

# Bacheloroppgave

## Livskvalitet hos mennesker med schizofreni i institusjoner

HØGSKOLEN STORD/ HAUGESUND

**Avdeling Haugesund**

**Kull 2006**

**Kandidatnr: 3**

**Antall ord: 6709**

## Sammendrag

Etter at jeg var i psykiatri praksis har jeg hatt fokus på livskvaliteten hos mennesker med schizofreni som lever i institusjoner. Etter som denne lidelsen fører til sosial tilbaketrekking, tap av håp og lav motivasjon er det viktig å gi dem trygghet om at noen er der og følger dem på vanskelige dager og hjelper dem å finne håpet om en bedre tilværelse. Igjennom oppgaven har jeg brukt en litteraturstudie som metodetilnærming. Personer i institusjoner som lider av schizofreni har i de fleste tilfeller lav livskvalitet. Derfor er det viktig at sykepleier sammen med den lidende fokuserer på fremtiden, og ikke nået som kan være fullt av skuffelser og motgang. Sykepleiere skal hjelpe pasienten å finne sitt håp, men ikke påføre dem et håp. Det skal være til den sykes eget beste, slik at de skal klare å mestre sin situasjon på en best mulig måte. Hvordan sykepleieren følger opp og ivaretar pasienten har stor betydning for hvordan deres livskvalitet er. Blir de motivert til å delta i hverdagens gjøremål samtidig som de har trygge rammer i institusjonen vil det øke deres selvfølelse og følelse av å være til nytte i samfunnet.

## Summary

After working at a psychiatric section for patients with schizophrenia I've had my focus on their quality of life. This illness leads to social secluding, loss of hope and low motivation which makes it important for a nurse to give them a sense of safety, and that there always will be someone there who will help them find hope of a better existence. Through this study I have used a literature study as my method. Persons with schizophrenia living in institutions suffer from low quality of life. Therefore it's important for both patient and nurse to focus on the future, and not the presens which can be full of disappointments. As a nurse our job is to help the patients finding their hope. This hope is ment for the suffering persons own well-being. In this way the patient will master their situation in the best way possible. How the nurse follows up and takes care of the patient is of significant importance to their quality of life outcome. If the person with schizophrenia gets motivated to accomplish the everyday tasks they stand upon, it can give them more self-confidence.

# Innholdsliste

1.0 Innhold .....	5
1.1 Bakgrunn for valgt tema/ problemstilling .....	5
1.2 Avgrensing og presisering av problemstillingen .....	6
1.3 Hensikten med oppgaven .....	6
1.4 Oppgavens oppbygning .....	6
2.0 Metode .....	7
2.1 Begrepet metode .....	7
2.2 Begrunnelse for valgt metode .....	7
2.3 Litteratursøket fremstilt systematisk .....	8
2.4 Kriterier som blir brukt ved litteraturgjennomgang .....	8
2.5 Litteraturbegrunnelse .....	9
2.6 Forskningsetikk .....	9
2.7 Kildekritikk og kvalitetskriterier .....	9
3.0 Begrepsmessig rammeverk .....	10
3.1 Livskvalitet .....	10
3.1.1 Siri Næss .....	11
3.1.2 Verdens helseorganisasjon .....	11
3.2 Motivasjon .....	12
3.3 Håp .....	14
3.4 Kommunikasjon .....	16
4.0 Drøfting .....	19
4.1 Motivasjonens viktighet i hverdagen til den lidende .....	19
4.2 Håpets betydning for den schizofrene .....	20
4.3 Kommunikasjonens innvirkning på livskvaliteten .....	21
5.0 Sluttord .....	23
6.0 Litteraturliste .....	24

# 1.0 Innhold

## 1.1 Bakgrunn for valgt tema/ problemstilling

Våren 2009 var jeg i praksis i psykiatrien, hvor brukerne hovedsakelig var schizofrene. Det var denne praksisperioden som fikk meg til å komme frem til mitt valgte tema. Mitt møte med denne brukergruppen gjorde sterkt inntrykk på meg, spesielt når jeg fikk se hvordan sykdommen påvirker livet til brukeren. Schizofrene kan ha både gode og dårlige perioder. I de dårlige periodene kan det i mange tilfeller være nødvendig for dem å legges inn på lukkede avdelinger, noen ganger også med tvang. Dette er brukere som kan ha tankeforstyrrelser, følelsesforstyrrelser, tilbaketrekking og følelsesmessig dobbelthet. Disse elementene fikk meg til å tenke ekstra på hvordan det må være å leve slik, og hvordan de klarer å opprettholde en livskvalitet de selv mener er god.

Schizofreni er en av de vanligste psykotiske lidelsene vi har. Det rammer rundt 1 prosent av befolkningen i Norge. Ettersom lidelsen ofte medfører arbeidsløshet og sosial uførhet, kan dette igjen gå ut over livskvaliteten til den rammede. Debutalderen er ved de fleste tilfeller er mellom 20 og 30 år, og det kan ikke vises til noen forskjell mellom menn og kvinner (Malt, Retterstøl & Dahl 2007). Videre forklarer Ilner & Retterstøl (2008) at schizofreni regnes som den mest invalidiserende psykotiske lidelsen.

Ettersom dette er en såpass utbredt lidelse synes jeg at det er viktig at en sykepleier kan gi personer med schizofreni et best mulig liv, og at de opprettholder best mulig livskvalitet. I følge Nylenna (2007), kan livskvalitet defineres som en ikke biologisk side ved et menneskes liv. Dette kan således være tilfredshet med sin tilværelse, god sosial relasjon og trivsel. Videre kan god livskvalitet innebære at en fungerer godt i arbeid, har gleder ved fritidslivet, samt at en har evne til fysisk og psykisk utfoldelse. Psykologen Siri Næss forklarer begrepet livskvalitet ved å ha det godt. Denne gode følelsen vil være en blanding av gode følelser og positive vurderinger, Videre vil det å ha det godt være avhengig av at vonde tanker og følelser er fraværende. Hun slår fast at livskvalitet er en opplevelseskvalitet. Livskvalitet knyttes til menneskers indre opplevelser og kan betegnes som psykisk velvære (Kristoffersen 2006). Ut ifra dette har jeg valgt problemstillingen:

*Hvordan kan sykepleier bedre livskvaliteten til mennesker med schizofreni som bor i institusjoner?*

## **1.2 Avgrensing og presisering av problemstillingen**

Jeg har i denne oppgaven valgt å fokusere på voksne mennesker i alderen 20 – 30 år med schizofreni. Hvorfor jeg konsentrer meg om denne gruppen pasienter er fordi lidelsen som regel inntreffer i ung voksen alder. Videre har jeg tatt utgangspunkt i de pasientene som bor i institusjoner da det er her sykepleiere har mest kontakt med pasienten. Jeg har i all hovedsak fokus på hvordan sykepleier kan være med på å bedre livskvaliteten til personer med schizofreni som bor i institusjoner, uten å bruke medikamenter.

Igjennom oppgaven vil jeg omtale personen med schizofreni som *han* eller *pasienten*, og pleiepersonell som *sykepleier* eller *hun*.

## **1.3 Hensikten med oppgaven**

Hensikten med denne oppgaven er å belyse viktigheten med livskvalitet hos schizofrene. Det finnes mye litteratur og forskning om emnet, men jeg vil gjerne prøve å samle noe av det inn i et produkt. Jeg håper at jeg igjennom både litteratur og forskning finner ut hva en sykepleier kan gjøre for å bedre livskvaliteten hos de schizofrene. Håper videre at dette vil gi sykepleiere en bredere teoretisk kompetanse i møte med denne gruppen pasienter.

## **1.4 Oppgavens oppbygning**

Denne oppgaven har jeg valgt å starte med en introduksjon av metode. Her begrunner jeg metoden jeg har valgt, og hvilken studie jeg skal foreta meg. Deretter kommer mitt begrepsmessige rammeverk. Denne delen vil inneholde litteratur om det valgte temaet. En drøftingsdel vil fortsette oppgaven derfra. Her vil jeg analysere og tolke teorien og forskningen jeg har funnet opp mot problemstillingen min, samt egne erfaringer og synspunkter. På denne måten håper jeg å kunne belyse momenter som kan hjelpe sykepleiere å forstå hvordan de kan bedre livskvaliteten hos schizofrene pasienter i institusjoner. Avslutningsvis inneholder oppgaven et sluttord.

## **2.0 Metode**

### **2.1 Begrepet metode**

Nå vil jeg definere metodebegrepet. Olav Dalland (2006) definerer metode som en fremgangsmåte for å viderebringe kunnskap, eller å etterprøve tidligere påstander om de er korrekte. Metoden er til hjelp når en samler inn data, altså informasjonen vi trenger til undersøkelsen som skal gjennomføres. Videre vil metoden en bruker kunne fortelle hvordan en skal gå frem for å finne den aktuelle kunnskapen. En definisjon på metode er:

*«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland 2006, s.71)*

### **2.2 Begrunnelse for valgt metode**

I denne oppgaven har jeg bestemt meg for å bruke en litteraturstudie, som er en kvantitativ tilnærming. Som Forsberg & Wengstrøm (2008) forklarer, viser det seg at det er ulike kriterier som skal stilles for å kunne gjennomføre denne typen studie på en god måte. En må ha et tilstrekkelig antall gode studier av god kvalitet for å kunne begrunne alle resultater. Videre defineres en litteraturstudie som et tydelig utformet spørsmål, som besvares systematisk ved hjelp av å analysere, vurdere og drøfte teori og relevant forskning (Ibid). For å kunne besvare min problemstilling samt å forsvare hva jeg kommer frem til, vil jeg bruke aktuell teori i forhold til emnet jeg har valgt, samt fire ulike vitenskapelige artikler.

### **2.3 Litteratursøket fremstilt systematisk**

Her vil jeg fremstille hvor teorien og forskningen min er funnet. Forsberg & Wengstrøm (2008) forklarer at et litteratursøk kan foregå både manuelt og igjennom databaser. Når en får begrenset sitt problemområde er det mulig å forme søkeord som gir et grunnlag for litteratursøket. Kunsten i å søke opp informasjonen en er ute etter i databaser, dreier seg i det lange løpet om hvordan en stiller spørsmålet og hvilke søkeord som blir brukt. I tillegg kan det være lurt å på forhånd bestemme seg om hvor gammelt stoff en skal jobbe med (Ibid).

På Haugesund Folkebibliotek har jeg funnet mye teoretisk litteratur, men aktuell pensumlitteratur har også blitt brukt. Videre har jeg brukt Internett, og databasen ProQuest for å søke opp forskningsartikler. I tillegg til å bruke forskningsartikler som jeg har funnet på Internett har jeg brukt fagartikler som jeg har funnet på nettstedet Sykepleien. Nedenfor har jeg satt opp en oversikt over de søkeordene jeg har brukt:

ProQuest:

- Schizophrenia AND Quality of life AND Hope
- Schizophrenia AND Quality of life AND Motivation
- Schizophrenia AND Communication AND Institutions
- Schizophrenia AND Quality of life AND Communication

Sykepleien.no

- Schizofreni OG Livskvalitet

### **2.4 Kriterier som blir brukt ved litteraturgjennomgang**

Når jeg har skrevet denne oppgaven har jeg tatt utgangspunkt i at datasøket skal omhandle livskvalitet da dette er hva min problemstilling går ut på. Videre har jeg valgt å konsentrere meg om stoff som ikke er eldre enn 9 år. Grunnen til dette er for å konsentrere meg om den nye og aktuelle forskningen og litteraturen som finnes. Jeg har også valgt å fokusere på voksne mennesker, men dette vil ikke være noe dilemma da de med denne diagnosen i de aller fleste tilfeller er over 20 år. I tillegg har jeg valgt å konsentrere meg om å samle data om de med denne lidelsen, som er innlagt i en institusjon da det er disse sykepleieren har mest kontakt med.



## **2.5 Litteraturbegrunnelse**

Olav Dalland (2006) forklarer at all teori kan hjelpe en med å komme frem til en konklusjon i tillegg at den trygger de ulike metodiske manglene som kan oppstå i undersøkelser. Etter hvert som en arbeider med en undersøkelse, og en ser at de funn en eventuelt gjør samstemmer med teori, er det lettere å stole på dem. Emnet jeg har valgt å skrive om omhandler livskvaliteten hos schizofrene mennesker som bor i institusjoner. De ulike artiklene som blir brukt i oppgaven min tar utgangspunkt i motivasjon og den daglige funksjonen, håp i hverdagen og hvordan de på best mulig måte kan øke sin livskvalitet. Jeg vil også nevne kommunikasjon som et viktig aspekt i denne sammenhengen.

## **2.6 Forskningsetikk**

Her vil jeg gjøre rede for hva god forskningsetikk er. Olav Dalland (2006) forklarer at etikk kan sees på som normene for god livsførsel. Når en blir stilt ovenfor vanskelige avgjørelser skal etikken gi oss en pekepinn på hvordan en bør handle. Gjennom forskning har en som mål å finne og spre ny kunnskap, men aldri på bekostning av andre menneskers integritet eller velferd.

## **2.7 Kildekritikk og kvalitetskriterier**

Som Olav Dalland (2006) forklarer vil kildekritikk bety at en vurderer og karakteriserer den litteraturen som er brukt. Hensikten med dette er for å la leseren ta del i de ulike refleksjonene som er blitt gjort for å belyse problemstillingen. For å vise at en er i stand til å være kritisk i forhold til den litteraturen en har funnet og brukt bruker en kildekritikk. Forsberg & Wengstrøm (2008) skriver at kvalitetssikringen bør innbefatte studiens spørsmål, design, analyse og tolkninger som er blitt foretatt. Ved kvalitetssikring finnes det ulike bedømningsmetoder som hjelper til med en systematisk granskning av studier.

### **3.0 Begrepsmessig rammeverk**

Ettersom jeg har lest teori samt artikler om mitt valgte tema har jeg observert at det er noen emner som gjentar seg over hele spekteret. Ved å gå igjennom teorien om livskvalitet hos schizofrene ser en at håp, motivasjon og kommunikasjon går igjen. Dette har ført meg til å knytte Joyce Travelbees sykepleiefilosofi opp til denne oppgaven. Nina Kristoffersen (2006) skriver om amerikanske Joyce Travelbee som var født i 1926. I sitt aktive yrkessliv jobbet hun som psykiatrisk sykepleier. Hun rettet spesielt sykepleietenkning mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien. Igjennom sitt menneskesyn så hun på hvert menneske som unikt. Med dette synet på alle individer, dannet hun seg en sykepleiedefinisjon som er velkjent i dag. Den er eksistensialistisk og viser det som et faktum at lidelse og smerte er en uunngåelig del av livet. Ut i fra dette hevder hun at sykepleie består av å hjelpe syke og lidende mennesker i å finne en mening med situasjonen de befinner seg i. Dette skjer igjennom menneske til menneske forhold, dannelsen av relasjoner. Videre er en sykepleiers hovedoppgave i følge Travelbee å hjelpe personen til å mestre, bære og finne mening med de symptomene som oppstår som følge av lidelsen en har. For å korte ned på oppgavens omfang vil jeg ikke gå for dypt inn i diagnosen, men det er uunngåelig å komme inn på schizofreni som diagnose, og de symptomene som følger med.

#### **3.1 Livskvalitet**

Siden denne oppgaven har som mål vise hvordan sykepleier kan bidra til å øke livskvaliteten hos schizofrene i institusjoner, er det hensiktsmessig å definere begrepet tydelig. Nina Kristoffersen (2006) hevder at livskvalitet har blitt et velkjent begrep ved pasientbehandling de senere årene. Begrepet blir benyttet både helsepolitisk og i pasientrettighetsloven (Ibid). Videre forklarer Kristoffersen (2006) at begrepet livskvalitet kan knyttes til det enkelte individ funksjon, velvære og oppfatning av egen helse (Ibid). Å ha god livskvalitet vil innebære å kunne sanse verden rundt en, samt at en kan delta i det normale dagliglivet uten restriksjoner. Rustøen (2006) forklarer at hovedprinsippet i arbeidet med kronisk syke er å fokusere på at pasienten på sikt skal bedre sin livskvalitet. I tillegg skriver hun at man må kartlegge hva eller lett kan tilegne seg av ressurser som kan bedre livskvaliteten. Samtidig må pasienten bli mer bevisst på hvilke behov de har og hvordan disse behovene skal imøtekommes (Ibid). Nå vil jeg nevne noen ulike definisjoner på dette begrepet. Tidligere i oppgaven har jeg nevnt Siri Næss sin definisjon på livskvalitet, men jeg vil nå gå mer i dybden på begrepet for å utdype det.

### 3.1.1 Siri Næss

Som Tone Rustøen (2006) forklarer, har Siri Næss arbeidet lenge med livskvalitet i Norge. Hun hevder at:

*«En person har det godt og har høy livskvalitet i den grad personen:*

- 1. Er aktiv, det vil si, har appetitt og livslyst, interesserer seg for, engasjerer seg i noe utenfor seg selv som oppleves som meningsfylt; har energi og overskudd til å sette sine interesser ut i livet, ikke føler seg for trett og utslitt; har frihet til å velge og opplever selvkontroll over egne handlinger; er selvrealisert, dvs. har fått utviklet og brukt sine evner og muligheter.*
- 2. Har gode internpersonlige forhold; har et nært, varmt og gjensidig forhold til minst ett annet menneske; har kontakt, vennskap, lojalitet; har fellesskapsfølelse og tilhørighet i en gruppe (f. eks venner, naboer, arbeidskamerater, partigruppe)*
- 3. Har selvfølelse; dvs. Selvsikkerhet, føler seg vel som menneske, sikker på egne evner og dyktighet, følelse av å mestre, av å være nyttig, tilfreds med egen innsats; aksepterer seg selv, fravær av skyld – og skamfølelse, lever opp til egne standarder*
- 4. Har rike og intense opplevelser av skjønnhet, av innsikt i eller av samme følelse med natur, er åpen og mottagelig, ikke avstengt utenfor den ytre verden; har en grunnstemning av trygghet, harmoni, fravær av uro, velvære, av det at livet er rikt og givende, fravær av tomhetsfølelse, nedstemthet, ubehag og smerte (Rustøen 2006, s.18)*

### 3.1.2 Verdens helseorganisasjon

Rustøen (2006) viser viktigheten av begrepet livskvalitet i å presentere verdens helseorganisasjons definisjon av det. Her har personer fra 15 ulike kulturer kommet frem til hva de mener begrepet livskvalitet står for. Denne definisjonen er blitt delt opp i seks områder:

- 1. «Det fysiske området: smerte og ubehag, energi og tretthet, seksuell aktivitet, søvn og hvile, sensoriske funksjoner*
- 2. Det psykologiske området: positive følelser, tenkning, læring, hukommelse og konsentrasjon, selvbilde, kroppsbilde og utseende, negative følelser*

3. *Nivå av uavhengighet: mobilitet, dagliglivets aktiviteter, avhengighet av medisinske stoffer og medisinske hjelpemidler, avhengighet av alkohol, tobakk, medikamenter*
4. *Sosiale relasjoner: personlige forhold, praktisk sosial hjelp, aktivitet som støtte og hjelp*
5. *Omgivelser: frihet, fysisk trygghet og sikkerhet, hjemmeomgivelighet, tilfredshet med arbeidet, økonomiske ressurser, tilgjengelighet og kvalitet i forhold til helse – og omsorgstilbud, muligheter til å tilegne seg ny informasjon og ferdigheter, deltagelse i og muligheter for rekreasjon/ fritidsaktiviteter, fysiske omgivelser (forurensing, støy, trafikk, klima)*
6. *Åndelighet, religion og personlig tro» (Rustøen 2006, s.21).*

Som en ser ut i fra verdens helseorganisasjons definisjon av begrepet livskvalitet er det et subjektivt begrep som tar utgangspunkt i hvert enkelt individ og deres posisjon i livet (Rustøen 2006).

### **3.2 Motivasjon**

I store deler av den data jeg har gått igjennom går motivasjon som arbeidsredskap igjen. Å kunne motivere pasienten kan bidra til å øke deres følelse av livskvalitet.

*«Et motiv er det som driver et menneske til handling eller som vekker, opprettholder eller gir retning til handling (Hummelvoll 2006, s.326)»*

Jan Kåre Hummelvoll (2006) forklarer at når et menneske har dårlig motivasjon, mister han av en eller annen grunn evnen til å gjenkjenne eller kontrollere sin motivasjon. De vanligste motivasjonsforstyrrelsene en kan se hos psykotiske pasienter er tilbaketrekking, impulsivitet, overaktivitet og ambivalens (Ibid). Som Rustøen (2006) hevder vil isolasjon eller manglende felleskap ha store konsekvenser for livskvaliteten. Om en opplever seg satt utenfor, kan det gi en følelse av fremmedhet og angst (Ibid). Hummelvoll (2006) skriver videre at schizofrene kan ha både positive og negative symptomer. De positive symptomene vil vise seg som hallunisasjoner og vrangforestillinger.

Årsaken til at de blir sett på som positive er fordi de faller utenfor den normale oppfatning. Negative symptomer vil dreie seg om motivasjonssvikt, tap av interesser, dårlig konsentrasjon, utmattelse og en opplevelse av at livet kun er et slit. Ved slike fremtredende symptomer vil dagliglivets oppgaver føles tunge (Ibid). Videre forteller Hummellvoll (2006) at den største utfordringen en sykepleier ofte har i behandlingen av schizofrene pasienter, er når de har manglende motivasjon og evne til å delta i egen behandling. Den svake forståelsen for egen situasjon og sviktende interesse blir da en hindring i samarbeidet med sykepleier. Sammen med de negative symptomene blir pasientens motivasjon svak for behandling. For mennesker med motivasjonsvansker vil behandlingen bære preg av å gå over lang tid. Både sykepleier og pasient må konsentrere seg om fremtiden, ikke nåtid og fortid for å oppnå best mulig resultat. De mål som settes opp, og den behandlingen som gjennomføres skal være realistisk og oppnåelig sett med pasientens øyne. For å få struktur i hverdagen er en nødt å underbygge og jobbe videre med de ferdighetene som trengs for å mestre hverdagen selvstendig (Ibid). Gunatilake m.fl (2004) skriver at brorparten av schizofrene pasienter sliter med sosial tilbaketrekking, isolasjon og dårlig motivasjon. Dette kan igjen medføre at pasienten ikke klarer å tilegne seg en utdanning, sosiale roller eller egen bopel. Rehabilitering kan øke deres motivasjon, og dermed hjelpe dem å nå sine mål. En slik rehabilitering vil innebære å lære pasientene å møte daglige utfordringer, slik at de kan leve selvstendig og få følelsen av å tilby samfunnet noe (Ibid). Videre forklarer Gunatilake m.fl (2004) at dette kan innebære å oppøve de sosiale ferdighetene hos schizofrene, noe som kan være både det verbale og nonverbale. Ved å oppøve disse egenskapene kan mennesker med denne lidelsen bli tryggere på å starte konversasjoner, bruke riktig volum i samtalen, håndhvilse eller vise ansiktsuttrykk. Den schizofrenes familie spiller her en stor rolle da deres tilstedeværelse og oppfølging vil være til stor motivasjon for den syke (Ibid). Ifølge Tone Rustøen (2006) vil familien være rot i kommunikasjonsproblemer dersom de har ulike oppfatninger. Samtidig skriver Rustøen (2006) om de ulike områdene en kan påvirke for å øke livskvaliteten hos pasienten:

- Fysisk aktivitet
- Psykisk og åndelig tilfredshet – selvbilde, følelser, stress, depresjon, mestring, trygghet
- Økonomiske og sosiale forhold – økonomi og inntekt, bolig, sosialt liv og støtte, utdanning
- Familieforhold

I tillegg hevder hun at en må håndtere de områdene som skiller seg ut hos den enkelte for å få best mulig resultat (Ibid). Som Wahl & Hanestad (2002) skriver, lever mennesker med en kronisk sykdom et liv fullt av restriksjoner og en følelse av å være nedvurdert og en byrde for andre. Kronisk sykdom kan påvirke opplevelsen av mestring av den enkelte og familiens livssituasjon, kroppsopplevelse og selvbilde, tap av mening som igjen kan gå utover deres livskvalitet. Liebermann m.fl (2008) skriver at rehabilitering av schizofrene i institusjoner går ut på å bedre deres muligheter til å kunne bo selvstendig, ha et høvelig arbeid, få en utdanning, ha familierelasjoner og sosiale relasjoner. Videre skriver Liebermann m.fl (2008) at forskning viser at det å kunne bo selvstendig er et realistisk mål for et menneske som lider av schizofreni. Over 90 % av de menneskene som lever med schizofreni kan bo selvstendig. Dette innebærer likevel at de på ulike måter trenger hjelp, alt etter deres helsetilstand. Arbeidsmuligheter og utdanning i samarbeid med institusjonen vil også være realistiske mål å motivere til. Det å motivere den schizofrene til å knytte sosiale forhold er mer komplisert. Å trene på de sosiale ferdighetene vil bedre de ulike sosiale væremåtene hos mennesker med schizofreni (Ibid). Borg & Topor (2007) hevder at det å kunne ha troen på at en skal klare å få orden på livet sitt og leve godt som alle andre, kan være motiverende.

### **3.3 Håp**

Det viser seg ifølge Borg & Topor (2007) at det å holde håpet levende er viktig for alle pasienter. Det å være en motivator å gi håp til mennesker som ikke klarer det selv er en uhyre viktig oppgave (Ibid). Som Tone Rustøen (2006) forklarer kan kronisk syke mennesker oppleve tap av kroppsfunksjoner, tap av roller, selvstendighet, selvfølelse og sosiale relasjoner. Tapene kan gjøre fremtiden til den kronisk syke uforutsigbar, og de vil kunne oppleve håpløshet. Håp gir glede. Denne gleden vil kunne føre til kreativitet og åpenhet, noe som igjen kan gi energi og vitalitet (Ibid). Joyce Travelbee beskriver håpet som en mental følelse vi mennesker har inni oss, og at håpet gir oss følelsen av kunne oppnå målene våre (Rustøen 2006).

I følge Joyce Travelbee er håp et sentralt begrep i sykepleien. Ved å holde håpet til mennesker som lider oppe, vil sykepleieren hjelpe dem å mestre sin egen lidelse bedre enn hva de ellers ville ha gjort.

*«Håp er en sjelelig tilstand som kjennetegnes av ønsket om å avslutte noe eller oppnå et mål, kombinert med en viss forventning om at det som er ønsket eller ettertraktet, er oppnåelig. En håpende person tror at livet på en eller annen måte vil bli forandret, det vil si mer behagelig, meningsfylt eller glederikt, dersom han oppnår det han ønsker (Travelbee, s. 77)»*

Om et menneske mister håpet, vil de ikke lenger se noen mulighet til å forandre eller bedre sin situasjon. For å bevare håpet, må mennesket ha tillitt til at omgivelsene vil yte den hjelpen de har behov for, når det er nødvendig. Travelbee forklarer håp med seks kjennetegn:

- Avhengighet av andre
- Fremtidsorientert
- Valgmuligheter
- Ønsker
- Tillitt
- Utholdenhet

Sett bort i fra dagens krav om selvstendighet og uavhengighet, er mennesker avhengige av hverandre. Ved sykdom er dette veldig tydelig da håpet vil være knyttet til forventningen av å motta hjelp fra andre. Og om håpet opprettholdes vil tankene rettes mot fremtiden og de positive endringene som vil komme. Videre vil håpet gi den syke valgmuligheter om hvordan de vil møte fremtiden. Dette gir selvfølgelig en følelse av frihet og autonomi. Også ønsker er viktig når det gjelder håpet. Men dette gjelder ønsker som er realistiske og som er sannsynlige å oppnå. Tillitt og utholdenhet er også et viktig aspekt når en skal ta imot behandling, og prøve på nytt flere ganger til en lykkes (Kristoffersen 2006). Ifølge Landeen m.fl (2000) vil det å opprettholde håpet være en daglig kamp for mennesker som lever med schizofreni. Om en pasient har en følelse av håp eller ikke, kan få en innvirkning på hvor alvorlige symptomene er, hvordan den finansielle eller sosiale situasjonen er eller hvordan deres livssituasjon er.

Som Hummellvoll (2006) skriver vil håpet være av stor betydning for å holde ut når en gjennomgår sykdom. Han siterer filosofen Gabriel Marcel og sier:

*«Håpet er det stoff vårt liv er laget av. Det kan være ille medtatt og tilredt, men ligger likevell i sjelens kjerne og kan bare utryddes sammen med livet selv (Hummellvoll 2006, s.45).»*

Videre skriver også Kristoffersen & Breievne (2006) at håpet er avgjørende når det er snakk om hvordan mennesker takler sine liv og mestrer det de erfarer under sykdom. Opplevelsen av håp øker livskvaliteten, og kan påvirke hvilket sykdomsforløp en har. Håp gir den syke pågangsmot og gleder som igjen fører til åpenhet og kreativitet. Om et menneske skal oppleve livet som meningsfylt er det nødvendig med håpet, og følelsen av å kunne møte morgendagen med friskt mot. Det kreves mot for å kunne takle alle problemstillingene hverdagen har å by på. En sykepleiers oppgave vil i behandlingsøyemed i mange tilfeller handle om å hjelpe mennesker til å finne frem til sitt eget håp. Videre vil sykepleieren hjelpe den lidende å holde fast på håpet i dårlige perioder og i andre tilfeller gi støtte og hjelp til å finne nytt innhold i deres håp (Ibid) Til slutt skriver Ingeborg Ilkjær (2005) om det gamle ordtaket som sier at den som ikke har håp, ikke har noe å leve for. Håpet er en nødvendig del av livet fordi det med tiden kan avgjøre ens livssituasjon.

### **3.4 Kommunikasjon**

Jeg har valgt å ta med kommunikasjon fordi det er et viktig moment i behandling og rehabiliteringen av schizofrene pasienter. Eide & Eide (2006) forklarer begrepet kommunikasjon ved å gjøre noe felles, gjøre andre delaktige og å ha en forbindelse. Alle mennesker kommuniserer. Likevel viser forskning og erfaring at vi fremdeles har mye igjen å lære. Profesjonell kommunikasjon er annerledes enn den dagligdags kommunikasjonen. Gode kommunikasjonsegenskaper vil kunne ivareta pasienten på en god måte slik at han kan stimulere sine ressurser. Ved å være en god kommunikator må hjelperen ha evnen til å kunne styre samtalen ut i fra behovet og til å se den andre. Å oppøve seg de praktiske kommunikasjonsferdighetene vil være hjelpende, støttende og problemløsende. Har en gode kommunikasjonsferdigheter vil de være et godt hjelpemiddel i forståelsen av pasienten. De kan få frem detaljer i situasjonen som vil være nødvendige for å finne de beste tiltakene, samt at en styrker relasjonen med brukeren (Ibid).



Sykepleiere har i følge Eide & Eide (2006) begrenset med tid på å danne et helhetlig bilde av den lidende. Lytte aktivt og kommunisere klart er da en fordel. Å lytte aktivt er en grunnleggende og kompleks ferdighet når det gjelder kommunikasjon. Ved å lytte aktivt er man oppmerksom på den man snakker med. I tillegg vil små verbale oppmuntringer vise at man er tilstedeværende i samtalen. Små spørsmål for å utdype det personen snakker om og reformuleringer av det den andre har sagt vil også vise at en virkelig lytter. Benytter en seg av disse metodene når en lytter, kan en si at en bruker både verbale og nonverbale ferdigheter (Ibid). Ingrid Hanssen (2006) viser at kommunikasjonsproblemer vil begrense pasientens muligheter til å formidle egne tanker og følelser, noe som igjen kan føre til sosial isolasjon. Videre har evnen til å bruke språket stor betydning for selvbildet og identiteten. Samtidig skriver hun at ansiktet er den viktigste nonverbale kommunikasjonsformen vi har. Her viser en ulike uttrykk for glede, sorg, overraskelse, angst, sinne, avsky og interesse (Ibid). Som Hummellvoll (2006) forklarer, er kommunikasjon en vedvarende og dynamisk prosess hvor både en selv og andre påvirkes. For å være der på best mulig måte for en bruker som vil kommunisere er det viktig å være seg selv. Dette krever empati.

*«Empati innebærer altså at man gjennom en form for prøveidentifikasjon bestreber seg på å se verden – og terapeutisk sett ikke minst viktig: seg selv og virkningene av sin egen væremåte – fra den andres synsvinkel. Det dreier seg om å se verden med den andres øyne og oppleve den slik han opplever den, kanskje med vekt på den følelsesmessige koloritt. Det dreier seg om en nær terapeutisk forståelse. Den virkelige empatiske terapeut er videre i stand til å diskriminere og artikulere presist – og ikke minst konkret – sider ved klientens opplevelse som klienten selv ofte er lite oppmerksom på, eller ikke er i stand til å artikulere (Hummellvoll 2006, s.382)»*

Videre gir Hummellvoll (2006) en omtale om hva som karakteriserer en god samtalepartner. For å kommunisere godt er en nødt til å være klar over sine egne evner. Når en har selvforståelse i kommunikasjonen vil det en formidler til brukeren være mer gjenkjennelig for ham. Den som er flink til å uttrykke seg verbalt og nonverbalt vil være sensitiv for lytterens behov. Når en fremmer et budskap igjennom samtalen må en ta hensyn til ordvalg og stemmebruk. Videre må disse ordene være klare og enkle å forstå, samtidig som budskapet er tilpasset situasjonen og fleksibelt i forhold til svarene en får (Ibid). Ifølge Einar Kringlen (2007) har det blitt utført flere studier av kommunikasjon blant schizofrene. Gjentatte resultater her viste at den schizofrenes familie ofte er preget med en

løs struktur. Kommunikasjonen er tom, og gjerne med en fasade utad. Videre hevdes det at schizofrene menn ofte har vokst opp i ubalanserte hjem med passive fedre og dominerende mødre, mens schizofrene kvinner kom fra splittede familier med selvopptatte, paranoide fedre og usympatiske mødre (Ibid). Barbara Schneider m.fl (2004) hevder at god kommunikasjon mellom sykepleier og mennesker med schizofreni er essensiell. Dette hjelper den lidende å akseptere at de faktisk er syke, og hvordan de skal leve med sykdommen. Den gode samtalen mellom den schizofrene og sykepleieren vil kunne bidra til åpne samtaler om de vanskelige temaene gjeldende deres lidelse, som igjen kan bygge opp deres selvilde og livskvalitet (Ibid).

## 4.0 Drøfting

I denne oppgaven har jeg gått ut i fra problemstillingen:

*Hvordan kan sykepleier bedre livskvaliteten til mennesker med schizofreni som bor i institusjoner?*

Etter å ha lest litteratur og ulike forskningsartikler om emnet jeg har valgt, ser jeg at det er noen tema som går igjen og som er viktige for å øke livskvaliteten hos denne pasientgruppen. Jeg har valgt å fokusere på motivasjon, håp og kommunikasjon i drøftingsdelen. Disse faktorene vil jeg gå igjennom opp mot litteraturen og artiklene. Mitt mål er å finne ut hva sykepleier kan gjøre for å øke livskvaliteten hos den valgte pasientgruppen.

### **4.1 Motivasjonens viktighet i hverdagen til den lidende**

Å leve som schizofren i en institusjon kan på mange måter være en påkjenning for pasienten, og det går sterkt utover livskvaliteten hans. Motivasjonsforstyrrelsene pasienten opplever fører til tap av interesser, dårlig konsentrasjon, utmattelse og en opplevelse av at livet kun er et slit. De fremtredende symptomene er med på å tynge pasientens daglige gjøremål samtidig som de øker risikoen for sosial tilbaketrekking. Som Hummellvoll (2006) forklarer i teoridelen vil den svake forståelsen denne pasientgruppen ofte har for egen situasjon og sviktende interesse bli en hindring i samarbeidet med sykepleier (Ibid). Sammen med de negative symptomene blir pasientens motivasjon for svak for behandlingen. Hummellvoll (2006) hevder at behandlingen av mennesker med motivasjonsvansker vil bære preg av å gå over lang tid. Både sykepleier og pasient må konsentrere seg om fremtid, ikke nåtid og fortid for å oppnå best mulig resultat. De mål som settes opp, og den behandlingen som gjennomføres skal være realistisk og oppnåelig sett med pasientens øyne. For å få struktur i hverdagen til pasienten er han nødt til å samarbeide med sykepleier for å underbygge og jobbe videre med de ferdighetene han trenger for å mestre hverdagen selvstendig (Ibid). Videre nevner Gunatilake m.fl (2004) i teorien at den sosiale tilbaketrekkingen og motivasjonssvikten fører til at den lidende ofte ikke klarer å tilegne seg en utdanning, sosial rolle eller egen bopel. Rehabilitering kan øke motivasjonen, og dermed hjelpe pasienten å nå sine mål (Ibid). Tone Rustøen (2006) understreker hvor viktig motivasjonen er i forhold til håpet. Jo viktigere et mål er for en pasient, jo mer motivert vil de ha til å nå målet sitt (Ibid).

En slik rehabilitering vil for sykepleier innebære å lære pasienten å møte de daglige utfordringene som kan oppstå, slik at han kan leve selvstendig og få følelsen av å tilby samfunnet noe. Som Hummelvoll (2006) forklarer vil det å være sosialt tilbaketrukket samtidig som en føler at de daglige gjøremålene er et slit vil gå ut over pasientens selvbilde. Lite sosial samhandling kan få pasienten til å føle seg tilsidesatt og ensom (Ibid). Mitt fokus som sykepleier er å hjelpe pasienten å opprettholde et sosialt nettverk gjennom sykdom og behandling i institusjonen. Ettersom det vil være sykepleier til rådighet hos ham hele døgnet, vil hun være en stor del av pasientens følelse av fellesskap. I tillegg til å være sosialt tilrådelig for pasienten er det viktig å motivere ham til å opprettholde hygien, gjerne fortsette med en hobby eller fysisk aktivitet. Hos mange pasienter kan det gjerne være vanskelig nok å stå opp om morgningene, noe som fører til at sykepleier er nødt å ta seg god tid under rehabiliteringen. Å ta små skritt i riktig retning vil i det lange løpet være med på å øke selvbilde og etter hvert livskvaliteten hos pasienten. Å motivere ham til å prøve å stå opp og deretter å kle på seg og stelle seg kan være en lang, men viktig prosess. Dette vil føles som små seire for den lidende. Etter hvert som motet er økende, kan sykepleier motivere til ytterligere gjøremål som for eksempel klesvask, husvask eller annen fysisk aktivitet slik at flere av de daglige gjøremålene kan gjennomføres. Klarer en å danne en god relasjon med pasienten er det kun kreativiteten og hans begrensninger som setter en stopper for hvordan sykepleier kan øke livskvaliteten hans.

#### ***4.2 Håpets betydning for den schizofrene***

Som Rustøen (2006) forklarer i teorien må sykepleier ha gode kunnskaper om hva håp er. Videre må hun vite hva som kan styrke eller svekke pasienten. En kan ikke bare gi håp til andre. Håp kan sees på som en del av menneskets indre, noe som gjør at pasienten selv må hente det frem. Håpet er avhengig av sykepleierens innstilling, samt atmosfæren rundt en (Ibid). Det er som regel sykepleier som utgjør størstedelen av miljøet rundt pasienten i institusjonen (Rustøen 2006). Derfor er holdningen sykepleier viser av stor betydning for den enkelte pasient. Her kan en i behandlingen styrke håpet hans ved å gi inspirasjon til å bruke egne ressurser. Borg & Topor (2007) forklarer i teorien at det er viktig for alle pasienter å holde håpet levende (Ibid). Å ha troen på at han skal klare å få orden på livet sitt og leve godt er motiverende. Håpet og troen på at en skal få faste rammer og orden på hverdagen vil kunne være et styrkende mål for pasienten. Rustøen (2006) hevder i den anledning at håpet er nødvendig for handling (Ibid).

Som sykepleier vil hovedoppgaven være å hjelpe pasienten å finne håp når han ikke klarer det selv (Travelbee 2007). Den lidende pasienten kan ifølge Rustøen (2006) miste deler av sine roller i livet om håpet svinner (Ibid). Om han mister kontakten med sine venner og kjente, sin selvstendighet og sitt selvbilde vil følelsen av håpløshet være sterkt fremtredende i hverdagen hans. For å hjelpe pasienten til å mestre sin egen lidelse bedre må sykepleier hjelpe ham å holde håpet oppe når han ikke klarer dette selv. Kristoffersen (2006) hevder at en skal se bort fra dagens krav om selvstendighet og uavhengighet, og akseptere at mennesker alltid vil være avhengige av hverandre. Når en lider er dette veldig tydelig da håpet vil være knyttet til forventningen av å motta hjelp fra andre (Ibid). Og om håpet hos pasienten opprettholdes vil tankene hans rettes mot fremtiden og de positive endringene som vil komme. Videre vil håpet gi ham valgmuligheter om hvordan han vil møte fremtiden. Dette vil gi ham en følelse av frihet og autonomi. Også ønsker er viktig når det gjelder håpet. Men dette gjelder i følge Travelbee (2007) ønsker som er realistiske og som er sannsynlige å oppnå for pasienten. Kristoffersen (2006) understreker også at tilitt og utholdenhet er et viktig aspekt når en skal ta imot behandling. Slik at en klarer å prøve på nytt flere ganger til en lykkes (Ibid). Om pasienten har en følelse av håp eller ikke, kan få en innvirkning på hvor alvorlige symptomene hans er, hvordan den finansielle eller sosiale situasjonen er eller hvordan hans livssituasjon er. Som Landeen m.fl (2000) hevder vil det å opprettholde håpet være en daglig kamp for mennesker som lever med schizofreni (Ibid). Som sykepleier vil det å hjelpe pasienten å finne håp, gi ham pågangsmot og glede i hverdagen, samtidig som det på sikt fører til åpenhet og kreativitet. Om pasienten skal oppleve livet som meningsfylt er det nødvendig med håpet, og følelsen av å kunne møte morgendagen med friskt mot. Det kreves mot for å kunne takle alle problemstillingene hverdagen har å by på. Sykepleiers oppgave vil i mange tilfeller handle om å hjelpe pasienten til å finne frem til sitt eget håp. Videre vil hun hjelpe pasienten å holde fast på dette håpet i dårlige perioder og i andre tilfeller gi støtte og hjelp til å finne nytt innhold i hans håp. I teoridelen skriver Ingeborg Ilkjær (2005) om det gamle ordtaket som sier at den som ikke har håp, ikke har noe å leve for. Håpet er en nødvendig del av livet fordi det med tiden kan avgjøre ens livssituasjon (Ibid).

### ***4.3 Kommunikasjonens innvirkning på livskvaliteten***

God kommunikasjon mellom sykepleier og mennesker som lider av schizofreni vil være med på å avgjøre resultatet for hvordan oppholdet i institusjonen blir. Alle mennesker kommuniserer. Det vil si å gjøre noe felles og å ha en forbindelse. Å ha gode kommunikative egenskaper vil være støttende og problemløsende for pasienten.

Når man lytter aktivt til pasienten vil man vise sin tilstedeværelse i samtalen. På den måten vil han føle seg hørt, samtidig som sykepleier styrker relasjonen til pasienten. Oppstår det kommunikasjonsproblemer vil pasienten ha vanskeligheter med å uttrykke sine tanker og følelser, dette kan igjen føre til sosial isolasjon. Det å kunne bruke språket på riktig måte vil kunne styrke selvbildet til personen med schizofreni over sikt. Ved å kommunisere riktig gjelder det ikke kun det verbale språket, men også det nonverbale. Å kunne lese ansiktsuttrykk samt å vise dem er også med på å påvirke en selv samt andre. Skal en kommunisere godt med andre gjør en det best ved å leve seg inn i samtalen, altså at en er empatisk. Eide & Eide (2006) beskriver empati med å kunne lytte og sette seg inn i andre menneskers situasjon, samtidig som en forstår deres følelser og reaksjoner (Ibid). Om en har god selvforståelse når det gjelder kommunikasjon vil det sykepleier formidler være mer gjenkjennelig for pasienten. Når en er flink til å uttrykke seg og tar hensyn til ordvalg og stemmebruk vil sykepleier være mer sensitiv for pasientens behov. Som sykepleier skal en være klar og forståelig i talen, samt at budskapet er lett å forstå. Eide & Eide (2006) forklarer at en ved å møte godt forberedt, både mentalt og praktisk til en samtale, kan øke ens evne til å arbeide empatisk. Å være mentalt og praktisk forberedt vil si å samle informasjon en kan trenge på forhånd, og mentalt tenke gjennom de ulike situasjonene en kan komme opp i (Ibid). Ved å planlegge å innstille seg på den kommende samtalen vil det bli lettere for sykepleier å kunne leve seg inn i pasientens tanker og følelser. Fra en studie som er utført blant schizofrene kommer det frem at deres familie ofte har en løs struktur og at de kommuniserer dårlig. Dette er ofte ubalanserte hjem med passive fedre og dominerende mødre, eller splittede familier. Som Barbara Schneider m.fl (2004) indikerer i teoridelen er god kommunikasjon mellom sykepleier og mennesker med schizofreni essensiell. God relasjon og kommunikasjon mellom pasient og sykepleier er nødvendig for behandlingen av schizofrene (Ibid). Sykepleier skal lytte og prøve å forstå situasjonen pasienten gjennomgår, samtidig som en gir rom for pasientens autonomi. Dette vil hjelpe pasienten å akseptere at de faktisk er syke, og hvordan de skal leve med schizofrenien. Har sykepleier gode kommunikasjonsferdigheter vil det være et godt hjelpemiddel i forståelsen av pasienten. Eide & Eide (2006) forklarer at ferdighetene kan hjelpe å få frem detaljer i situasjonen som vil være nødvendige for å gi pasienten de beste tiltakene, samtidig som en styrker relasjonen med pasienten (Ibid). Sykepleier har som regel begrenset med tid på å danne et helhetlig bilde av pasienten. Å kunne lytte aktivt og kommunisere klart er da en fordel.

## 5.0 Sluttord

Som sykepleier i en institusjon møter en schizofrene mennesker som takler sin lidelse på ulike måter. Livskvaliteten er ikke synlig, og det krever at sykepleieren har kunnskaper når det gjelder lidelsen, relasjonsbygging og kommunikasjon. Etter å ha studert tema, har jeg observert at håp, motivasjon og kommunikasjon er elementer som spiller inn på livskvaliteten til denne pasientgruppen. En kan gjerne si at disse punktene danner grunnlaget for hvordan livskvaliteten til den lidende er. Jeg har brukt disse faktorene for å bevisstgjøre sykepleieren på hva som kan bedre livskvaliteten til en schizofren pasient som bor i institusjon. I tillegg har jeg fått bekreftet teorien opp mot den forskningen som var relevant i forhold til tema. Ved å analysere og tolke artikler samt litteratur har jeg blitt mer bevisst på hvor viktig det er å bli kjent med pasienten, slik at en kan fange opp hva som er med på å avgjøre nettopp denne pasientens livskvalitet. Når sykepleier har dannet en relasjon med den schizofrene kan en begynne arbeidet mot en lysere og tryggere fremtid. Igjennom samtalene med den lidende er det viktig å ta små skritt, men ikke se seg tilbake. Å bevisstgjøre viktigheten av fremtiden er alfa omega når sykepleier skal hjelpe pasienten å finne håp. Håpet er ofte en forestilling mennesket har om et mål en ønsker å nå, noe man kan virkelig gjøre i fremtiden. En skal ikke dvele over vonde opplevelser, men motivere til å mestre hverdagens gjøremål. Både sykepleier og pasient må konsentrere seg om fremtid, ikke nåtid og fortid for å oppnå best mulig resultat. De mål som settes opp, og den behandlingen som gjennomføres skal være realistisk og oppnåelig sett med pasientens øyne. For å få struktur i hverdagen til pasienten er han nødt til å samarbeide med sykepleier for å underbygge og jobbe videre med de ferdighetene han trenger for å mestre hverdagen selvstendig. Samtalen og samholdet med sykepleieren vil med tiden øke den schizofrenes følelse av samhørighet og livskvalitet.

## 6.0 Litteraturliste

Einar Kringlen (2007) *Norsk psykiatri gjennom tidene*, N.W. DAMM & SØN AS

Einar Kringlen (2006) *Psykiatri*, Gyldendal Akademisk

Nina J. Kristoffersen (2006) *Grunnleggende sykepleie – Bind 1, Helse og sykdom*, Gyldendal akademisk

Joyce Travelbee (2007) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*, Gyldendal Akademisk

Ingrid Hanssen (2006) *Grunnleggende sykepleie – Bind 1, Interkulturell sykepleie*, Gyldendal akademisk

N. J Kristoffersen & G Breievne (2006) *Grunnleggende sykepleie – Bind 3, Lidelse, håp og livsmot*, Gyldendal akademisk

Nina J Kristoffersen (2006) *Grunnleggende sykepleie – Bind 4, Teoretiske perspektiver på sykepleie*, Gyldendal akademisk

Ingeborg Ilkjær (2005) *Sykepleieboken 1 – Grunnleggende sykepleie, Livssyn, verdier og behov for åndelig omsorg*, Akribe AS

T. Eide & H. Eide (2006) *Kommunikasjon i praksis – Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*, Gyldendal akademisk

M. Borg & A .Topor (2007) *Virksomme relasjoner – Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*, Kommuneforlaget



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

J. K. Hummellvoll (2006) *Helt – ikke stykkevis og delt*, Gyldendal akademisk

N. Retterstøl & S. Opgjordsmoen Ilnes (2008) *Mestring av livsvansker – om kriser og psykisk helse*, Gyldendal akademisk

Malt, Retterstøl & Dahl (2007) *Lærebok i psykiatri*, Gyldendal akademisk

M. Nylenna (2007) *Medisinsk ordbok*, Kunnskapsforlaget, Aschehoug & Co, Gyldendal akademisk

H. Olsson & S. Sørensen (2006) *Forskningsprosessen – Kvalitative og kvantitative perspektiver*, Gyldendal akademisk

C. Forsberg & Y. Wengstrøm (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*, Natur og Kultur

O. Dalland (2006) *Metode og oppgaveskriving for studenter*, Gyldendal akademisk

S. Gunatilake m.fl (2004) Rehabilitation of Schizophrenic Patients, *Current Pharmaceutical Design* 10; 2277 – 2288, Hentet fra:

<http://proquest.umi.com/pqdwebindex=7&did=1007633781&SrchMode=2&sid=3&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1251658104&clientId=72807>

[Lest: 15.10.09]

B. Schneider m.fl (2004) Communication Between People With Schizophrenia and Their Medical Professionals: A Participatory Research Project, *Qualitative health research*, Vol 14. Nr 4. s.562 – 577, Hentet fra:

<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=1&did=652479601&SrchMode=1&sid=3&Fmt=2&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1254925966&clientId=72807>

[Lest: 13.10.2009]

J. Landeen m.fl (2000) Hope, Quality of life And Symptom Serverity in Individuals With Schizophrenia, *Psychiatric Rehabilitation Journal*; 23, 4. s.364, Hentet fra:

<http://proquest.umi.com/pqdwebindex=4&sid=2&srchmode=2&vinst=PROD&fmt=3&startpage=1&clientId=72807&vname=PQD&RQT=309&did=55419614&scaling=FULL&ts=1251657487&vtype=PQD&rqt=309&TS=1255698910&clientId=72807> [Lest: 12.10.09]

Liebermann m.fl (2008) Science and Recovery in Schizophrenia, *Psychiatric Services*. Vol 59. Nr 5. s.487 – 496, Hentet fra:

<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&did=1488814191&SrchMode=2&sid=6&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1254926214&clientId=72807>

[Lest: 16.10.09]

Wahl & Hanestad (2002) Psykososial intervensering og kronisk sykdom, *Sykepleien* 2002 nr.90(21B), s.38 – 41, Hentet fra:

[http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p\\_document\\_id=121796](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p_document_id=121796) [Lest: 14.10.09]