



# Høgskulen på Vestlandet

## SK152 - Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	23-05-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	07-06-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave i sykepleie	<b>Studiepoeng:</b>	15
<b>SIS-kode:</b>	203 SK152 1 O 2019 VÅR FORDE		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 130

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 6968

**Egenerklæring \*:** Ja

**Inneholder besvarelsen  
konfidensiell materiale?:** Nei

**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:** 17

**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

# BACHELOROPPGÅVE

Korleis fremje meistring av eigenomsorg  
hjá personar med schizofreni

**Heidi Walaker Fortun**

**Kandidatnummer: 130**

Bachelorutdanning i sjukepleie  
Fakultet for helse- og sosialvitskap (FHS)

Institutt for helse- og omsorgsvitskap

Sjukepleie Førde

Rettleiar: Aud Berit Fossøy  
Innleveringsdato: 07.06.2019

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle

kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

## Samandrag

### Tittel

Korleis fremje meistring av eigenomsorg hjå personar med schizofreni.

### Bakgrunn

I Norge vert 600-800 personar råka av schizofreni kvart år. For mange vert lidinga ei stor belastning, som igjen gjev ringverknadar på deira eigenomsorg og evne til å ta vare på seg sjølv. Føremålet med denne litteraturstudien er derfor å belyse korleis ein som sjukepleiar kan fremje meistring av eigenomsorg hjå personar med schizofreni.

### Problemstilling

«Korleis kan ein som sjukepleiar fremje meistring av eigenomsorg hjå personar med schizofreni?».

### Metode

I denne oppgåva er det nytta litteraturstudie som metode. Det vil sei at ein brukar allereie eksisterande fagkunnskap, teori, forskning og erfaringskunnskap for å belyse problemstillinga.

### Oppsummering

Studien konkludera med at struktur, klarheit og påskjøning er gode miljøvariablar som sjukepleiaren kan nytte for å fremje meistring av eigenomsorg. Sjukepleiaren har vidare ein støttande og pedagogisk funksjon, som er med på byggje opp om brukaren sine problem- og meistringsmetodar. Ei samhandling mellom partane er avgjerande, der fremjing av empowerment og brukaren sine resursar er vel så viktig som sjukepleiaren sin hjelpande rolle. Dei ovannemnte faktorane er avhengig av ein god kommunikasjon og relasjonen mellom sjukepleiar og brukar. Ein kan såleis sei kommunikasjon og relasjon vert sett på som eit fundament for at sjukepleiarar kan fremje meistring av eigenomsorg hjå ein person med schizofreni.

### Nøkkelord

Schizofreni, meistring, eigenomsorg

## Abstract

### Title

How to encourage self-care among people diagnosed with schizophrenia.

### Background

Approximately 600-800 people get diagnosed with schizophrenia every year in Norway. For many of these people the illness become a big challenge and reduces their ability to take care of themselves. The purpose of this study is to look at how nurses can help these people improve their self-care.

### Issue

«How can nurses help people with schizophrenia to improve their self-care?».

### Method

In this study, literature study is used as method. Literature study means that existing literature is used, like theory, science and also experiential learning, to give an answer to the issue.

### Summary

The study concludes with that structure, clearness and rewards are important factors that the nurses can use in the environment to help people with schizophrenia to improve self-care. The nurses also have a supporting and pedagogic function, that helps the patients develop methods to cope with their problems. Cooperation between the nurses and the patients is very important, and improvement of the patients empowerment and resources are just as important as the nurses helping role. The factors here mentioned are dependent of good communication and a good relation between the nurse and the patient. This means that communication and relation is a prerequisite if the nurses are going to help people with schizophrenia to improve self-care.

### Keywords

Schizophrenia, mastery, self-care

## Innhald

1 Innleiing .....	1
1.1 Problemstilling .....	1
1.2 Tema, avgrensing og definisjon av problemstillinga .....	2
1.3 Korleis oppgåva er løyst.....	3
2 Metode .....	4
2.1 Litteratur som er nytta .....	4
2.2 Søkord og databasar .....	5
2.3 Kjeldekritikk .....	6
3 Teori.....	7
3.1 Personen med schizofreni .....	7
3.2 Dorothea Orem sin eigenomsorgsteori .....	8
3.2.1 Eigenomsorg .....	8
3.2.2 Sjukepleie til personar med eigenomsorgssvikt .....	9
3.3 Miljø som fremjar eigenomsorg .....	10
3.4 Overordna føringar .....	11
4 Forsking og funn .....	12
4.1 Artikkel 1 .....	12
4.2 Artikkel 2 .....	12
4.3 Artikkel 3 .....	12
4.4 Artikkel 4 .....	13
5 Drøfting.....	14
5.1 Institusjon som arena for å meistre eigenomsorg .....	14
5.2 Den helsefremjande relasjonen og kommunikasjonen.....	16
5.3 Psykisk og fysisk støtte for å fremje eigenomsorg .....	18
5.4 Den pedagogiske sjukepleiaren .....	19
6 Konklusjon .....	22
Bibliografi .....	23
Vedlegg 1: Søk etter artiklar .....	

## 1 Innleiing

I dag vert kring 1 prosent av verdas befolkning ramma av schizofreni (Skårderud, Haugsgjerd, & Stanicke, 2015, s. 319) Førekomsten av sjukdommen i Norge ligg mellom 600-800 stykk kvart år (Folkehelseinstituttet, 2015). Lidinga gjev store belastningar for brukaren, som igjen påverkar eigenomsorga og evna til å ta vare på seg sjølv. Schizofreni vert òg forbundet med tidleg død, grunna kroppslege sjukdommar (Arre & Farshbaf, 2018, s. 118). Kroppslege sjukdommar kan kome av helseskadeleg åtferd som er knytt opp mot lidinga, då særleg tobakksrøyking, dårleg kosthald og lite fysisk aktivitet. Mange vert derfor avhengige av offentleg helsehjelp, deriblant sjukepleie, for å meistre livssituasjonen og ivareta sin eigenomsorg (Folkehelseinstituttet, 2015).

Helse- og omsorgstenestelova § 1-1 ligg til grunn for utøving av psykisk helsearbeid (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Lovens formål er blant anna å førebyggje, behandle og tilretteleggje for meistring av sjukdom, samt sikre tilpassa tilbod til den enkelte sitt behov. Vidare skal yrkesetiske retningslinjer sikre høg etisk sjukepleiefagleg standard ved at sjukepleiaren skal understøtte håp, meistring og livsmot hjå brukaren (Norges sykepleierforbund, 2011). Personar med schizofreni har dårlegare kroppsleg helse enn normalbefolkninga, og mange har vanskar med å skaffe seg den helsehjelpa som er nødvendig (Arre & Farshbaf, 2018, s. 118). Det er derfor viktig å utøve sjukepleie som er helsefremjande og som førebyggjer sjukdom. Dette inneber at ein som sjukepleiar gjev god og heilskapleg behandling, og at ein legg til rette for at den enkelte utviklar best mogleg eigenomsorg slik at helsa vert fremja (Skårderud et al., 2015, s. 226).

### 1.1 Problemstilling

*«Korleis kan ein som sjukepleiar fremje meistring av eigenomsorg hjå personar med schizofreni?»*

## 1.2 Tema, avgrensing og definisjon av problemstillinga

Tema i bacheloroppgåva er sjukepleiaren si rolle i å fremje meistring av eigenomsorg hjå personar med schizofreni. I løpet av psykiatripraksisen møtte eg fleire personar med denne lidinga. Eg fekk erfare at fleire av brukarane hadde problem med å ivareta eigenomsorga si. Mange var overvektige, hadde lite motivasjon til aktivitet, samt lite fokus på å etterstrebe eit sunt kosthald. Gjennom eit terapeutisk miljø og ved å etablere gode relasjonar, var mi rolle som sjukepleiarstudent å leggje til rette for at dei i vare tok si eigenomsorg. Eg opplevde at schizofreni likevel utartar seg ulikt frå person til person, og denne oppgåva gjev dermed ikkje føringar for korleis ein kan fremje meistring hjå alle.

Eg avgrensar oppgåva ved at eg ynskjer å ta utgangspunkt i mi praksiserfaring. Tiltaket var ein privat institusjon i kommunen, for vaksne brukarar med schizofreni i alderen 30-70 år. Ettersom universelle eigenomsorgsbehov omfattar både fysiske, psykiske, sosiale, og åndelege aspekt i livet, ynskjer eg å avgrense oppgåva til det fysiske (Cavanagh, 1991, s. 19). Det fysiske aspekt avgrensar eg vidare til korleis ein som sjukepleiar kan støtte brukarar til meistring av fysisk aktivitet, og til å ha eit sunt kosthald i dagleglivet.

Eg har nytta omgrepa *eigenomsorg* og *meistring* i problemstillinga. Oppgåva tek utgangspunkt i Dorothea Orem sin eigenomsorgsteori og korleis ein skal meistre eigenomsorg. I følgje Orem dreiar *eigenomsorg* seg om : «Handlinger som et menneske tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære. *Omsorg for andre* er et voksent menneskes bidrag til helse og velvære for avhengige medlemmer av den voksnes sosial gruppe.» (Kristoffersen, 2011, s. 228). Dragset (2014) beskriv *meistring* som summen av indre ressursar og handlingar til den enkelte for å handtere ytre krav og konflikhtar (Harris & Ursin, 2018, s. 238). Det handlar om korleis det enkelte individ møter livssituasjonar som er belastande. Heggen (2007) meina at meistring og kan brukast som ein måte å takle stress og sjukdom på, slik at ein kjem seg vidare på ein god måte. For at ein skal oppnå meistring, er motivasjon òg ein viktig faktor (Eide & Eide, 2018, s. 48).



### 1.3 Korleis oppgåva er løyst

Oppgåva byrjar med innleiing der eg gjer greie for tema, problemstilling og definisjon av omgrep. Vidare forklarar oppgåva metoden. Der kjem det fram kva metode som er nytta, val av litteratur, søkeord og databasar, samt styrker og svakheiter med litteraturen eg har funne. Teorikapittelet omhandlar personen med schizofreni, Dorothea Orem sin eigenomsorgsteori, miljø som fremjar eigenomsorg og overordna føringar. I kapittel fire; forskning og funn, tek eg føre meg dei fire forskingsartiklane eg har funne for å belyse problemstillinga. I drøftingsdelen vil eg drøfte problemstillinga opp mot teori, forskning og erfaringskunnskap. Avslutningsvis vil eg kome med ein konklusjon.

## 2 Metode

Metode fortel oss korleis vi skal gå fram for å innhente eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2017, s. 51). Grunngevinga for at ein vel ein spesifikk metode, er at ein tenkjer at metoden eignar seg best til å belyse problemstillinga ein har. I oppgåva har eg nytta litteraturstudie for å innhente informasjon og kunnskap for å svare på problemstillinga. Då nyttar ein allereie eksisterande fagkunnskap, forskning og teori som verktøy (Dalland, 2017, s. 207). Det vil òg vere relevant å nytte seg av erfaringar og opplevingar frå praksis.

Når eg samla inn litteratur, gjekk eg kritisk i gjennom innhaldet og samanfatta det heile til slutt. Artiklane eg har valt å nytta i oppgåva er kvalitative. Dersom eg hadde brukt kvantitativ forskning, kunne ein med fordel funne data i form av målbare einingar (Dalland, 2017, s. 52). Fordelen med kvalitativ forskning er at ein får fram subjektive menneskelege erfaringar, opplevingar og haldingar (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012, s. 72). Kvalitativ forskning er med på styrke oppgåva, då ein gjennom denne metoden får vite korleis ein skal tilnærma seg den aktuelle brukargruppa, slik at dei opplev meistring av sin eigenomsorg.

### 2.1 Litteratur som er nytta

For å finne relevant teori, har eg nytta litteratur frå alle tre åra på sjukepleiarstudiet. Det var ynskjeleg å få auka kunnskap og forståing om omgrepet schizofreni, og korleis dei som er råka vert påverka. Eg valte derfor å nytta meg av fleire bøker frå psykiatrifaget: *Psykiatri for helsefag* (Arre & Farshbaf, 2018), *Psykiatriboken* (Skårderud et al., 2015) og *Helt – ikkje stykkevis og delt* (Hummelvoll, 2012). Det har vert brukt primærlitteratur der det har vore mogleg, men eg har òg sett meg nøydd til å nytte sekundærkjelder. *Bind 1 Grunnleggende sykepleie* (Kristoffersen, 2011) er ei sekundærkjelde ettersom teorien byggjer på Dorothea Orem sin eigenomsorgsteori. Eg har dermed samanlikna innhaldet med fleire kjelder, deriblant *OREMs sykepleiemodell i praksis* (Cavanagh, 1991) for å vere sikker på at eg har forstått omgrepet rett. Det er vidare brukt *Bære eller breste* (Røkenes & Hanssen, 2015) og *Kommunikasjon i relasjonar* (Eide & Eide, 2018) for innhente kunnskap om miljøet som arena til å fremje eigenomsorg, samt viktigheita av relasjon og kommunikasjon. Eg har og valt å

nytte meg av sentrale nettsider som Folkeinstetuttet.no, Lovdata.no, Nsf.no og Regjeringen.no.

## 2.2 Søkeord og databasar

Gjennom biblioteksidene til Høgskulen på Vestlandet, fann eg fram til aktuelle databasar. Eg valte å bruke Academic Search Elite, CINHALL og MEDLINE samstundes, dette for å effektivisere søket mitt og for få fram fleire forskingsartiklar som kunne vere relevant for problemstillinga.

Søka vart utført i mars/april. På bakgrunn av problemstillinga og avgrensinga valte eg å nytte søkeorda: «motivation», «schizophrenia» og «physical activity». Eg brukte Svemed+ og Ordnett for å finne synonymord som kunne utvide søket mitt. Ved å kombinere «motivation», «schizophrenia» og «physical activity», saman med deira synonymord, fekk eg 139 treff. Eg las gjennom samtlege overskrifter, og leste samandraget på dei artiklane som kunne vere relevante for problemstillinga. Den artikkelen eg fann interessant var artikkel nr 3: "Barriers, Benefits, and Strategies for Physical Activity in Patients With Schizophrenia" (Rastad, Martin, & Åsenlof, 2014). Vidare nytta eg søkeorda "health promotion" og "menthal health care" saman med «schizophrenia» og «physical activity». Då fekk eg 11 treff. Her var artikkel nr 4 relevant: "We're not just sitting on the periphery": a staff perspective of physical activity in older adults with schizophrenia (Leutwyler, Hubbard, Jeste, & Vinogradov, 2013). Tidlegare har eg forsøkt å søke på forskingsartiklar som omhandlar schizofreni og miljøterapi, men det gav ingen resultat då artiklane enten var for gamle eller ikkje relevante for problemstillinga.

Ved å kombinere søkeorda: «Psychosis OR schizophrenia» saman med «physical activity» og "Preventing metabolic syndrome" oppstod det 5 treff. Den første artikkelen var aktuell; "Preventing the Development of Metabolic Syndrome in People with Psychotic Disorders- Difficult, but Possible: Experiences of Staff Working in Psychosis Outpatient Care in Sweden" (Bergquist, Karlsson, Anniqa, Wardig, & Hultsj, 2013). Vidare ynskja eg å finne ein artikkel som belyste den hjelpande relasjonen. Eg nytta meg dermed av søkeorda «helping relationship\*» og «menthal health» og fekk 150 treff. Ved å lese samandraga fant eg artikkel

nr 2 interessant; "Recovery-oriented professionals: helping relationships in mental health services" (Borg & Kristiansen, 2004).

### 2.3 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk betyr at ein skal vurdere og karakterisere litteraturen ein har funne, og ein skal undersøke om litteraturen beskriv og belyser problemstillinga på ein god måte (Dalland, 2017, s. 158). Eg har hovudsakleg nytta litteratur frå pensum i sjukepleiarstudiet, som indikera at litteraturen er godkjent hjå høgskulen.

Eg har brukt Høgskulen på Vestlandet sine databasar, som eit ledd i å forsikre meg om at forskinga er har funne er påliteleg. Eg har funne fire kvalitative forskingsartiklar, der tre av artiklane ikkje er eldre enn ni år. Artikkelen «Recovery-oriented professionals: helping relationships in mental health services» (Borg & Kristiansen, 2004) er frå 2004, som kan sjåast på som ein svakheit. Eg har likevel valt å bruke den, då den er med på beskrive og belyse problemstillinga (Dalland, 2017, s. 158). Artiklane eg har funne er bygd opp etter IMRAD-prinsippet, som er eit vanleg formidlingsverktøy innan forskning (Nortvedt et al., 2012, s. 69). Artiklane eg har nytta er alle engelskspråklege. Eg har derfor lest grundig i gjennom innhaldet, for å forsikre meg om at eg forstått teksten rett.

## 3 Teori

I denne delen har eg nytta teori som er hensiktsmessig for å belyse for problemstillinga. Først vil eg forklare korleis schizofreni påverkar dei som er ramma. Vidare vil eg ta føre meg Dorothea Orem sin eigenomsorgsteori, miljø som fremja meistring av eigenomsorg, samt relevante overordna føringar.

### 3.1 Personen med schizofreni

I dag er det fleire psykiske lidingar som per definisjon gjev psykotiske symptom (Arre & Farshbaf, 2018, s. 107). Schizofreni vert sett på som den alvorlegaste av diagnosegruppene (Skårderud et al., 2015, s. 317). For at ein kan stille diagnosen schizofreni, må ein ha minst to psykotiske symptom i minimum ein månad. Ein kan vidare dele symptom på schizofreni inn i positive- og negative symptom (Arre & Farshbaf, 2018, s. 109). Der særleg negativ symptom som apati, viljehemming, lite initiativ og engasjement, kontaktsvaktheit og mangel på glede, kan føre til at eigenomsorga vert svekka (Hummelvoll, 2012, s. 347). Diagnosen debuterer ofte tidleg i livet, og kan ha eit langvarig og kronisk forløp (Arre & Farshbaf, 2018, s. 108). Mange får dermed nedsett funksjonsevne og livskvalitet, som igjen fører til at dei vert hjelpetrengande. Ein manglar motivasjon, har tap av interesse, har konsentrasjonssvikt, er utmatta og opplev livet som eit slit.

Mange med schizofreni har dårleg kroppsleg helse, som er prega av eit usunt kosthald og lite fysisk aktivitet (Arre & Farshbaf, 2018, s. 118). Livsstilen gjev betydeleg vekttauke for mange av brukarane, og dei er utsett for å utvikle diabetes og hjartesyjukdom. Ein del psykotiske brukarar har òg forstyrra kroppsbylde, og ivaretaking av eigenomsorg bør derfor vektleggast (Hummelvoll, 2012, s. 361). Nokre manglar ferdigheiter til å oppretthalde gode helsevanar, medan andre manglar motivasjon og er tiltakslause grunna lidinga.

Det finst ingen eintydig forklaringsmodell på kvifor ein får schizofreni. Dei ulike psykologiske og psykososiale perspektiva som finst, har likevel nokre fellestrekk når det gjeld årsaksforhold (Arre & Farshbaf, 2018, s. 115). Ein ser at det primært handlar om ein

forstyrning av sjølvvet, som kjem som følgje av brukarens tidlegare liv og opplevingar. Dette inneberer traumatiske livserfaringar, diskriminering, tilknytningsskader og fattigdom. Ein kan sei at psykotiske symptom er følgjetilstandar og forsvar mot uthaldelege opplevingar og kjensler.

## 3.2 Dorothea Orem sin eigenomsorgsteori

### 3.2.1 Eigenomsorg

Dorothea Orem beskriv eigenomsorg som handlingar eit enkelt individ tek initiativ til og utføre på eigenhand, slik at ein opprettheld liv, helse og velvære (Cavanagh, 1991, s. 17; Kristoffersen, 2011, s. 228). I definisjonen vert òg omsorg for andre beskrive som ein naturleg og integrert del av menneske si eigenomsorg.

For å oppretthalde helse, normal funksjon, utvikling og velvære beskriv Orem tre ulike eigenomsorgsbehov; dei universelle eigenomsorgsbehova, dei utviklingsrelaterte eigenomsorgsbehova og helsesviktrelaterte eigenomsorgsbehova (Kristoffersen, 2011, s. 230). Dei universelle eigenomsorgsbehova er felles for alle menneske og omfattar både fysiske, psykiske, sosiale, og åndelege aspekt i livet (Cavanagh, 1991, s. 19). Ein kan vidare dele dei universelle eigenomsorgsbehova inn i seks område; behov for å oppretthalde tilstrekkeleg inntak av luft, vatn og mat, å ivareta tiltak knytt til eliminasjonsprosessar, oppretthalde ein balanse mellom aktivitet og kvile, oppretthalde balanse mellom å være åleine og ha sosial kontakt, å motvirke farar som trugar liv, funksjon og velvære, samt fremjing av normalitet (Kristoffersen, 2011, s. 230).

Orem har skissert tiltak for å tilfredstille dei universelle eigenomsorgsbehova (Kristoffersen, 2011, s. 230). Der handlingar for å *oppretthalde tilstrekkeleg inntak av luft, vatn og mat*, inneberer at ein inntar tilstrekkelege mengder for å opprettehalde normalfunksjon, bevare dei tilhøyrande anatomiske strukturane ein har, ivaretaking av fysiologiske prosessar, og ein skal oppleve glede ved å puste, drikke og ete. Medan handlingar for å *oppretthalde ein balanse mellom aktivitet og kvile* omhandlar: å velje aktivitetar som stimulera og

oppretheld balanse mellom fysisk bevegelse, følelsemessig respons, intellektuelle evner og sosial interaksjon, å oppfatte behov for kvile og aktivitet, og nytte personlege evner til å utvikle ein balanse mellom aktivitet og kvile.

Orem skil mellom eigenomsorgs- behov og krav (Kristoffersen, 2011, s. 232).

Eigenomsorgskrav inneberer spesifikke handlingar som skal til for at ein fremjar eigenomsorgsbehov. Når ein har kartlagt kva eigenomsorgsbehov og kva handlingar som skal til for å ivareta desse, må ein undersøkje personen sin eigenomsorgskapasitet (Kristoffersen, 2011, ss. 234-235). Eigenomsorgskapasitet omhandlar personen sine evner til og sjølv identifisere eigenomsorgskrav, evne til å ta eigne avgjerder, og vidare utføre desse. Dersom det er misforhold mellom dei ovannemnte faktorane oppstår det eigenomsorgssvikt.

### 3.2.2 Sjukepleie til personar med eigenomsorgssvikt

Dorothea Orem har utarbeida fem hjelpemetodar som sjukepleiaren kan nytte for å imøtekome eigenomsorgskrava til brukaren (Kristoffersen, 2011, s. 236). Brukaren sin eigenomsorgskapasitet saman med bakgrunn for kvifor ein har sviktande eigenomsorg, avgjer kva metode som vert tatt i bruk. Hjelpemetodane er som følgjande: *Å gjere noko eller handle for nokon, å rettleie nokon, å sørgje for fysisk og psykisk støtte, å sørgje for omgjevnadar som fremjar utvikling, å undervise.*

Når brukaren ikkje greier å ivareta sin eigenomsorg, vert det sjukepleiaren si rolle å erstatte brukaren sine vurderingar og handlingar slik at eigenomsorgsbehova vert dekkja (Kristoffersen, 2011, s. 235). Når det derimot er mogleg for brukaren å utvikle og meistre sin eigenomsorg, må sjukepleia òg leggje til rette for dette. I psykologien vert meistring knytt til korleis ein som individ er i stand til å handtere livshendingar og påkjenningar som overstig dei kvardagslege utfordringane (Renolen, 2015, s. 166). I følgje Lazarus og Folkman (1984) finst det to meistringsstrategiar; emosjonsfokusert- og problemfokusert meistringsstrategiar (Renolen, 2015, s. 169). Problemfokusert meistringsstrategiar byggjer på tiltak som fokusera på problemløysing, som å til dømes endre rutinar og livsstil.

### 3.3 Miljø som fremjar eigenomsorg

Miljøterapi vert i følge psykologen Gerdt Vedeler definert som: «*En virksomhet som går ut på å legge til rette for betingelsene for terapeutisk virkende erfaringer på en koordinert og systematisk måte i , og ved hjelp av, det sosiale og materielle miljø i en institusjon*». (Gerdt Vedeler, referert i Hummelvoll, 2012, s. 471). Ein nyttar då daglegdagsepisodar, planlagde aktivitetar og avdelingssystemet på ein terapeutisk måte (Hummelvoll, 2012, s. 471). Det som ligg i ordet *terapeutisk*, er at ein nyttar miljøet som ein moglegheit til å lære noko meir om seg sjølv og andre. Det forutset at miljøet er tilpassa den enkelte sitt behov og situasjon. Ein kan då få større sjølvinnsikt og utvide sine meistrings – og problemløysingsmetodar. Ved auka sosiale ferdigheiter, vert brukaren òg tryggare på seg sjølv, og ein kan få ei positiv sjølvoppfatning (Hummelvoll, 2012, s. 495). Etter kvart kan dette vere med på å redusere symptombelastninga.

Miljøterapi vert gitt til alle som er innlagd for behandling av schizofreni (Arre & Farshbaf, 2018, s. 125). Ein vil då tilrå eit miljø prega av *støtte, struktur, påskjønning og klarheit*. *Struktur og klarheit* i miljøet bidreg til at brukaren føler seg trygg, som igjen gjer det mogleg å delta på aktivitetar som er tilgjengelege (Hummelvoll, 2012, s. 494). Eit miljø som er prega av *støtte*, er eit miljø med konsistens, omsorg og objektkonstans, som er med på å fremje vekst, nærheit og hjelp til å nytte modne forsvarsmekanismar (Hummelvoll, 2012, s. 493). Med *påskjønning* meina ein at brukaren vert påskjønna for ein viss type åtferd (Arre & Farshbaf, 2018, s. 125) .

For at miljøet skal vere terapeutisk, må individa i gruppa vere homogent samansett (Hummelvoll, 2012, s. 471). Både personalet og brukarar påverkar miljøet i relasjon, og ein kan såleis sei at dei er avhengig av kvarandre. Ein relasjon som byggjer på tillit og respekt er avgjerande (Røkenes & Hanssen, 2015, ss. 179-180). Det gjev vidare rom for at brukaren kan opne seg, samt at ein tek imot hjelp og derav let seg påverke av fagpersonen. I følge Christian Moltu forutset ein god terapeutisk relasjon at ein som fagperson møter brukaren med empati og nysgjerrigheit, samstundes som fagpersonen jobbar med sitt indre og sin sjølvregulering (Strand, 2011).



Kommunikasjon er òg avgjerande for å fremje samhandling og etablere gode relasjonar (Hummelvoll, 2012, s. 420). Kommunikasjonen bør vidare vere personorientert og fagleg fundert (Eide & Eide, 2018, s. 16), dette inneberer å vere open for å sjå *heile* personen, ettersom det då vert lettare å *forstå* personen (Røkenes & Hanssen, 2015, s. 27). Fireperspektiv modellen vert sett på som grunnleggjande i all kommunikasjon og samhandling (Røkenes & Hanssen, 2015, s. 39). Modellen tek utgangspunkt i fire perspektiv som ein situasjon kan sjåast frå: eigenperspektivet (min verden), andreperspektivet (din verden), det intersubjektive opplevelsesfellesskapet (vår verden) og samhandlingsperspektivet (vårt perspektiv på samhandlinga mellom oss). Det som skjer i ein samhandlingsprosess er situasjonsbunden, og må sjåast ut frå konteksten samhandlinga går føre seg i.

### 3.4 Overordna føringar

I *Nasjonal handlingsplan for betre kosthald* kjem det fram at eit kosthald som er ansett for å fremja helsa og førebyggje sjukdom, består av regelmessig inntak av grønsaker, frukt og bær, grove kornprodukt og fisk, samt og avgrensa mengde med kjøt, salt og sukker (Helse- og omsorgsdeperamentet, 2017, s. 98). Vidare kan mat og matlaging nyttast i terapeutisk samanheng og som eit meistringselement (Helse- og omsorgsdeperamentet, 2017, ss. 18-19). Psykisk sjukdom påverkar levevanane til den enkelte, og desto viktigare er det å fremje sunt kosthald saman med regelmessig fysisk aktivitet .

Institusjon vert blant anna nytta som arena til å fremje helsefremjande og førebyggjande arbeid til personar med psykiske forstyrringar og avvikande åtferd (Hummelvoll, 2012, s. 466). Miljøet på institusjonen kan fungere som eit beskyttande element og som bidreg til å hjelpe personar som opplev ein kaotisk livsperiode. Psykisk helsevernlov § 4-2 skal verne om den personlege integritet (Psykisk helsevernloven, 1999). Ved psykisk helsevern i institusjon skal opphaldet tilretteleggjast på slik måte at brukaren har moglegheit til å bestemme over seg sjølv.

## 4 Forsking og funn

### 4.1 Artikkel 1

Den første artikkelen «Barriers, benefits, and strategies for physical activity in patients with schizophrenia» (Rastad et al., 2014) ser på kva motivasjonsfaktorar og barrierar brukarar med schizofreni har med tanke på å utføre fysisk aktivitet. Dette på bakgrunn av at personar med schizofreni har større risiko for å utvikle kardiovaskulære sjukdommar, samt at dei dør tidlegare enn normalbefolkninga. Det vart nytta semistrukturerte intervju, der deltakarane var 20 personar med schizofreni eller schizoaffektiv lidelse. Ved å nytte hjelpsame strategiar som mental førebuing, personleg støtte og aktiv planlegging vart det lettare å utføre fysisk aktivitet i dagleglivet.

### 4.2 Artikkel 2

Den andre artikkelen er den kvalitative studien: “We’re Not Just Sitting on the Periphery”: A Staff Perspective of Physical Activity in Older Adults With Schizophrenia” (Leutwyler et al., 2013). Grunngevinga for studien er at intervensjonar som omhandlar fremjing av fysisk aktivitet hjå eldre med schizofreni er nødvendige. Studien ynskja derfor gjennom perspektivet til dei som jobbar med denne brukargruppa, å sjå kva som motivera og hindrar dei til å vere fysisk aktive. Studien konkluderte med at mental helse, rollemodellar, påskjøningar og institusjonelle faktorar har ei avgjerande rolle.

### 4.3 Artikkel 3

Forskningsartikkelen «Preventing the Development of Metabolic Syndrome in People with Psychotic Disorders—Difficult, but Possible: Experiences of Staff Working in Psychosis Outpatient Care in Sweden” (Bergquist et al., 2013), hadde som hensikt å utforske korleis ein kan implementera livsstilendringar hjå psykisk sjuke. Det vart dermed nytta kvalitative intervju med 12 helsepersonell som jobba poliklinisk med psykotiske brukarar. Resultatet av studien viste at livsstilendringar som fysisk aktivitet og sunt kosthald var vanskeleg, men ikkje umogleg. Den største hindringa som vart identifisert var den kognitive svikten. Det var derfor viktig å tilpasse støtte, intervensjon og undervisning etter kognitiv evne.

#### 4.4 Artikkel 4

Den siste artikkelen eg ynskjer å ta med er «Recovery-oriented professionals: helping relationships in mental health services” (Borg & Kristiansen, 2004). Tidlegare har psykisk helsearbeid basert seg på kva profesjonelle helsearbeidarar meina hjelper mot psykiatriske problem gjennom ulike behandlingsmetodar. Brukarane har hatt liten moglegheit til å kome med sitt perspektiv på kva som vert sett på som den hjelpande relasjonen og kva som skal til for ein skal verte friskare. Studien ynskjer dermed å fremje brukarens perspektiv. Studien er kvalitativ, og er basert på intervju med 15 personar som nytta psykiske helseteneste , der 9 av brukarane hadde schizofreni. Ut frå brukarane si erfaring var desse faktorane sett på som viktig hjå den hjelpande relasjonen: at dei profesjonelle formidlar håp, at ein likestilte forholdet mellom partane, samt at ein var tilgjengeleg og open for meiningane brukaren hadde.

## 5 Drøfting

I denne delen vil eg ta utgangspunkt i Dorothea Orem sine hjelpemetodar for å fremje eigenomsorg. Eg vil vidare nytte anna nemnt teori, forskning og erfaringar for drøfte problemstillinga: Korleis kan ein som sjukepleiar fremje meistring av eigenomsorg hjå personar med schizofreni?

### 5.1 Institusjon som arena for å meistre eigenomsorg

I ein av dei fem hjelpemetodane til Dorthea Orem, seier ho at omgjevnadar kring brukaren er ein viktig del av det å imøtekome eigenomsorgskrava (Kristoffersen, 2011, s. 236). Eg opplevde at dei organisatoriske rammene og miljøet på institusjonen var avgjerande for i kva grad eigenomsorga vart fremja. Institusjonen var med på fungere som eit beskyttande element då dei negative symptoma gjore til at brukarane ikkje alltid greidde å ivareta dei universelle eigenomsorgsbehova på eigenhand (Kristoffersen, 2011, ss. 230-236). Eit miljø prega av struktur, klarheit og påskjøning, gjore til at brukaren vart motivert til å setje seg mål og til å utføre handlingar. Miljøet fremja òg utvikling og vekst, og stimulerte vidare til betre fysisk funksjon og nye ferdigheiter.

I tråd med erfaring frå praksis tilrår Arre & Farshbaf (2018, s. 125) eit miljø som byggjer på struktur, klarheit og påskjøning. Eit avdelingsmiljø som er strukturert kan òg fungere som ei motvekt til det indre kaoset av stress brukaren kjenner (Hummelvoll, 2012, s. 473). I studien til Rastad et al., (2014, s. 1475) kom det fram at ein av dei største hindringane til fysisk aktivitet var stress. Deltakarane i studien, som var personar med schizofreni, uttrykte derfor at aktiv planlegging gjennom ein handlingsplan hadde ei avgjerande rolle for å motvirke ein stressande kvardag. Bergquist et al., (2013, s.356) understrekar viktigheita av struktur i dagleglivet, og seier at daglege rutinar kan vere det første steget til ein suksessfull livstilendring. I praksis opplevde eg at handlingsplanar vart aktivt brukt og dermed var med på skape klarheit og forutsigbarheit til miljøet. For å byggje opp om brukaren sin empowerment og ressursar, planlagde ein saman med brukaren kva aktivitetar som skulle gjennomførast. Sjukepleiarane si rolle var her å foreslå aktivitetar som skulle dekkje dei universale omsorgsbehova som å: oppretthalde eit tilstrekkeleg inntak av vatn og mat, og

oppretthalde ein balanse mellom aktivitet og kvile (Kristoffersen, 2011, s. 230). Aktivitetane kunne vere alt i frå å gå ein lett tur til å trene ei hardare økt på treningssenteret.

I tråd med helse- og omsorgsteneste lova §1-1 , var det viktig at aktivitetane som vart foreslått, var tilpassa den enkelte sitt behov og situasjon. Dette for å fremje den indre motivasjonen til å utføre aktivitetane, men og for å utvikle den enkelte sine meistrings- og problemløysingmetodar (Hummelvoll, 2012, s. 471). Handlingsplanen vart som nemnt laga i samhandling med brukaren for fremje empowerment, men og som følgje av at psykisk helsevernlova § 4-2 fastslår at institusjonen skal tilretteleggje miljøet på ein slik måte at ein fremjar brukarmedverknad (Psykisk helsevernloven, 1999). Ved institusjonen vart det laga egne veksemenyar der brukarane kunne velje måltid ut frå ein allereie opparbeida liste med forslag til middagar. På den måten sikra vi at brukaren fekk i seg kost som var variert og i tråd med *Nasjonal handlingsplan for betre kosthald* sine anbefalingar (Helse- og omsorgsdeperamentet, 2017, s. 98).

Mangel på motivasjon vert sett på som ein av dei største barrierane til personar med schizofreni (Rastad et al., 2014, s. 1476). Dette kan sjåast i samheng med kvifor nokre ikkje ynskjer å vere fysisk aktive og ha eit sunt kosthald. Erfaringsmessig vart derfor påskjønning eit fint supplement for å motivere dei til å gjennomføra aktivitetar dei hadde satt opp på handlingsplanen sin. I følgje Arre & Farshbaf (2018, s. 125) har påskjønning vist seg å ha ein positiv effekt på negative symptom som sosial tilbaketrekking, dårleg motivasjon, og sviktande merksemd. I studien til Leutwyler et al., (2013, s. 479) fortalte personalet at sjåverdigheter var ein god måte å fremje motivasjonen og få brukarane til å vere meir aktive. Det å få kjøpe seg ein kopp kaffi, kunne vere nok til å motivere dei til å gå ein tur. Samstundes opplevde eg at brukarane verka til å vere avhengig av påskjønning for å verte motivert. Ein kan dermed sei at nokre vart mindre rusta til eit liv utanfor institusjonen.

Institusjon som arena for å meistre eigenomsorg kan vere utforande på mange måtar. Gjennom erfaring opplevde eg at institusjonen kunne virke passiviserande inn på brukane då personalet og miljøet i institusjonen kunne forma kvardagen deira i stor grad. Eg såg og at

nokre av brukarane hadde gjort seg avhengige av personalet, òg ikkje greidde å meistre sin eigenomsorg utan tilretteleggjing og hjelp. «Medleverturnus» gav og utfordringar sett i forhold til å yte høg sjukepleiefagleg standard i tråd med dei yrkesetiske retningslinjer (Norges sykepleierforbund, 2011). Ettersom lidinga fører med seg lite initiativ og engasjement frå brukaren si side, sette dette samhandlinga på prøve (Hummelvoll, 2012, s. 347). I følgje Christian Moltu er det då viktig at ein jobbar med sjølvregulering, der ein ikkje let seg irritere eller påverke av brukaren sin oppførsel (Strand, 2011). Om sjølvreguleringa derimot svikta er det viktig at ein som sjukepleiar vedgår at slik oppførsel ikkje er akseptabel. Dette kan i følgje Moltu, verke positivt inn på terapiprosessen.

## 5.2 Den helsefremjande relasjonen og kommunikasjonen

Eit miljø som fremjar eigenomsorg handlar ikkje berre om institusjonen som arena, men og i stor grad om personane som er i miljøet. I følgje Hummelvoll (2012, s. 471) er ein avhengig av ei homogent samansett gruppe for at ein kan definere eit miljø som terapeutisk. Ein kan dermed sei at både sjukepleiaren og brukaren formar miljøet i relasjon med kvarandre. For å etablere gode relasjonar i miljøet, er god kommunikasjon mellom partane avgjerande (Hummelvoll, 2012, s. 420). I studien til Bergquist et al., (2013, s. 354) uttrykkjer deltakarane viktigeita av god kommunikasjon som eit verktøy for å understøtte helsefremjande tiltak, som vidare gjer til at ein meistrar eigenomsorga. På same måte som ein tilretteleggjer aktivitetar på ein slik måte at ein brukar kan imøtekomma eigenomsorgskrava, bør sjukepleiaren ta stilling til den kognitive funksjonen til den enkelte. Ettersom symptom, som følgje av schizofreni, kan gje både lite initiativ og engasjement, samt kontaktsvakheit, bør ein tilpasse kommunikasjonen deretter (Hummelvoll, 2012, s. 347). Bergquist et al., (2013, s.354) fortel vidare at informasjonen ikkje berre bør individualiserast, men og kome til uttrykk når brukaren er «open» for det. Informasjon i form av kommunikasjon bør også repeterast ofte, både verbalt og gjennom nedskrivne beskjedar.

I følgje Eide & Eide (2018, s. 16) bør kommunikasjonen vere personorientert og fagleg fundert. Det kan innebære at ein som sjukepleiar skal sjå på personen som eit holistisk menneske, med ibuande ressursar, egne verdiar, ynskjer og moglegheiter. Når ein er open

for å sjå heile personen, som holisme indikerar, er det og lettare å forstå brukaren, samt tilretteleggje for meistring av eigenomsorg (Røkenes & Hanssen, 2015, s. 27). Dette er i tråd Christian Moltu sin doktorgrad, der han trekkjer fram at ein som fagperson skal «vere empatisk med heile seg» (Strand, 2011). Det gjer til at ein kan fange opp brukaren sine kroppslege uttrykk, der utrykka vidare kan signaliserer om brukaren er tilfreds eller ikkje. At ein fagperson forstår, vil derfor verke positivt inn på relasjonen (Røkenes & Hanssen, 2015, s. 27). Ein vil då etablere ei samhandling som byggjer på tillit, trygghet, truverdigheit og tilknytning, som vidare gjer rom for positiv utvikling og livstilendring. Orem sin teori understrekar òg at ei miljø som er helsefremjande byggjer på respekt, tillit, og verdsetjing (Kristoffersen, 2011, s. 236).

For å etterstrebe eit holistisk syn, kan ein nytte fire-perspektiv modellen (Røkenes & Hanssen, 2015, s. 39). Modellen vert sett på som grunnleggjande i all kommunikasjon og samhandling, ettersom den tek utgangspunkt i fire perspektiv ein situasjon kan sjåast frå. Eg erfarte at det kunne vere vanskeleg å setje seg inn i andreperspektivet, ettersom lidinga påverka brukarane i ulik grad. I studien til Borg & Kristiansen (2004, s. 494) ønska dei å undersøkje kva fellesfaktorar som vart sett på som den hjelpande relasjonen gjennom brukaren sitt perspektiv. Informantane i studien fortel at det er essensielt at ein etablera ei samhandling som byggjer på tillit, respekt og empati. Vidare fortel dei at relasjonen ikkje vert oppretthaldt dersom ein ikkje likestiller forholdet. Det var og viktig at ein ikkje berre snakka om sjukdomsrelaterte tema, men at ein hadde ein kommunikasjon og relasjon som bygde på ei salutogen tilnærming.

Gjennom erfaring opplevde eg at etter kvart som brukarar lærte meg å kjenne og relasjonen mellom oss utvikla seg, fekk dei meir tiltru til meg. Eg kunne dermed i større grad påverke brukaren, og ein kan såleis sei at relasjonen og kommunikasjonen var avgjerande for at eg kunne fremje meistring av eigenomsorg. I byrjinga gav miljøet på intuisjonen utfordringar, sett i forhold til at strukturen forma brukarane i stor grad. Det var dermed vanskeleg å sjå heile personen med sine ibuande ressursar og ferdigheiter (Eide & Eide, 2018, s. 16). Dette vart likevel betre etter kvart som ein lærte individet å kjenne. I studien til Rastad et al.,

(2014, s. 1475) uttrykkjer brukarane at dei tykkjer det fint å ha det same personalet over lengre periodar. Det vert òg lettare for dei å verte betre kjend med personale og etablere ei samhandling. Kontinuitet i form av same personale var særleg viktig for dei som ikkje hadde andre relasjonar.

### 5.3 Psykisk og fysisk støtte for å fremje eigenomsorg

Å sørge for støtte er gjentakande i 3 av 4 forskingsartiklar, og vert sett på som ein sentral del av sjukepleiaren si rolle for å fremje meistring av eigenomsorg. Dette vert lagt vekt på i Orem sine hjelpemetodar, der ho beskriv at fysisk og psykisk støtte er eit viktig sjukepleiartiltak når det har oppstått eigenomsorgsvikt hjå brukaren (Kristoffersen, 2011, s. 236). Etersom eigenomsorgsvikt som regel skuldast ressursvikt som følgje av helsesvikt eller sjukdom, treng dei ofte støtte til å meistre eigenomsorgskrava.

Orem fortel vidare at sjukepleiaren kan støtte gjennom oppmuntring og hjelp, som igjen kan bidra til at brukaren gjennomfører handlingar (Kristoffersen, 2011, s. 236). Eg erfarte at støtte frå sjukepleiaren ofte var avgjerande for at dei skulle utføre aktivitetar. Mitt nærvær kunne fungere som tilstrekkeleg støtte, eller støtte gjennom ros og handling kunne vidare fremja meistring. I studien til Bergquist et al., (2013, s. 355) beskriv deltakarane aktiv støtte som ein føresetnad for å etablere permanente livsstilforandringar. Dei som oppnådde best resultat i form av å ivareta sin eigenomsorg, var dei som hadde fått opparbeida støtte gjennom etablert kontakt og samhandling. Studien beskriv korleis ein skal støtte heimebuande personar med schizofreni, men eg tenkjer dette også er viktig for dei som bur på institusjon. Etersom dei kanskje har større behov for aktiv støtte, då dei ikkje kan ivareta sin eigenomsorg i den grad at dei kan bu heime. Bergquist et al., (2013, s. 355) fortel vidare at støtte kan stimulere brukarar til å gå turar, samt at støtte gjennom følgje av ein, kan gjere til at dei går på butikken og er deltakande under matlaging.

I artikkelen til Borg & Kristiansen (2004, s.500) beskriv deltakarane viktigheita av at den hjelpande relasjonen utfordrar dei. Brukaren har rett til å ta del i avgjersla kring sin



helsetilstand, men samstundes er det viktig at sjukepleiaren stiller krav. Å utfordra brukaren vert òg sett på som viktig i studien til Rastad et al., (2014, s. 1472). Ein av deltakarane beskriv at det kan vere vanskeleg å få gjort aktivitetar i det heile, og ein er dermed avhengig av at nokon støttar og gjer dei den «dytten» dei treng. Hummelvoll (2012, s. 495) fortel at eit miljø som stiller krav og utfordrar, er med på å auka sosiale ferdigheiter som igjen bidreg til at ein vert tryggare på seg sjølv. Ein kan då få ei positiv sjølvoppfatning som vidare kan vere med på redusere symptombelastinga. Orem beskriv støtte som ein viktig bidragsytar til at brukaren kan føle seg trygg og derav vil bli motivert til å utføre eigenomsorg (Kristoffersen, 2011, s. 237). Deltakarane i studien til Bergquist et al., (2013, s. 355) beskriv det òg som vanskeleg å støtte personar med schizofreni. Dette grunna at brukarane ofte lid av fatigue, som indikerer at dei manglar energi. Det er derfor avgjerande at ein som sjukepleiar er dedikert og tolmodig, og nyttar seg av sin støttande rolle, som vidare kan bidra til at brukarane deltek på avtalte aktivitetar som fremjar eigenomsorga.

#### 5.4 Den pedagogiske sjukepleiaren

Eg opplevde at ein stor del av sjukepleia som vart utøvd var pedagogisk. Som hjelpemetodane til Orem tilseier, skal ein som sjukepleiar: undervise, rettleie og hjelpe brukarar i å utføre tiltak når det er nødvendig (Kristoffersen, 2011, s. 236). Som ein føresetnad for å kunne hjelpe brukaren, påpeikar Orem at eit menneske til menneske forhold mellom brukar og sjukepleiaren bør vere etablert, og at god kommunikasjon mellom partane er avgjerande (Kristoffersen, 2011, ss. 235-237). Røkenes & Hanssen (2015, s. 178-180) seier at ein relasjon skal byggje på respekt og tillit i eit hjelpeforhold. Når det er etablert ein god relasjon mellom brukar og sjukepleiar, kan sjukepleiaren sine eventuelle kritiske kommentar kring brukarens åtferd og livsstil, bli sett på som omtanke og hjelp. Dersom ein derimot ikkje har etablert ein god relasjon, kan den same «kritikken» verte oppfatta som sarkasme eller avvising. Relasjon er dermed avgjerande for at brukaren kan opne seg opp for sjukepleiaren, samstundes som at ein let seg påverke av råd og hjelp som sjukepleiaren ynskjer å bidra med.

Undervising vert nytta når brukaren må tileigne seg nye ferdigheiter og/eller kunnskap for å meistre sin eigenomsorg (Kristoffersen, 2011, s. 236). Det er då viktig at ein som sjukepleiar kartleggjer læringsbehova, og tek omsyn til brukaren sin bakgrunn, erfaringar og livsstil. Deltakrane i studien til Bergqvist et al., (2013, s. 354) kartlagde ernæringa til brukarane, ved å be dei lage ei matdagbok. Det viste seg at dei fleste hadde få og store måltid per dag, samt at ernæringa bestod av usunn mat som hamburgarar og likande. Dette kan sjåast i samanheng med manglande motivasjon, medan andre manglar ferdigheiter og derav ikkje greier å oppretthalde gode helsevanar (Hummelvoll, 2012, s. 361). Deltakarane i Bergquist et al., (2013, s. 354) fortel vidare at det då var viktig at ein rettleia og kom med forslag til kva som kunne endrast. Dette er i tråd med Orem sin teori, då ho uttrykkjer at det er viktig at ein som sjukepleiar rettleiar brukaren til å utføre handlingar som fremjar brukaren sine eigenomsorgsbehov (Kristoffersen, 2011, s. 237). Det er særleg viktig at ein sjukepleiar fremjar gode helsevanar gjennom eit sunt kosthald til personar med schizofreni ettersom lidinga gjev betydeleg vektauke for mange, og dei er utsett for å utvikle diabetes og hjartesyjukdom (Arre & Farshbaf, 2018, s. 118).

Manglande kunnskap kan vidare sjåast i samanheng med at schizofreni hjå mange oppstår i tidleg alder, og kan ha eit langvarig og kronisk forløp (Arre & Farshbaf, 2018, s. 108). Lidinga kan derav føre til funksjonssvikt, og det kan dermed tenkjast at dei ikkje har tillærte meistringsstrategiar, og ikkje veit korleis dei skal handtere kvardagslege utfordringar (Renolen, 2015, s. 166). Dermed er det viktig at ein som sjukepleiar underviser og rettleiar, slik at dei lærer seg problemfokuserte meistringsstrategiar, som i dette tilfelle kan vere tiltak som fokusera på endring av rutinar og livsstil (Renolen, 2015, s. 169). For at ein person skal kjenne på meistring, er det viktig at ein er motivert (Eide & Eide, 2018, s. 48). Ein kan såleis sei at motivasjon og meistring heng saman. I studien til Leutwyler et al., (2013, s. 478) fortalte personalet viktigheita av å tilretteleggje fysisk aktivitet for å fremje sjølvstende og meistring. Dette vart gjort ved å opparbeide ein rangering der dei fysiske aktivitetane vart tilpassa brukarane sine funksjonsnivå. Etter kvart som dei vart i betre fysisk form, kom dei høgare opp i nivå på rangeringssystemet, som vidare utfolda deira meistringsstrategiar samt at det fungerte som vidare motivasjon. Dette kan òg sjåast i samanheng med undervising, der det er viktig at ein møter brukarane på deira nivå, og tilpassar aktivitetar som trening og matlaging etter deira læringskurve og ynskjer.

Orem fortel at sjukepleiaren har som oppgåve å motivere brukaren til å sjå betydninga av det ein skal lære (Kristoffersen, 2011, s. 236). I praksis erfarte eg at dei fleste såg betydninga av det å kunne vere i aktivitet og ha eit kosthald som tilfredstilte eigenomsorgsbehova. Mange hadde som overordna mål å verte meir sjølvstendige, der ein sjølv kunne identifisere eigenomsorgskrav, ta helsefremjande avgjerder og vidare utføre desse (Kristoffersen, 2011, ss. 234-235). På den andre sida opplevde eg at dei fleste brukarane var ambivalente, der dei hadde motstridande følelsar kring endring av sin livsstil. Eksempelvis hadde mange lett for å overete, slik Bergqvist et al., (2013, s. 354) sin studie påpeikar. Om ein som sjukepleiar då kom med forslag om at dei skulle ete normale porsjonar, kunne brukaren verte motstridande. Det var då sjukepleiaren si oppgåve å hjelpe brukaren til å sjå betydninga av kvifor vi meinte som vi gjorde, samt at ein viste forståing for deira ambivalens. Som sjukepleiar kunne ein berre forslå endringar i deira kosthald og aktivitet, ettersom dei har sjølvråderett. Deira ambivalens vart dermed etisk utfordrande, då ein som sjukepleiar alltid har som mål å fremje velgjørenheit.

At ein sjukepleiar gjer noko eller handlar for nokon, vil sei at ein som sjukepleiar tek initiativ til å utføre handlingar som kompensera for brukaren sin ressursvikt (Kristoffersen, 2011, s. 237). I praksis opplevde eg at dagane til brukarane var varierende, der lidinga i ulik grad gjorde til at dei ikkje alltid hadde ressursar, motivasjon og ork til utføre daglege rutinar for å ivareta sin eigenomsorg. Det var dermed viktig å støtte opp om deira empowerment, der dei som sjølvstendige individ var med på bestemme kva delar av handlingsplanen dei ønskja å utføre. Nokre dagar kunne det derfor vere nok for dei å dekke bordet, medan ein som sjukepleiaren laga maten. At ein brukar observerer korleis handlingar skulle utførast kan og sjåast som ein læresituasjon, som ved seinare høve kunne utvide deira problem – og meistringsmetodar (Hummelvoll, 2012, s. 471). Samstundes var det viktig at ein som sjukepleiar ikkje tok heilt overhand, då institusjonen som tidlegare nemnt kan passivisera brukaren i den grad at dei vert mindre rusta for eit liv utanfor institusjonen. Det er dermed viktig at sjukepleiaren gjev god og heilskapleg behandling der ein utnyttar sine og brukaren sine ressursar etter behov. Ein bør heile tida revurderer brukaren sitt behov for kompensasjon til utføre handlingar ettersom det og er viktig å byggje opp om deira empowerment og deira rett til å ta avgjersla kring sin helsetilstand.

## 6 Konklusjon

I denne oppgåva har eg belyst kva rolle ein sjukepleiar kan ha i å fremje meistring av eigenomsorg sjå personar med schizofreni. Med utgangspunkt i Dorothea Orem sine hjelpemetodar, saman med anna relevant teori, forskning og erfaringskunnskap, viser det seg at sjukepleiaren sin rolle er samansett og avgjerande.

For å fremje eigenomsorg må sjukepleiaren arbeide for at miljøet ved institusjonane vert prega av klarheit og struktur. Påskjønning og premiering er eit viktig verkemiddel sjukepleiaren kan nytta seg av for å motivera til aktivisering som igjen styrkar eigenomsorga. Eg etterlyser likevel meir forskning som byggjer på schizofreni og den langsiktige effekten av det terapeutiske miljøet. Eg tenkjer dette er viktig å få meir kunnskap om, då dei fleste innleggande personar med schizofreni, nettopp får miljøterapi som ein del av behandlinga. Vidare er det viktig at ein som sjukepleiaren har ein støttande funksjon gjennom nærvær og handling, samstundes som ein utfordrar brukaren på ein slik måte at dei utviklar sine problem- og meistringsmetodar. Oppgåva fokusera på sjukepleiaren si rolle i fremjing av eigenomsorg. På tross av dette er det likevel viktig at ein som sjukepleiar støttar opp om brukaren sin empowerment og ressursar som vidare kan sørgje for utvikling og vekt, samt stimulera til nye ferdigheiter. Sjukepleiaren sin pedagogisk funksjon bidreg til at brukaren imøtekjem sine eigenomsorgskrav gjennom undervisning, rettleiing, tilrettelegging og hjelp. Eg har erfart at dei nemnte faktorane vert ubetydelege, dersom sjukepleiaren ikkje har etablert ein relasjon og kommunikasjon som byggjer på tillit, respekt og verdsetjing. Ei samhandling mellom sjukepleiaren og brukaren er avgjerande, og kan dermed sjåast som eit fundament for at sjukepleiaren skal kunne fremje meistring av eigenomsorg hjå personar med schizofreni.

## Bibliografi

- Arre, T., & Farshbaf, M. (2018). Psykoselidelser. I T. Arre (Red.), *Psykiaatri for helsefag* (2. utg., ss. 107-130). Bergen: Fagbokforlaget.
- Bergquist, A., Karlsson, M., Annika, F., Wardig, R., & Hultsj, S. (2013). Preventing the Development of Metabolic Syndrome in People with Psychotic Disorders-Difficult, but Possible: Experiences of Staff Working in Psychosis Outpatient Care in Sweden. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(5), ss. 350-358.  
doi:<http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.3109/01612840.2013.771234>
- Borg, M., & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13(5), ss. 493-505.  
doi:10.1080/09638230400006809
- Cavanagh, S. J. (1991). *OREMs sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, T., & Eide, H. (2018). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2015, Juni). *Om bipolar lidelse, schizofreni og personlighetsforstyrrelser*. Hentet fra <https://fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/om-bipolar-lidelse-schizofreni-og-personlighetsforstyrrelser/>
- Harris, A., & Ursin, H. (2018). Stress og mestring i et helsefremmede perspektiv. I Å. Gammersvik, & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (2. utg., ss. 221-236). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helse- og omsorgsdeperamentet. (2017). *Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021)*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/fab53cd681b247bfa8c03a3767c75e66/handlingsplan\\_kosthold\\_2017-2021.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/fab53cd681b247bfa8c03a3767c75e66/handlingsplan_kosthold_2017-2021.pdf)
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30)*. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_1)

- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug (Red.), *Bind 1 Grunnleggende sykepleie* (2. utg., ss. 207-270). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Leutwyler, H., Hubbard, E., Jeste, D., & Vinogradov, S. (2013). "We're Not Just Sitting on the Periphery": A Staff Perspective of Physical Activity in Older Adults With Schizophrenia. *Gerontologist*, *53*(3), ss. 474-483. doi:<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1093/geront/gns092>
- Norges sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert* (2. utg.). Oslo: Akribe AS.
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62)*. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=lov%20om%20psykisk%20helsevern#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=lov%20om%20psykisk%20helsevern#KAPITTEL_3)
- Rastad, C., Martin, C., & Åsenlof, P. (2014). Barriers, Benefits, and Strategies for Physical Activity in Patients With Schizophrenia. *Physical Therapy*, *94*(10), ss. 1467-1479. doi: <http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.2522/ptj.20120443>
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P. H. (2015). *Bære eller bryte* (3. utg.). Bergen: Fagforlaget.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stanicke, E. (2015). *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Strand, N. (2011, Juli 5). *Hva gjør gode terapeuter så gode?* Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/forskningsintervju/2011/07/hva-gjor-gode-terapeuter-sa-gode>

## Vedlegg 1: Søk etter artiklar

Søk	Søkeord	Antall treff	Funn
1	schizophrenia OR Schizophrenias OR Schizophrenic Disorders OR Disorder, Schizophrenic OR Schizophrenic Disorder	232,961	
2	motivation	258,541	
3	physical activity OR lifestyle	437,973	
4	1 AND 2 AND 3	139	Artikkel 3: "Barriers, Benefits, and Strategies for Physical Activity in Patients With Schizophrenia."
5	Health promotion	242,618	
6	Mental health care	70,421	
7	1 AND 3 AND 5 AND 6	11	Artikkel 4: "We're not just sitting on the periphery": a staff perspective of physical activity in older adults with schizophrenia.
8	Therapeutic milieu	798	
9	1 AND 8	41	
10	Psychosis	137,442	
11	10 OR 1 AND 3	146,055	
12	Preventing metabolic syndrome	103	
12	11 AND 12	5	Artikkel 1: Preventing the Development of Metabolic Syndrome in People with Psychotic Disorders-Difficult, but Possible: Experiences of Staff Working in Psychosis Outpatient Care in Sweden.

<u>Søk</u>	<u>Søkeord</u>	<u>Antall treff</u>	<u>Funn</u>
1	Helping relationship*	1,227	
2	Menthal health	498,020	
3	1 AND 2	150	Artikkel 2: "Recovery-oriented professionals: helping relationships in mental health services."