten blant pasientene med schizofreni (Desalegn et al.,2020). Siden sykepleiernes oppgave er å tilrettelegge for en individuell behandling i de ulike stadiene av forløpet, vil det derfor være hensiktsmessig at sykepleieren i samarbeid med pasienten setter opp konkrete mål og tiltak, som kan hjelpe pasienten å oppnå økt kontakt med andre og minske ensligheten (Gonzalez, 2020, s. 127). Dette kan også ses i lys av den terapeutiske alliansen, hvor enighet om mål og tiltak, er grunnpilarer i alliansesamarbeidet mellom sykepleier og pasient (Bordin, 1994). Travelbee (2001, s. 160) skriver også om at sykepleieres oppgave er å opprette konkrete mål og tiltak, som har til hensikt å hjelpe individet med å forebygge og mestre egen sykdom.

Folkehelseinstituttet (2020, s.10) nevner at en av risikofaktorene for redusert livskvalitet er redusert psykisk helse. Som tidligere nevnt vil positive og negative symptomer ha en påvirkning på livskvaliteten til mennesker med schizofreni. Positive symptomer som hallusinasjoner, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser, følelsesutbrudd, samt negative symptomer som manglende følelsesuttrykk og apati vil gjøre det vanskelig for pasienter å fungere i dagliglivet, og dermed redusere livskvaliteten deres (Håkonsen, 2014, s. 360; Gonzalez, 2020, s. 122). Desalegn et al., (2020) fremhevet de negative symptomer spesielt, som forhold som påvirket livskvaliteten nesten like mye som dårlig sosial omgang med andre. Hasan & Tumah (2018) trakk også frem negative symptomer som størst utslagsgivende for livskvaliteten til pasientene. Symptomene hadde ringvirkninger på pasientenes evne til å være selvstendig i boligsituasjoner, deres generelle ADL fungering og deres evne til å opprettholde relasjoner (Desalegn et al., 2020). Her vil derfor sykepleierens observasjonsevner være svært viktige for å fange opp og kartlegge disse symptomene, samt å sette inn tiltak for å bekjempe symptomene (Gonzalez, 2020, s. 127). Travelbee (2001, s.171) nevner at en av sykepleierens viktigste oppgaver er å forebygge lidelse. En kan lett se for seg at slike invaderende symptomer kan skape lidelse hos pasienten. Jo sterkere alliansen mellom sykepleier og pasient er, jo lettere vil det være for sykepleieren å oppdage disse symptomene, da pasienten vil dele mer av sine opplevelser (Travelbee, 2001, s.171). Dette er også et faktum som Bordin (1994) også understreker, hvor en sterk allianse vil ha positive utfall hos pasienten.

I studien til Hasan & Tumah (2018) kom det frem at det å ha innsikt i egen sykdom, var en avgjørende faktor for økt livskvaliteten hos schizofrene pasienter. Pasientene kunne da lettere

kjenne igjen alvorlige symptomer, legge merke til forverring og oppsøke hjelp tidligere. Den økte kunnskapen og forståelsen bidro til at pasientene forstod behandlingen de gikk gjennom og nødvendigheten av denne (Hasan & Tumah, 2018). Dette kan ses i lys av Nes (2019), som sier at det å ha en følelse av ro, mestring, og fungere i hverdagen, er synonymt med det å ha god livskvalitet. Ifølge Joyce Travelbee (2001, s 210-211) skal sykepleieren skal jobbe kunnskapsbasert og ha en terapeutisk tilnærming til pasientens problem og sette i gang korrekte sykepleietiltak. Bordin (1994) nevner at en av oppgavene til sykepleieren i den terapeutiske alliansen er å være oppmerksom på pasienten sinntilstand og bakgrunn. Ved å kartlegge disse forholdene, vil sykepleieren måtte tilpasse hvilken informasjon som er nødvendig å gi for at pasienten kunne oppnå økt kunnskap og innsikt i egen sykdom. Ved å øke pasientenes sykdomsinnsikt, vil pasientene lettere kunne gjenkjenne og mestre symptomer og oppsøke hjelp, noe som vil kunne gi dem en følelse av mestring, ro og fungering i hverdagen (Travelbee, 2001, s. 210-211).

5.2 Hvilken betydning har den terapeutiske alliansen for livskvaliteten?

Bordin (1994) beskriver den terapeutiske alliansen som en samarbeidsrelasjon, som følge av den relasjonen som oppstår mellom sykepleieren og pasienten. Både Girard et al. (2021, s.297) og Travelbee (2001, s.160) skriver at alliansen består av to individer, nemlig sykepleieren og pasienten. Alliansens fundament må hvile på en gjensidig tillit og respekt mellom partene, om den skal ha en funksjon (Girard et al. (2021, s. 297). Sykepleiers rolle var definert som den hjelpende og pasientens rolle var den mottakende parten av hjelpen. Travelbee (2001, s 160) omtaler at hovedmålet med det terapeutiske arbeidet er å oppnå en terapeutisk relasjon mellom pasient og sykepleier, samt å hjelpe individet i å mestre egen sykdom og lidelse. Både Bordin (1994) og Browne et al., (2021, s. 154-163) fremhever at enighet mellom sykepleier og pasient om hvilke mål og oppgaver som skal utføres, vil skape et godt grunnlag for den terapeutiske alliansen mellom partene. Tydelige mål som er utarbeidet av begge partene i unison, vil fremme en følelse av en felles mening for begge parter (Browne et al., 2021, s. 154-163). En kan se dette i sammenheng med beskrivelsen til Næss (sitert i Rustøen, 2006, s. 17-19) om livskvalitet, hvor det kjennes på en følelse av nyttighet og mestring, vil kunne øke livskvaliteten. En kan tenke seg at enighet om mål og oppgaver som skal gjennomføres mellom sykepleieren og pasienten kan gi nettopp dette.

Det å etablere og holde på relasjoner kan som tidligere nevnt i oppgaven være utfordrende for pasienter med schizofreni, grunnet symptomene ved lidelsen. Svekkelse i sosial fungering, og tilbaketrukkenhet, er forhold som påvirker livskvaliteten til pasientene (NHI, 2021). Derfor kan det å etablere en terapeutisk allianse være en utfordring. Girard et al. (2021, s. 297) fremhever også i sin forskning at denne pasientgruppen i perioder vil streve med å holde på relasjoner i sin sykdomstilstand, ved symptomforverring. I studien til Browne et al., (2021, s-154-163) nevnes det at negative symptomer som tilbaketrekking og manglede motivasjon vil gjøre relasjonsarbeidet utfordrende for sykepleieren. Disse forholdene bidro til at pasientene opplevde nedsatt fungering i det daglige, og derfor fikk redusert livskvalitet (Aarre & Farshbaf, 2018, s.108). Desto viktigere er det at sykepleieren ikke bare ser diagnosen og symptomene, men selve individet bak diagnosen (Girard et al., 2021, s. 297). Dette er også noe som går igjen hos Bordin (1994) og Travelbee (2001), hvor begge påpeker at en må se vekk fra diagnosen, og heller søke etter å bli kjent med pasienten som et unikt individ. Her vil sykepleierens arbeid mot å styrke individet, og hjelpe den enkelte i å mestre sin egen sykdom og lidelse være særs viktig (Travelbee, 2001, s.171).

I følge Girard et al. (2021, s.298) vil den terapeutiske alliansen mellom sykepleier og pasient spille en stor rolle mot pasientens bedring og tilfriskning. Dette kan og ses i sammenheng med teorien til Bordin (1994), hvor det å opprette et sterkt emosjonelt bånd mellom sykepleieren og pasienten, oppmuntrer til et godt samarbeid, gir gode behandlingsutsikter og øker livskvaliteten. Desto sterkere alliansen er jo lettere er det for pasienten å fullføre behandlingen, samt å oppnå økt innsikt i egen sykdom. Alliansen vil fremme bedringsprosesser hos pasienten, som igjen vil ha en positiv innvirkning på pasientenes livskvalitet (Girard et al., 2021, s. 298). Brown et al. (2021, s 156) trekker også frem at en sterk allianse har en stor betydning for pasientens deltakelse i behandling. Ifølge studien valgte pasientene å avbryte behandlingen sjeldnere når de hadde en sterk allianse med fagpersonene i behandling. Den gode alliansen dempet og bedret de positive og negative symptomene hos pasienten. Den gode kvaliteten på alliansen reduserte fremtidige innleggelser og økte ADL funksjonen hos pasientene (Brown et al., 2021, s. 156). Dette påpekte også pasientene i studien til Gunnmo & Bergmann (2011), hvor de la tydelig vekt på at gode relasjoner til fagpersoner var en viktig faktor mot økt livskvalitet.

Girard et al., (2021, s 296) skrev i studien sin at de kunne karakterisere enkelte egenskaper ved sykepleieren som spesielt viktige for etableringen og opprettholdelsen av alliansen.

Pasientene pekte på at sykepleieren burde være ærlig i sin fremtoning, tilgjengelig når pasienten hadde behov for dette, utvise empati der hvor dette trenges og ha et brennende ønske om å hjelpe dem.Når sykepleieren utviste empati ovenfor pasientene, så ville sykepleierens evne til å sette seg inn pasientens ståsted, fremheve en sterkere terapeutisk allianse. En annen egenskap ved sykepleieren som avgjorde kvaliteten på alliansen var vennlighet. Følelser som bekymring, uro og utenforskap forsvant når sykepleieren var vennlig med pasientene. Følelsene ble da erstattet med engasjement, tilhørighet og velvære hos pasienten (Girard et al., 2021, s. 298). Bordin (1994) og Travelbee (2001, s. 193) skriver også at sykepleieren blant annet må inneha kvaliteter som empati, ekthet og evnen til å utvise annerkjennelse for pasienten. Å dele den syke sine plager, samt å avlaste pasienten fra byrden om å stå alene i sykdommen beskriver Travelbee (2001, s. 210-211) som det å gi utrykk for sympati og medfølelse. Det å dele plagene med sykepleieren kunne ha en fysiologisk og psykisk betydning for pasienten, samt at det gjorde pasienten mer mobilisert mot sykdommen (Travelbee, 2001, s. 210-211). For pasienten kan det å dele slik informasjon føre til en følelse av samhørighet, det å stå sammen med noen om plagene. Hvor dette igjen kan være med å påvirke livskvaliteten til pasienten (Næss sitert i Rustøen, 2006, s. 17-19).

5.3 Metodediskusjon

En litteraturstudie er en metode hvor en tar utgangspunkt i å anvende andre sitt arbeid. Når en tar i bruk andre sitt arbeid, må det da fortolkes og da kan det lett forekomme fortolkningsfeil. Derfor er det svært viktig når en benytter seg en litteraturstudie, at en har en god evne til kritisk vurdere det en velger å inkludere (Thidemann, 2019, s. 78). Jeg har derfor valgt å benytte meg av Helsebibliotekets sjekklister, for å kritisk vurdere artiklene jeg har inkludert i studien. Jeg har inkludert både primær- og sekundærlitteratur i oppgaven min. To av studiene er kvalitative, to er kvantitative og den siste er en systematisk oversikt. De systematiske oversiktene er gruppert under det vi kaller for sekundærlitteratur, da de baserer seg på flere enkeltstudier (Thidemann, 2019, s. 78). Jeg har i min litteraturstudie valgt å inkludere en svensk, to amerikanske, en etiopisk og en jordansk studie, hvor alle er oversatt til engelsk. Studiene har blitt oversatt fra engelsk til norsk, for å kunne anvendes i oppgaven. Selv om jeg behersker engelsk godt, kan allikevel min tolkning ha påvirket min evne til å forstå funnene.

Gjennom hele denne prosessen har jeg vært bevisst over de valg som er blitt gjort underveis, og hvordan de eventuelt har påvirket de funnene mine. Valg av søkeord, databaser og

inklusjon- og eksklusjonskriterier kan ha påvirket utfallet av søket mitt. Jeg har valgt å bruke kjente sykepleiefaglige databaser, for å finne den mest relevante litteraturen og som på best mulig måte kan besvare min problemstilling. Søk i andre databaser enn de jeg har valgt, kunne ha gitt meg andre treff. Søkeordene og inklusjons- og eksklusjonskriterier jeg har valgt er kommet av min kunnskap om temaet fra før, og vil kanskje påvirke litteraturen jeg finner. Som tidligere nevnt har jeg også tatt i bruk MeSH- ordboken for å komme frem til relevante søkeord. For å tydeliggjøre og avgrense søket er det blitt brukt inklusjons- og eksklusjonskriterier, se vedlegg 2 (Thidemann, 2019, s.83). Søket etter litteratur er avgrenset etter publikasjonsår, da jeg ønsket å inkludere den nyeste forskningen som fantes der ute. Jeg har inkludert forskning fra og med 2011-2022. Da denne oppgaven har en begrensning med tanke på omfang, kan det hende at jeg har gått glipp av litteratur som hadde vært relevant og tatt med i oppgaven.

Jeg opplevde at det var noe utfordrende å finne nok artikler som passet perfekt til min problemstilling og mine kriterier. I artikkelen til Gunnmo & Bergmann (2011) ble begrepet velvære brukt synonymt med begrepet livskvalitet. Det ble også i studien kun inkludert 6 kvinner og en mann i en alder av 33-66 år, noe som ikke passet ypperlig med mine inklusjons-og-eksklusjonskriterier. Artikkelen til Girard et al. (2021) handlet bare en av de tre casestudiene om den terapeutiske alliansen mellom en pasient med schizofrenidiagnose og en sykepleier. Selv om ikke alle inklusjon- og eksklusjonskriteriene klaffet, valgte jeg allikevel å inkludere disse artiklene på bakgrunn av relevans opp mot min problemstilling. Selv om jeg har vurdert alle studiene som er tatt med i oppgaven til å være av god kvalitet, kan det alltid finnes svakheter ved dem. Det kan diskuteres om forfatternes inklusjons- og eksklusjonskriterter har vært hensiktsmessige, og om livskvalitet og terapeutisk allianse er likt forstått blant forfatterne. Det er flere faktorer som kan ha vært avgjørende for resultatet: om det foreligger en heterogenitet i populasjonen, kan tiltakene ha virket inn på resultatene og om deltakerne har hatt de riktige verktøyene til å vurdere sine svar. Se litteraturmatrise i vedlegg 3 for nærmere informasjon om de ulike artiklene.

6.0 Konklusjon

En konklusjon har til hensikt å svare på hva en har funnet ut om problemstillingen en har valgt seg ut (Thidemann, 2016, s.71). I dette kapittelet skal jeg oppsummere resultatene og se på hvilken betydning dette kan ha for videre praksis.

6.1 Konklusjon

I denne litteraturstudien har jeg utforsket hvordan sykepleier gjennom en terapeutisk allianse kan påvirke livskvaliteten til pasienter med schizofreni. Den terapeutiske alliansen viste seg å være svært verdifull for pasientenes deltagelse i behandling. Alliansen hadde en stor påvirkning for pasientenes bedring- og tilfriskningsprosess. Forskningen viste at den terapeutiske alliansen bidro til økt livskvalitet, ved at pasientene fikk økt innsikt i egen sykdom som igjen gav pasientene en følelse av kontroll, økt forståelse for konsekvenser som kom som følge av sykdommen og at de lettere kunne håndtere sin livssituasjon. Dette økte også deres forståelse av hvorfor behandlingen de mottok var så viktig. Det ble også trukket frem at det å bekjempe positive og negative symptomer økte også livskvaliteten til pasientene betraktelig. Tiltak som tok sikte på å øke sosial kontakt med andre, gav også en økning i livskvalitet hos denne pasientgruppen. Pasientene beskrev også selv hva som var viktigst for dem, når det kom til livskvalitet. Pasientene etterlyste nok informasjon, en meningsfylt hverdag, gode relasjoner til fagpersoner, brukermedvirkning og kontinuitet i behandling som livskvalitetsøkende faktorer.

Siden mennesker med schizofreni er en pasientgruppe sykepleiere vil møte på ulike steder i helsevesenet, er det derfor sentralt at sykepleieren har nok kunnskap om hvordan en skal møte og jobbe sammen med disse pasientene på best mulig måte. Forskningen om den terapeutiske alliansen viste at sykepleiers rolle inn mot pasientens bedring var svært verdifull. Sykepleieren må derfor jobbe med å kartlegge den enkelte pasientens behov og ønsker, styrker og svakheter og fange opp plagsomme symptomer og bivirkninger. Behandlingen må tilpasses den enkelte, og tilpasses etter hvilket stadium pasienten befinner seg i. Derfor er sykepleiere en av de viktigste faggruppene, som vil jobbe tettest opp mot denne pasientgruppen i helsevesenet i årene som kommer.

6.2 Videre forskning på feltet

Da livskvalitet er en subjektiv opplevelse er behovet for nyere forskning meget aktuelt. Menneskers behov endrer seg kontinuerlig og dermed vil også deres oppfatning av livskvalitet forandre seg. Jo mer forskning som gjennomføres på livskvalitet hos schizofrene, jo lettere vil det være å få et mer helhetlig og sammensatt inntrykk av hvilke faktorer som påvirker livskvaliteten til disse pasientene. I den videre forskningen hadde det også vært interessant å se nærmere på hvor stor effekt den terapeutiske alliansen faktisk på livskvaliteten til denne pasientgruppen, og hvilken betydning det har for den enkelte. Sykepleiere vil i fremtiden trenge mer spesifisert kunnskap om samhandlingen med schizofrene pasienter, hvordan de kan bidra til å øke livskvaliteten deres og hvordan man yter aller best helsehjelp for akkurat denne pasientgruppen.

7.0 Referanseliste

Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. I A. O. Horvarth & L. S. Greenberg (Red), *The working alliance. Theory, research, and practice* (s. 13-37). New York: John Wiley.

Browne, J., Wright, A., Berry, K., Mueser, K.T., Cather, C., Penn, D & Kurtz, M. (2021). The alliance- outcome relationship in individual psychisoscial treatment for schizophrenia and early psychosis: A meta- analysis. *Schizophrenia Research,* 231, 154-163. https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.04.002

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7 utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Desalegn, D., Girma, S., & Abdeta, T. (2020) Quality of life and its association with psychiatric symptoms and socio-demographic characteristic among people with schizophrenia: A hospital- based cross- sectional study. *Plus One, 15(2),* 1-15. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229514

Folkehelseinstituttet. (2020, 15. september). *Fra Nord til Sør: Livskvalitet i Norge i 2019.* (Rapport 2020, ISBN 978-82-8406-113-9). https://www.fhi.no/contentassets/21c14cb7d5924b779a0d6e26c4064af4/livskvalitet-i-norge-2019-rapport.pdf

Gonzalez, M., T. (2020). *Psykiske lidelser- faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver.* Gyldendal Norsk Forlag AS.

Gunnmo, P. & Bergmann, H.F. (2011). What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 6(1).* https://doi.org/10.3402/qhw.v6i1.5412.

Håkonsen, K., M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser.* Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hanestad, B. R. & Wahl, A. K. (2003). Til nytte eller fånytte – livskvalitet som mål for behandling, pleie og omsorg. *Sykepleien*, *91 (15):*34-36. https://sykepleien.no/forskning/2009/03/til-nytte-eller-fanytte-livskvalitet-som-mal-behandling-pleie-og-omsorg

Helsebiblioteket. (u.å.) *Kunnskapsbasert praksis.* Hentet 26.mai 2022 fra https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis

Helsebiblioteket. (u.å.) *Sjekklister*. Hentet 26.mai 2022 fra https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Helsedirektoratet. (2013, Juni). *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser.* https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppfølging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20–%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-

9e9e6002c514:643b749f68005e7572f8e70b242c0f0af6f17910/Utredning,%20behandling%20og%20oppfølging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20–%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf

Helsedirektoratet. (2018, 27. august). *Livskvalitet- Anbefalinger for et bedre målesystem.* (Rapport 2018, IS-2727). https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/livskvalitet-anbefalinger-for-et-bedre-malesystem/Livskvalitet%20–%20Anbefalinger%20for%20et%20bedre%20målesystem.pdf/_/attachment/inline/e6f19f43-42f9-48ce-a579-2389415a2432:8d0fbf977b7dbd30e051662c815468072fb6c12c/Livskvalitet%20–%20Anbefalinger%20for%20et%20bedre%20målesystem.pdf

Høgskulen på Vestlandet. (2021, 06. desember). *Rettleiar for bacheloroppgåva ved fakultet for helse- og sosialvitskap (FHS).* Hentet 26. mai 2022 fra https://www.hvl.no/student/eksamen/heimeeksamen-og-oppgaveskriving/rettleiar-for-bacheloroppgava-ved-fhs/

Høgskulen på Vestlandet. (u.å.) *Søk etter fagressurser*. Hentet 26. mai 2022 fra https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/?typer=Forskingsdata

Hummelvoll, J. K. (2018). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7.utg.). Gyldendal akademisk.

Juklestad, S. I. & Aarre, T. F. (2018). Bredden i det psykiske helsearbeidet. I T. F. Aarre (Red.), *Psykiatri for helsefag* (s. 55-64). Fagbokforlaget.

Karterud, s., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2017). *Personlighetspsykiatri.* (2.utg). Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N. J. (2016) Helse og sykdomsutvikling og begreper. I.G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie-fag og funksjon* (s. 29-79). Gyldendal Akademisk.

Meld. St.7 (2019-2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Helse- og omsorgsdepartementet. https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf

Nes, R. B. (2019, 23. September). *Fakta om livskvalitet og trivsel.* Folkehelseinstituttet. https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/

NHI (2021, 20 .april). *Schizofreni, en oversikt.* Hentet 26.mai 2022 https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/schizofreni/schizofreni-oversikt/

Norsk folkehelseinstitutt. (2016). Livet med schizofreni: Erfaringer fra mennesker med diagnosen. Hentet 25.05.2022 fra: https://www.fhi.no/publ/eldre/livet-med-schizofreni.-erfaringer-f/

Rienecker, L. & Jørgensen, P.S. (2013). *Den gode oppgaven. Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole.* (2.utg.). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Rund, B., R. (2005). *Schizofreni.* Hertervig Forlag Akademisk.

Rund, B., R. (2016). *Schizofreni*. Hertervig Forlag Akademisk.

Rustøen, T. (2006). *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?* Gyldendal Akademisk.

Snoek, J., E. & Engedal, K. (2017). *Psykiatri: for helse- og sosialfagutdanningene.* Cappelen Damm.

Thidemann, I., & Thidemann, Maria Uraiwan. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utgave. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (2001)..*Mellommenneskelige forhold i sykepleie.* Gyldendal Norsk Forlag AS.

8.0 Vedlegg

Vedlegg 1: Pico

Din problemstilling:

«Hvordan kan sykepleier gjennom bruk av terapeutisk allianse bidra til at pasienter med schizofreni oppnår økt livskvalitet?»».

	P – patient/problem Hvilke pasienter, tilstander og sykdommer dreier det seg om.	I – intervensjon Hvilken intervensjon og eksposisjon dreier det seg om?	C – sammenligning Hva sammenlignes intervensjonen med?	O – utfall Hvilke resultat og effekter er av interesse?
Norsk	Pasienter med schizofreni	Hvordan sykepleier kan bidra til å øke livskvaliteten hos schizofrene ved bruk av terapeutisk allianse.		Økt livskvalitet hos mennesker med schizofreni.
MeSH ord	Schizophrenia Mental Illness	Therapeutic Alliance Quality of life		Therapeutic Alliance Quality of life
Søkeord	- Schizophrenia - Mental illness	- Therapeutic Alliance - Quality of life - Nurse- patient relations		- Therapeutic Alliance - Quality of life - Nurse- patient relations - Schizophrenia

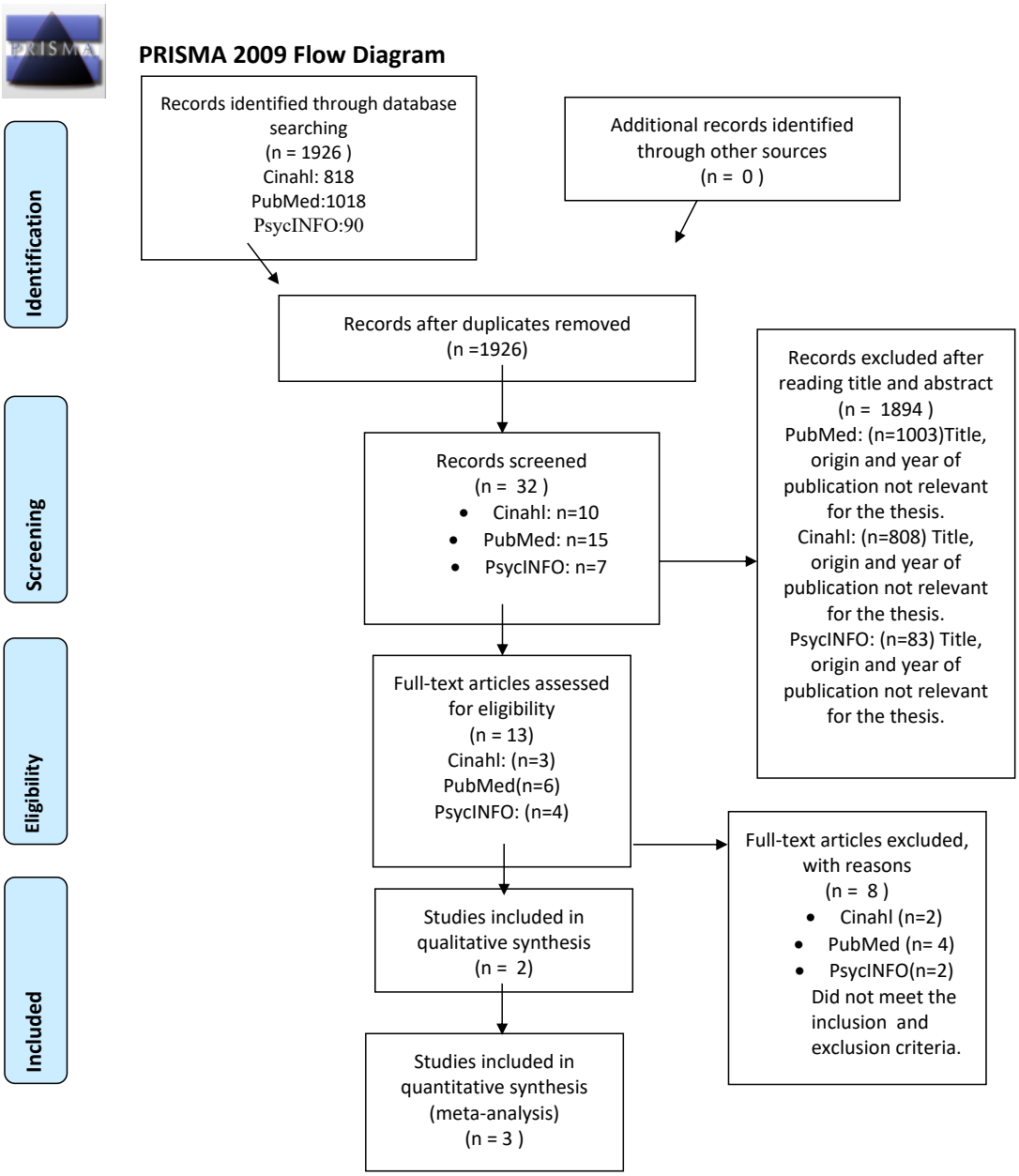
Vedlegg 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

	Inklusjonskriterier	**Eksklusjonskriterier**
Publikasjonstype	Forskningsartikkel Systematisk oversikt Fagfellevurdert Tilgjengelig i fulltekst	Fagartikkel
Publikasjons år	2011-2022	Eldre enn 2011
Språk	Engelsk Skandinavisk	
Populasjon	Pasienter med schizofrenidiagnose som er over 18 år, men ikke eldre enn 60. Både kvinner og menn/ jevn fordeling	Pasienter under 18 år og over 60 år. Andre psykiske lidelser.
Intervensjon	Ikke-farmakologiske sykepleietiltak	Farmakologiske tiltak Tiltak som ikke kan utføres av sykepleier eller tiltak som utføres av andre profesjoner
Studiedesign	Kvantitative studier Kvalitative studier Systematiske oversikter	
Utfall	Livskvalitet Terapeutisk allianse Sykepleier-pasient relasjon Ikke-farmakologiske sykepleietiltak	

Vedlegg 3: Søkehistorikk

Database	Dato	Søkeord og kombinasjoner	Avgrensinger	Treff	Leste abstrakt	Leste artikler i fulltekst	Artikler inkludert
PsycINFO	11.04.22	Schizophrenia AND Theapeutic alliance OR Nurse-patient relations	Publisert: 2011-2022	90	7	4	2
CINAHL	17.04.22	Schizophrenia AND Quality of life AND Theapeutic alliance OR Inpatients OR Well-being	Publisert: 2011-2022	818	10	3	2
PubMed	02.05.22	Schizophrenia AND Quality of life AND Therapeutic - Alliance OR Nurse-patient relations	Publisert: 2015-2022	1018	15	6	1

Vedlegg 4: PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). *P*referred *R*eporting *I*tems for *S*ystematic Reviews and *M*eta-*A*nalyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

Vedlegg 5: Litteraturmatrise

Metode	**Resultat**

Artikkel	Årstall	Studiedesign	Utvalg/størrelse	Intervensjon	Funn	Konklusjon	Relevans/ overføringsverdi
1 Gunnmo, P. & Bergman, H.F (2011). *What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being* *Sverige*	2011	Kvalitativ studie	Syv pasienter med schizofrenidiagnose (diagnostisert til DSM- IV, kriterier), ble intervjuet. Syv deltakere i studien, 6 kvinner og en mann i aldersgruppen 33-66 år.	Hensikten med studien var å få bredere kunnskap om hva mennesker med schizofreni trengte for å øke livskvaliteten. Intervjuet startet med informasjon om studien og prosessen. Pasienten fortalte deretter om: alder, diagnose, første treff med psykisk helsevern, bosted og arbeid. En utforskende tone ble brukt, samt det å stille åpne spørsmål. Oppfølgingsspørsmål ble tilpasset den enkelte og deres historie. Intervjuene varte i en time.	Pasientene understreket viktigheten av å få nokk informasjon om sin diagnose, både for seg selv, for familien og for samfunnet ellers. Det å ta del i sosiale aktiviteter og ha et meningsfullt arbeid la deltakerne stor vekt på. Gode og trygge relasjoner til fagpersoner, med vektlegging på	Deltakerne som ble intervjuet beskrev deres behov for hjelp, når det kom til velvære i deres situasjon. Ord som «being» «belonging» og «becoming» var sentrale.	En relevant studie for videre sykepleieutøvelse, da pasientene oppgav subjektivt hva de mente var viktig for å øke velvære i livene sine. Studien kan gi oss informasjon om hvordan vi kan tilrettelegge for best mulig behandling, for den enkelte pasienten. Da en bruker pasientenes egne erfaringer i studien, kan disse anvendes i faget til å hjelpe

					brukermedvirkning og kontinuitet. Behov for støtte, veiledning mot det selvstendige liv gjennom økonomi og praktisk bistand.		mennesker med akkurat denne diagnosen mot et bedre liv til tross for de utfordringene de har.
2. Hasan, A. A. & Tumah, H. (2018). *Determinants of quality of life among people diagnosed with schizophrenia at outpatient clinics. Perspectives in psychiatric care,* 55(1), 30-39. *Jordan*	2018	Tversnittstudie/ kvantitativ studie	157 pasienter med schizofrenidiagnose, som ble behandlet ved poliklinikker.	Hensikten med studien var å finne ut hvilke faktorer som påvirket livskvaliteten til pasientene som ble behandlet ved poliklinikker. Alle ble intervjuet i forkant for å avklare egnethet til studien. De fylte deretter ut skjema om alder, kjønn, utdanning, jobb, sivilstatus, økonomi, sykdomsforløp, innleggelser og medikamenter. De fikk også skjemaer som målte deres kunnskap om diagnosen, hvor mye de var preget av symptomene, virkningen av medisinene de gikk på, mestringsstrategier og livskvalitet.	Funnene i studien viste at schizofreni var en krevende sykdom og som hadde en negativ effekt på livskvaliteten til pasientene med diagnosen. Lite kunnskap om sykdommen, positive og negative symptomer og varighet av sykdom hadde en effekt på livskvaliteten. Jobbstatus, sivilstatus, angst, depresjon, negative symptomer, lite	Deltakerne beskrev deres syn på hva som måtte til for å oppnå god livskvalitet.	Artikkelen er meget relevant for sykepleieryrket, da den fokuserer på mer enn bare reduksjon av positive og negative symptomer hos pasienter med schizofrenidiagnose. Sykepleieren bør legge til rette for integrering i samfunnet samt å sørge for at pasientens psykososiale behov blir dekket tilstrekkelig. Artikkelen peker på viktige poeng for anvendelse i

					innleggelser, sykdomsforløp, kunnskap om sykdom, negative mestringsstrategier, bivirkninger av medisiner påvirket livskvaliteten.		sykepleieyrket, da den tar opp sykdommen, mestring hos pasienten og medisiner.
Desalegn, D., Girma, S. & Abdeta, T. (2020). *Quality of life and its association with psychiatric symptoms and socio-demographic characteristics among people with schizophrenia: A hospital-based cross sectional study.* *Etiopia*	2020	Tversnittstudie/ kvantitativ studie	351 pasienter med schizofrenidiagnose som var over 18 år og som ble fulgt opp i behandling ved Jimma Universitets Medisinske Senter, en psykiatrisk klinikk fra 15 april- 15 juni. Pasienter som hadde vansker med å kommunisere grunnet symptomer ble ekskludert fra studien.	Hensikten med studien var å identifisere sosio-demografiske og sykdomsrelaterte faktorer som påvirket livskvaliteten til pasienter med schizofreni. Det ble gjennomført ansikt til ansikt intervju, med semistrukturerte og pretestet spørreskjema. Spørreskjemaene ble laget på engelsk og deretter oversatt til lokale språk. Spørreskjemaene bestod av tre deler. Første del etterspurte informasjon om følgende: alder, kjønn, etnisitet, religion, giftemål,	Dårlig kontakt med andre mennesker, bidro til å redusere livskvaliteten til pasientene aller mest. Det ble også nevnt at positive og negative symptomer var like store bidragsytere som var med på å redusere livskvalitet til pasientene. Spesielt ble de negative symptomene trukket ekstra frem. Disse symptomene hadde en stor	Deltakerne i studien oppga å ha størst vansker med å opprettholde relasjoner med andre som største påvirkning av livskvalitet. Tiltak som tok sikte på å øke sosial omgang med andre, samt å redusere fremkomst av symptomer	Artikkelen er meget relevant for sykepleiefaget, da den fanger opp i større grad hvilke faktorer som påvirker livskvaliteten til mennesker med schizofreni spesifikt. Den belyser også hva vi som sykepleiere må tilrettelegge for større sosiale kretser for pasientene og tilrettelegge for

				utdanningsstatus, yrkesstatus og inntekt. Del to etterspurte symptomatisk, som: positive/negative symptomer, og generelle symptomer. Del tre handlet om livskvalitet med utgangspunkt i verdens helseorganisasjon sin skala.	innvirkning på pasientenes evne til å bo selvstendig, deres ADL fungering og evnen til å opprettholde sosiale aktiviteter og relasjoner.	ville øke livskvaliteten.	selvstendighet i eget liv. Artikkelen er også ganske ny, noe som gjør at den har tatt med dagsaktuelle problemstillinger.
Girard, J.L., Fox, S. H., LaLonde, C.M. & Abraham, S.P. (2021) *Therapeutic Nurse- Patient Relationship with Individuals Living with A Mental Illness* *USA.*	2021	Casestudie/ Kvalitativ datainnsamling.	Casestudier fra tre ulike pasientcaser, hvor alle var inneliggende pasienter på psykiatriske avdelinger, samt en presentasjon av litteratur om terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasient med psykiske sykdommer. Et av casene	Hensikten med studien var å diskutere den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og pasient, og utforske kvaliteter som sykepleiere kunne implementere i deres omsorg for pasientene.	Det ble forsket på at den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og pasient var en av de mest kritiske aspektene av psykiatrisk sykepleie, bedret pasientenes behandlingsutsikter og kan utvikles ved bruk av empati, vennlighet, tillit, humor og ekthet.	Ved å ta i bruk disse kvalitetene og ta tiden til hjelp for å forme terapeutiske allianser med pasientene, ville sykepleieren spille en stor rolle i pasientens vei mot bedring og tilfriskning	Artikkelen viser at den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og pasient med schizofrenidiagnose er svært viktig for pasientenes fremtid i behandling. Den vil være svært aktuell å bruke i tiden fremover, da den peker på hvilke kvaliteter sykepleieren bør inneha for å kunne gi best mulig omsorg for akkurat denne pasientgruppen. Artikkelen har også stor sykepleierfaglig

							relevans, da dette er en pasientgruppe en møter i alle deler av helsevesenet.
Browne, J., Wright, A., Berry, K., Mueser, K.T., Cather, C., Penn, D & Kurtz, M. (2021). *The alliance-outcome relationship in individual psychosocial treatment for schizophrenia and early psychosis: A meta- analysis* *USA.*	2021	Metaanalyse/ systematisk oversikt	Forfatterne inkluderte 14 artikler med totalt 2968 deltakere. Artiklene som ble inkludert måtte følge disse kriteriene: 1) skrevet eller oversatt til engelsk 2) empiriske studier som rapporterte kvalitative data 3) minst 60% av innholdet skulle omhandle personer med schizofreni 4) skulle inneholde terapeutisk allianse 5) alliansen skulle omhandle sykepleier og pasient 6) minst et utfall av alliansen 7) analyserbare tall ift den terapeutiske alliansen.	Hensikten med studien var å samle mange artikler og for å generalisere om en høgkvalitets terapeutisk allianse har bedre behandlingsutsikter for pasienter med schizofreni. Det ble tatt i bruk søkeord som: schizophrenia OR psychosis OR psychotic OR schizophrenia spectrum AND alliance OR therapeutic relationship OR working relationship.	Hovedfunnet I denne systematiske oversikten er at god terapeutisk allianse mellom pasient og hjelper var assosiert med høyere deltaksel i behandling. Alliansen hadde også en bedrende effekt på de positive og negative symptomene.	Ved å skape mål og planer sammen med pasienten vil en kunne finne en felles mening med behandlingen. Dette vil skape trygghet og forutsigbarhet og bedre behandlings Resultatet til pasienten.	Dette er en omfattende systematisk oversikt som gir god teoretisk grobunn for å generalisere at den terapeutiske alliansen gir gode behandlingsutsikter og bedrer symptomer hos pasienter. Denne gir en sykepleiefaglig relevans, med tanke på at den gir pekepinner på hva en skal fokusere på i alliansen med pasienten, for å bedre utsiktene til pasienten i behandling.