



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	28-02-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	28-04-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKHB3001 1 PRO1 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	420
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7976
----------------------	------

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	40
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Bedre helse til mennesker med schizofreni

Better health for people with schizophrenia

Kandidatnummer: 420

Bachelor i sykepleie, kull 2019

Høgskulen på Vestlandet

Innleveringsdato: 28.04.2022

Antall ord: 7976

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

Sammendrag

Problemstilling:

Hvordan kan sykepleiere bidra til bedre helse og dermed økt levealder for mennesker med schizofreni?

Bakgrunn:

Mennesker med schizofreni har forventet kortere levealder enn befolkningen for øvrig. Det er da viktig at sykepleiere har kunnskap om hvordan de kan bidra til å bedre helsen til denne pasientgruppen.

Hensikt:

Hensikten med denne oppgaven er å se nærmere på ulike livsstilsfaktorer som påvirker, og kan føre til sykdommer som resulterer i kortere levealder hos personer med schizofreni. I tillegg vil jeg se nærmere på hvordan sykepleiere gjennom helsefremmende arbeid kan bidra til sunn livsstil, bedre helse, og dermed høyere levealder for personer med schizofreni.

Teori:

Teorien som er brukt i oppgaven omhandler livsstilsfaktorene røyking, kosthold, fysisk aktivitet og relasjoner. Det er også skrevet om sykepleieres funksjon, helsefremmende sykepleie og aktuelt lovverk.

Metode:

Opgaven er en litteraturstudie med kvalitative studier.

Resultater:

Kosthold, røyking, fysisk aktivitet og helsefremmende relasjoner er viktige tema sykepleiere bør vektlegge i møtet med pasienter med schizofreni. Det å motivere til en livsstilsendring kan ha stor betydning for helsen til denne pasientgruppen og kan være med å bidra til økt levealder.

Abstract

Problem statement:

How can nurses contribute to better health and thus increased life expectancy for people with schizophrenia.

Background:

People with schizophrenia have a shorter life expectancy than the rest of the population. It is important that nurses have knowledge of how they can contribute to improving the health of this patient group.

Purpose:

The purpose of this thesis is to take a closer look at various lifestyle factors that affect and can lead to diseases that result in shorter life expectancy in people with schizophrenia. In addition, I will take a closer look at how nurses through health-promoting work can contribute to a healthy lifestyle, better health, and thus higher life expectancy for the group of people with mental disorders.

Theory:

The theory used in the thesis deals with the lifestyle factors smoking, diet, physical activity, and relationships. It is also written about nurses' function, health-promoting nursing, and current legislation.

Method:

The thesis is a literature study with qualitative studies.

Result:

Diet, smoking cessation, physical activity, and health-promoting relationships are important topics that nurses should focus on in meeting patients with schizophrenia. Motivating towards a healthier lifestyle can be of great importance for the everyday life of this patient group and can contribute to increased life expectancy.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
2.0 TEORETISK GRUNNLAG	7
2.1 Schizofreni	7
2.2 Livsstilsfaktorer	8
2.2.1 Røyking	9
2.2.2 Kosthold	9
2.2.3 Fysisk aktivitet	10
2.3 Helseforebyggende arbeid	11
2.4 Sykepleierens fag og funksjon	13
2.5 Tidligere forskning	13
2.7 Sammenheng på samfunnsnivå	14
3.0 FORMÅL	15
3.1 Hensikt	15
3.2 Avgrensninger	15
3.3 Presentasjon av problemstilling	15
4.0 METODE	16
4.1 Litteratursøk	17
4.2 Funn	19
4.3 Studienes troverdighet	20
4.4 Kildekritikk	21
5.0 ANALYSE AV ARTIKLER	22
5.1 Bedring av kosthold	22
5.2 Motivere til røykeslutt	23
5.3 Å gjøre trening mer meningsfylt	24
5.4 Relasjonens betydning	25
6.0 DRØFTING	25
6.1 Bedring av kosthold	25
6.2 Å motivere til røykeslutt	27
6.3 Å gjøre trening mer meningsfylt	28
6.4 Relasjonens betydning	30
7.0 OPPSUMMERING OG IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS	31
8.0 LITTERATURLISTE	33
9.0 VEDLEGG	38

1.0 INNLEDNING

Mennesker med psykiske lidelser har en forventet kortere levealder på rundt 20 år sammenlignet med befolkningen ellers (Lien et al., 2015). Ifølge tall fra Statistisk Sentralbyrå (SSB, 2022) er den gjennomsnittlige levealderen i Norge 84,73 for kvinner og 81,53 år for menn (SSB, 2022). Dette sier oss at mennesker med schizofreni kun har en forventet levealder på rett over 60 år. I Norge regner man livstidsrisikoen for å få schizofreni til å være mellom 0,3 til rundt 2 %. I Norge antas det da å være ca. 10.000 mennesker i behandling for schizofreni til enhver tid, mens det på en verdensbasis regnes av verdens helseorganisasjon til å være rundt 20 millioner mennesker med denne diagnosen. Dette er med å tegne et bilde av at en del av Norges og verdens befolkning berøres (Norsk helseinformatikk [NHI], u.å)

Ifølge Lien et al. (2015, s.246) har opp til 60 % av alvorlig psykisk syke mennesker økt dødeligheten. Den høye overdødelighet kan ifølge Lien et al. (2015, s. 246) tilskrives somatiske sykdommer som hjerte og karsykdommer, kreft, infeksjoner og diabetes. Mennesker med schizofreni, eller bipolar lidelse har 2-3 ganger høyere dødelighet av hjerte og karsykdommer enn resten av befolkningen og mange av disse somatiske sykdommene kan resultere i lavere levealder som kan relateres til livsstilsfaktorer (Lien et al., 2015, s. 246).

Ifølge Lien et al. (2015, s. 246) har pasienter med psykiske lidelser et høyere alkoholkonsum og daglig inntak av røyk enn den generelle befolkning. Ved hjelp av livsstilsendring med søkelys på risikoområdene kosthold, røyking, mosjon og alkohol er man med å forebygge videre utvikling av livsstilsykdommer og hjerte og karsykdom (Lien et al., 2015, s.246).

Et av målene til pakkeforløpet psykisk helse og rus er å sikre gode levevaner og god somatisk helse til mennesker med psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2018). I en rapport utført av Sintef skriver Ådnes et.al (2021, s.83) at disse målene ikke enda er nådd. I rapporten hvor 62 brukere av psykisk helsevern ble intervjuet i forbindelse med pakkeforløpet kommer det frem at flere av disse ikke opplever at behandlingsapparatet tar deres somatiske helse på alvor. De sier selv at deres psykiske helse blir påvirket av den fysiske og omvendt. Her

forteller de at ved innleggelser på døgnavdelinger blir det gjort enkle kartlegginger av deres levevaner, men at de ikke opplever at dette blir videre fulgt opp i polikliniske behandlingsforløp . De sier at dette er noe de ønsker mer oppmerksomhet rundt.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for valget av temaet er at dette er noe som sykepleiere bør ha mer fokus på. Som nevnt har ikke pakkeforløpet psykisk helse og rus gjort at mennesker med psykiske lidelser har opplevelse av at deres somatiske helse blir tatt nok på alvor.

Mine erfaringer fra arbeidet i psykisk helsetjeneste er at dette temaet får liten oppmerksomhet i fagmiljøene, og blant helsepersonell som jobber med personer med psykiske lidelser. Jeg opplever at det til tider er lite fokus og begrenset kompetanse på somatisk sykdom blant ansatte som jobber innenfor psykiatrien. Flere av de pasientene jeg har møtt innenfor psykisk helsetjeneste har hatt tilleggs plager som kols, diabetes, fedme, og hjerte og karsykdommer. Flere av pasientene uttaler at de opplever å ikke få tilstrekkelig hjelp, eller behandling for sin fysiske sykdom av helsepersonellet som jobber der. Flere gir også uttrykk for redusert livskvalitet på grunn av manglende oppfølging av sin somatiske sykdom. Helsetjenestene bør ha større oppmerksomhet rundt psykisk lidende menneskers fysiske helse, og ta dette adskillig mer på alvor.

2.0 TEORETISK GRUNNLAG

2.1 Schizofreni

Ifølge Skårderud et al. (2018, s. 327-332) er schizofreni en psykotisk tilstand der pasientene ikke er i stand til å fortelle på en forståelig måte hvilke tanker og følelser som regjerer i dem. Psykoselidelser kan deles inn i flere undergrupper, hvor schizofreni regnes som den alvorligste av disse (Skårderud, et al, 2018, s. 327-332). Kriteriene for å sette en schizofrenidiagnose er at minst to av følgende symptomer må være til stede i minimum en måned.

- Vrangforestillinger
- hallusinasjoner
- desorganisert tale
- grovt desorganisert atferd
- flat affekt, fattig språk og apati (hvor disse regnes som negative symptomer)

(Skårderud, et al, 2018, s.332).

Ifølge Helsedirektoratet (2013) regnes schizofreni som et syndrom hvor det kliniske sykdomsbildet er mangfoldig. Diagnosen blir satt basert på en samling av symptomer og tegn hvor det ikke er noen spesifikke enkelt symptomer. Det er ingen prøver, tester eller unike symptomer ved denne sykdomstilstanden hvor diagnosen blir satt på bakgrunn av det personen formidler av opplevelser og observert atferd (Helsedirektoratet, 2013). Et av de sentrale symptomene ved psykoselidelse er at evnen til å skille mellom selv og omgivelser er redusert, hvor den realitetstestende evnen er svekket (Johannesen, 2011, s.28).

Ifølge Skårderud et.al (2018, s.333) blir prognosen ved schizofreni bedre og bedre for hvert tiår som går. Dette kan skyldes flere ting, trolig på grunn av bedre behandlingstilbud, men også på grunn av holdninger i samfunnet. På lang sikt vil 25 prosent bli helt friske, og 60 prosent vil bli regnet som rehabilitert. Ved rehabilitert regner man at man har enkelte restsymptomer, men har evnen til å klare et hverdagsliv med et sosialt liv, arbeid eller beskjeftigelse. Det er også en viss andel som vil få et kronisk invalidiserende forløp.

Sykdommen vil kunne påvirke hvert enkelt menneske forskjellig. Skårderud et.al (2018, s. 352) skriver at mennesker med kroniske psykotiske lidelser kan være svært forskjellige. Noen kan ha en lett nedsatt evne til sosial kontakt, selvomsorg eller til arbeidsevne, mens andre kan ha vansker med å ivareta en døgnrytme, hygiene og orden eller til å føre normale samtaler.

Ververda & Bjørnstad (2018) skriver at Schizofreni er en sykdom som vil være med å påvirke et menneskes livskvalitet, hvor det er økt risiko for plager som kan være med å påvirke helsetilstanden deres. For å sikre at disse menneskene får en følelse av økt livskvalitet er det viktig at sykepleiere har kunnskap om hva det er som er med på å påvirke helsen til denne pasientgruppen.

2.2 Livsstilsfaktorer

Ifølge Kristoffersen (2016, s.199) betegner livsstil en persons levevaner. I denne oppgaven har jeg valgt å se på livsstil som et begrep knyttet til sykdom. Da med tanke på en bestemt atferd som kan innebærer en risiko for helsen som beskrives i fire punkter: dårlig kosthold, tobakksrøyking, lite mosjon og for stort inntak av alkohol og rusmidler (Kristoffersen, 2016, s. 199).

Helsedirektoratet (2013) skriver at en fellesnevner for alle alvorlige psykiske lidelser er en stor reduksjon i forventet levealder. Denne overdødeligheten kan i hovedsak skyldes lungesykdommer og hjerte og karsykdommer. Hjerte og karsykdommer beskrives som en hyppig dødsårsak for hele befolkningen, men man kan se store psykososiale forskjeller i dødelighet, alvorlighet og frekvens. Sykdommer knyttet til livsstil som kosthold og røyking kan ha stor betydning for mennesker med schizofreni og bør vies oppmerksomhet hos helsepersonell. Tiltak som røykeslutt og mosjonsvaner kan være essensielt for å forebygge lungesykdommer og overvekt som igjen kan føre til hjerte og karsykdommer (Helsedirektoratet, 2013).

2.2.1 Røyking

Ifølge Helsedirektoratet (2022) var det om lag 8 prosent av befolkningen mellom 16 og 74 år som røykte daglig i 2021. De siste ti årene har det blitt en nedgang blant både menn og kvinner som røyker daglig, hvor det nå er rundt halvparten som røyker hver dag enn for ti år siden. Helsedirektoratet peker også på at det fortsatt er en stor forskjell i utdanningsnivå mellom de som røyker og de som ikke røyker. Mennesker med psykiske lidelser har et daglig sigarettforbruk som er vesentlig høyere enn gjennomsnittsbefolkningen. Røykeraten blant mennesker med psykiske lidelser er omtrent det dobbelte av befolkningen ellers. Blant mennesker med schizofreni og andre alvorlige psykiske lidelser er disse tallene enda høyere. (Helsedirektoratet, 2016). Det å slutte å røyke viser en bedring i depresjon, angst, stress og vil gi bedre livskvalitet, men det å slutte å røyke kan også gi abstinenssymptomer som irritabilitet, nedstemthet og uro. De med psykiske lidelser som slutter å røyke kan feiltolke disse symptomene som en endring i sykdommen deres. De kan da tenke at nikotinet er med på å bedre den psykiske helsetilstanden, hvor nikotinet i realiteten kun vil dempe abstinenssymptomene. Disse abstinensplagene vil være sterkest i perioden rett etter røykeslutt, hvor de innen et par måneder vil gi seg (Helsedirektoratet, 2016). Dersom pasienter bruker nevroleptika og samtidig røyker er det viktig å justere dosen dersom pasienten slutter å røyke. Når man røyker vil metabolismen av flere legemidler økes, deriblant nevroleptika. Hvis doseringen av nevroleptika da er dosert ut ifra at pasienten røyker, kan denne ved røykeslutt bli for høy og gi økte bivirkninger (Helsedirektoratet, 2016).

2.2.2 Kosthold

Ifølge Mæland (2016) er dårlig kosthold en av risikofaktorene som kan ha betydning for utvikling av sykdom. Kostholds relaterte problemer var tidligere knyttet til mangelsykdommer og matbårne smittsomme sykdommer. Dagens folkesykdommer er mer knyttet til et kosthold preget av for mye sukker, fett, salt og for lite stivelse, kostfiber og enkelte vitaminer. Selv om kostholdet har bidratt til å gi en økt levealder i Norge de siste årene, er det fortsatt et godt stykke før vi kan si at den norske befolkningen spiser riktig (Mæland, 2016).

Mange har i dag sykdommer som kan knyttes opp mot kosthold og levevaner, hvor sykdommer som diabetes, hjerte og karsykdommer er noen av disse (Aagaard, 2016, s. 192). Andre forhold som også er med å true helsen er overvekt, dette kan spille inn på følelsen av velvære og er igjen med å disponere for hjerte og karsykdommer og diabetes (Aagaard, 2016, s.192)

Dipasquale (2012) viser til tidligere forskning som sier noe om at mennesker med schizofreni har et dårlig kosthold, preget av et høyt inntak av mettet fett og et lavt inntak av fiber og frukt. Denne typen kosthold vil sannsynligvis være med å øke risikoen for metabolsk syndrom (Dipasquale, 2012). Metabolsk syndrom er et begrep som tar for seg høyt blodtrykk, økt mageomkrets, forhøyede insulinverdier og ugunstige kolesterolverdier. Dette er med å øke risikoen for utvikling sykdommer som diabetes, hjerteinfarkt, hjertesykdom, trange blodårer og hjerneslag (NHI, 2021). Det er et viktig terapeutisk mål å endre dårlig kostholds mønstre hos mennesker med schizofreni (Dipasquale et.al, 2012). For å kunne få et sunt kosthold er det derfor viktig at forbrukerne har enkel og konsis informasjon om hvilke matvarer som er sunne og som gjør det lettere å velge et sunt kosthold (Mæland, 2016, s.176). Et tiltak som kan gjøre det lettere for mennesker med schizofreni er å anbefale produkter merket med nøkkelhull symboler. Ifølge Helsedirektoratet (2021) er nøkkelhull symbolet en ordning som skal hjelpe forbrukere om å velge sunnere matvarer uavhengig av ernæringskunnskaper eller språkkunnskaper. Matvarer som er merket med nøkkelhull symboler har krav til innhold av mettet fett, fett, salt, sukker og fiber. Dette er med å gi befolkningen av alle lag god kjennskap og utstrakt bruk av sunn mat (Helsedirektoratet, 2021).

2.2.3 Fysisk aktivitet

Skaug (2016, s. 314) hevder at råd fra helsemyndighetene fremhever fysisk aktivitet som et virkemiddel til å bevare, fremme og forebygge god helse, samtidig som det brukes til å behandle sykdom og til rehabiliterende hensikt. Fysisk inaktivitet er en trussel mot god helse som har økt de senere årene. Flere har en hverdag som innehar aktivitet og trening, men det er også mange med en hverdag som preges av stillesitting og lite fysisk aktivitet. En forståelse av aktivitet er å gjøre noe, i tanke og i handling. Med fysisk aktivitet regner man

med all kroppslig bevegelse som blir produsert av skjelettmuskulatur og som vil bidra til en økning av energiforbruk som går ut over hvilenivået (Skaug, 2016, s.314).

Ifølge Skaug (2016, s. 314) er det sammenheng mellom fysisk aktivitet og mental aktivitet, hvor fysisk aktivitet er med å fremme mental aktivitet. Fysisk inaktivitet er på andre siden når man sitter i ro eller ligger mens en er våken. Det kan være flere årsaker til fysisk inaktivitet. En persons vilje, livsstil, motivasjon eller mot til å handle kan være årsaker til at en person velger å være mindre fysisk aktivt. Det kan også være årsaker som at en er redd for å falle eller at en mangler informasjon og kunnskap om helseeffektene fysisk aktivitet har.

I heftet for “nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser” utgitt av Helsedirektoratet, (2013, s.71) kommer det blant annet frem at mennesker med alvorlige psykiske lidelser driver lite fysisk aktivitet. De skriver at en litteraturgjennomgang kan tyde på at dersom man driver med strukturert fysisk trening kan dette gi en positiv effekt på humøret, redusere angst, gi bedre livskvalitet og redusere negative symptomer. Fysisk aktivitet er også med å redusere risikoen for sykdommer relatert til livsstil, hvor dette bør inngå i den helhetlige behandlingen for mennesker med psykoselidelser. Pasientene bør da få tilstrekkelig informasjon om helsegevinstene av aktivitet og trening, det må også brukes tid til å kartlegge muligheter og tilbud som er i nærmiljøet, samtidig som de må motiveres til å delta i strukturert fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2013, s.71).

2.3 Helseforebyggende arbeid

Ifølge Mæland (2016, s. 79) står begrepet ‘Empowerment’ sentralt i det helsefremmende arbeid. Begrepet kan oversettes med det å vinne større makt og kontroll over.

Helsefremmende arbeid går ut på at enkeltindivider og felleskapet må få større kontroll og innflytelse om hva som påvirker helsen. Det er gjennom kunnskap om faktorer som påvirker helse at man påvirker beslutninger som vil ha en betydning for helsen. Ved å oppleve at man har en form for kontroll over livet sitt er sentralt for å styrke mestringsfølelsen og bedre

selvbildet. Dette vil også ha betydning for fysisk helse og mental aktivitet. (Mæland, 2016, s.79).

Istedenfor den ensidige metoden hvor man gir generelle råd og veiledning til pasientene, skriver Gammersvik (2018, s.124) at sykepleien i den nye helsefremmende måten må være preget av mulighetstenking. Hun skriver at det er viktig at sykepleieren gjennom dialog blir kjent med pasienten og finner som ut hva som fremmer eller hemmer pasientens krefter. For å få et likeverdig forhold mellom sykepleier og pasienten er det blant annet viktig at sykepleieren opptrer tillitsvekkende, respektfull og interessert i pasientens synspunkter og opplevelse. Det er samtidig viktig at sykepleieren viser til gode fagkunnskaper og fremstår på en måte som er til å stole på. Når en slik god tillit og relasjon er bygget kan en i fellesskap prøve å mestre situasjoner begge kan stå for. Når pasienten prøver ut det som de har kommet frem til i fellesskap, og mestrer dette, vil det kunne gi gode mestringserfaringer og pasienten vil bli tryggere og mestre mer. Når pasienten og sykepleieren da møtes flere ganger og bygger mer tillit, kan samhandling etter hvert bli enda bedre (Gammersvik, 2018, s.124).

Ifølge Mæland (2016, s. 79) er helsefremmende arbeid ikke et ovenfra og ned perspektiv hvor en ekspert sier hvordan ting bør gjøres. Ved helsefremmende arbeid tar man utgangspunkt i en mer likeverdig samarbeidsrelasjon mellom den som tar initiativ til forandring og den som blir involvert (Mæland, 2016, s. 79). Å arbeide empowerment basert blir også beskrevet i Skårderud et al (2018, s.339) som en viktig tilfriskning faktor for mennesker med en psykoselidelse. Dette går ut på den enkeltes motivasjon vil være grunnlaget for å ta styring over eget liv. Her er det behandlerens mål om å styrke pasientens håp at forandring er mulig. Hvis dette håpet begynner å gro, skjer det ofte at pasienten selv tar initiativ til en forandring. Dette kan være gjennom et mål om et nytt yrke, begynne i arbeid, få en egen bolig og så videre (Skårderud et al., 2018, s.339).

2.4 Sykepleierens fag og funksjon

Som sykepleier er noen av de sentrale målene å ivareta pasientens helse, livskvalitet og mestring (Kristoffersen et al., 2015, s. 16). Utgangspunktet for sykepleie vil være å ivareta pasientens opplevelse av, og reaksjon på sin situasjon og ivareta pasientens grunnleggende behov. Med dette ligger det flere funksjonsområder sykepleiere har ansvar for (Kristoffersen et al, 2015, s.16).

I rammeplanen for sykepleierutdanningen er et av funksjonsområdene helsefremming og forebygging (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 5). Her står det blant annet at sykepleie omfatter tiltak som fremmer helse og forebygger sykdom hos friske og hos utsatte grupper i befolkningen. Det kreves da kunnskap om sammenhengene mellom helse og sykdom på et samfunns- og på et individperspektiv. Etter endt utdanning skal man da ha handlingskompetanse til å kunne forstå de risikofaktorene som er på individuell og av miljømessig karakter og inneha kunnskap og innsikt til tiltak som er med å forebygge sykdom og fremme helse (Kunnskapsdepartementet, 2008, s.5)

2.5 Tidligere forskning

I en forskningsartikkelen fra Danmark skriver Laursen et.al (2013, s.431) at mennesker med schizofreni har en kortere forventet levealder med opp til 15,6 til 20 år enn den øvrige befolkningen. Her peker de på noen hovedfaktorer som spiller inn:

- Fysisk sykdom som blir for sent og for dårlig behandlet.
- Mulige bivirkninger fra antipsykotiske medisiner
- Dårlig livsstil, med røyk, alkohol, dårlig kosthold, og lite trening
- Høy selvmordsrisiko.

Et dårlig kosthold er også noe som blir beskrevet i forskningen til (Dipasquale et al, 2012).

Her kommer det frem at mennesker med schizofreni har et kosthold bestående av et inntak av mye mettett fett, lite fiber og lite frukt. Dette kostholdet kan være med å forklare hvorfor denne pasientgruppen har en høyere type forekomst av metabolsk syndrom.

2.6 Aktuelt lovverk

I arbeid med mennesker med psykiske lidelser er det psykisk helsevernloven som regulerer og omhandler pasientens rettigheter og plikter når de får bistand i fra psykisk helsevern (Molven, 2019, s. 30). For denne oppgaven hvor målet er å se på tiltak som kan bedre helse til mennesker med schizofreni, vil forskrift om habilitering og rehabilitering (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, §3) være aktuell. Formålet med forskriften blir beskrevet slik:

Formålet med forskriften er å sikre at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Formålet er også å styrke samhandlingen mellom tjenesteytere og pasient og bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, §1).

I denne oppgaven vil jeg se nærmere på tiltak som er med på å øke motivasjon til trening, bedre kostholdet og motivere til røykeslutt og hvordan dette er med på å gi økt funksjon og mestringsevne for mennesker med schizofreni. Jeg vil også se på hvordan dette kan være med å bedre likeverd i form av økt levealder. Gjennom trening og fysisk aktivitet kan dette også gi større rom for samfunnsdeltakelse gjennom aktiviteter.

2.7 Sammenheng på samfunnsnivå

I en nyhetsartikkel gikk ansvarlig redaktør i det sykepleiefaglige tidsskriftet, sykepleien.no ut med en artikkel som belyser samfunnsproblemet om at mennesker med alvorlige psykiske lidelser har kortere levetid enn resten av befolkningen. Her skriver Hafstad (2021) at dette skyldes flere årsaker, men at livsstil og neglisjering av somatisk sykdom i psykisk helsetjeneste helsevesenet er noen av årsakene. Her peker hun på en rapport fra riksrevisjonen som slår fast at kommuner har ulik tilgang på psykisk helsetjeneste og at mennesker med psykiske lidelser ikke får den oppfølgingen av psykiske og somatiske lidelser de har behov for. Rapporten fra riksrevisjonen anslår at psykiske lidelser koster det norske samfunnet rundt 70 milliarder kroner per år. Dette til behandling, sosialutgifter og trygd som er følge av at det er en høyere andel av mennesker med psykiske lidelser som faller utenfor arbeidslivet.

3.0 FORMÅL

3.1 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å se nærmere på ulike livsstilsfaktorer som påvirker, og kan føre til sykdommer som resulterer i kortere levealder hos personer med schizofreni. I tillegg vil jeg se nærmere på hvordan sykepleiere gjennom helsefremmende arbeid kan bidra til sunn livsstil, bedre helse, og dermed høyere levealder for personer med schizofreni.

3.2 Avgrensninger

Oppgaven vil omhandle risikofaktorer og helsefremmende arbeid knyttet til redusert levealder for mennesker med schizofreni. Herunder vil ikke andre årsakssammenhenger som eksempelvis bivirkninger av medikamenter, selvmord og tilleggs sykdommer bli utdypet. Sykepleiere kan møte mennesker med schizofreni både i kommune og i spesialisthelsetjenesten, hvor det i oppgaven ikke vil være avgrenset til hvilke helsetjenester pasienten mottar. På grunn av oppgavens omfang vil ikke behandlingsformer for sykdommen schizofreni bli vektlagt.

3.3 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleiere bidra til bedre helse og dermed økt levealder for mennesker med schizofreni?

4.0 METODE

I denne oppgaven er det brukt litteraturstudie til å besvare problemstillingen. Ifølge Friberg (2017, s.141) handler dette om å skape seg en oversikt over kunnskapen som er innen et gitt omsorgsrelatert område, eller innenfor sykepleierens kompetanse/virksomhetsområdet.

Man må da bruke forskning på samme tema som allerede finnes, og hvor man selv vil skape en oppfatning på det som studeres. Da må man også ta stilling til resultatene i forskningen, hvilke metoder som er brukt og hvilket teoretisk grunnlag forskningen er basert på (Friberg, 2017, s.141).

Ifølge Friberg (2017, s. 129) kan kvalitativ forskning bidra til å skape en bedre forståelse av en person og dennes livssituasjon. Med kvalitativ forskning vil man da altså få en bedre forståelse av et valgt emne som har med pasienters opplevelse, forventninger, erfaringer, eller pasients behov for å bidra. Denne typen forskning vil begrense seg til et enkelt omsorgs tema eller en viss pasientgruppe. Når man bruker kvalitativ forskning er det for å få en bedre forståelse innen det valgte problematikk området (Friberg, 2017, s.129). I en kvalitativ forskningsstudie brukes det observasjoner, intervjuer og forklaringer fra informantene for å samle kunnskap rundt et fenomen. Disse dataene vil så bli analysert og tolket hvor resultatene blir beskrevet med ord. Ved kvalitativ forskning vil man da få frem informantenes egne subjektive opplevelser og erfaringer (Friberg, 2017, s.34).

I kvantitativ forskning vil resultatene bli fremstilt enkelt og ofte gjennom statistikk og tabeller (Friberg, 2017, s. 119). Her kan formålet for eksempel være å finne ut om en enkelt omsorgshandling kan gi et bedre resultat enn en annen (Friberg, 2017, s.119)

I oppgaven vil jeg se nærmere på hvilke faktorer som kan spille inn når det gjelder mennesker med schizofreni og deres livsstils valg. Jeg mener derfor at kvalitative forskningsartikler kan være mest relevante og derfor er det de som har blitt inkludert i oppgaven. Før jeg startet å søke etter artikler laget jeg en liste med inklusjon og eksklusjonskriterier for å lettere kunne sortere ut hvilke artikler som var relevant for denne oppgaven (Tabell 1).

Tabell 1

Inklusjonskriterier:	eksklusjonskriterier:
<ul style="list-style-type: none"> • Forskningsartikler • Fagfellevurdert • Pasientperspektiv • Kvalitativ artikler • Pasienter over 18 år • Artikler av nyere dato • Mennesker med schizofreni eller alvorlige psykiske lidelser 	<ul style="list-style-type: none"> • Land utenfor Europa • Kvantitative artikler • Artikler med hovedvekt på medikamentell behandling • artikler fra pårørendeperspektiv • artikler fra sykepleieperspektiv • pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern • Pasienter med rusavhengighet/rusbruk

4.1 Litteratursøk

Databasene jeg har brukt til å gjøre litteratursøk i til denne oppgaven er, Cinahl, Pubmed, PsycINFO, og sykepleien.no. I starten ønsket jeg å finne forskning av nyere dato med geografisk område i Nord-Europa, hvor jeg etter hvert også fant en relevant artikkel fra andre deler av Europa. Det ble også inkludert en artikkel som var fra 2011, men som ble vurdert som aktuell for problemstillingen, og ble derfor inkludert. Jeg begynte med søkeordene: «scizofrenia», «food habits», “nursing care”, “health promotion” og “exercise” hvor jeg søkte på disse hver for seg, hvor det ble for brede søk med mange treff. Etterpå innsnevret jeg søket ved å bruke bindeordet AND hvor jeg fant flere relevante artikler. Etter første runde med søkeordene “schizofrenia” og “food habits” og “scizofrenia” og “Exercise” fant jeg disse artikkelene som jeg også valgte å bruke videre i oppgaven. Jeg gjorde også et søk i sykepleien.no med “helsefremmende sykepleie” hvor jeg her fant en artikkel jeg har valgt å bruke i oppgaven.

Tabell 2

Database:	Søkeord:	Treff:	Valgte artikler:
Cinahl	Schizofrenia AND food habits	23	Sundgren et.al (2016)
Cinahl	Schizofrenia AND food habits	23	Hardy & Gray (2012)
Cinahl	Schizofrenia AND Exercise	369	Karlsson & Danielsson (2022)
Sykepleien.no	Helsefremmende sykepleie	62	Mjø Sund (2020)

4.2 Funn

Tabell 3

Forfatter, årstall, land:	Hensikt:	Metode/Utvalg	Hovedfunn:
Sundgren et.al (2016) Sverige	Undersøke livsstilsvaner og helse til røykere med schizofreni og beskrive deres opplevelse av røyking i forhold til helse	Kvalitativ Intervjubasert 10 røykere med schizofreni	Artikkelen konkluderer med at ulike livsstilsfaktorer påvirker den fysiske helsen hos personer med schizofreni. De konkluderer med at deltakerne har et usunt kosthold. Artikkelen viser at deltakerne har høy motivasjon til å slutte å røyke.
Hardy & Gray (2011) Storbritannia	Finne ut hva personer med schizofreni spiste, hva de spiser, når de spiser, og hva som gjør at de spiser denne type mat.	Kvalitativ Bruk av dagbøker som ble fulgt ut av pasientene hjemme. Åtte pasienter med schizofreni	Deltakerne trodde selv at maten de spiste var sunn, men studien viste et dårlig kosthold med mye fett og høyt saltinnhold. De trekker også frem viktigheten av en personlig tilnærming til mennesker med schizofreni når man skal hjelpe de å bedre kostholdet.
Karlsson & Danielsson (2022) Sverige	Utforske erfaringer med motivasjon for å starte og opprettholde regelmessig trening blant mennesker med schizofreni spektrum forstyrrelser.	Kvalitativ Intervjubasert 11 pasienter med schizofreni	Studien tar for seg faktorer som er med å motivere mennesker med schizofreni til å trene. Her blir det understreket viktigheten av et mål. Støtte og inspirasjon fra sosialt miljø, familie og støttepersoner var også viktige motivatorer for å begynne å trene. Vekttap var en viktig motivator for

			deltakerne, men studien viste at dette målet var vanskelig å nå.
Mjøssund (2020) Norge	Få kunnskap om hva mennesker med psykisk lidelse selv synes har styrket deres psykiske helse når de har vært innlagt på døgnavdeling i psykisk helsevern, og hvordan helsefremming kan bli bedre i fremtidens sykehus.	Kvalitativ Intervjubarert 12 mennesker med alvorlig psykisk lidelse	I studien beskriver pasientene det som helsefremmende å få hjelp til å ivareta grunnleggende behov som mat, søvn og en tydelig døgnstruktur. Her var det også viktig med individtilpasset omsorg hvor helsepersonell inngår i helsefremmende relasjoner med pasientene. Pasientene trekker også frem at helse skapes i relasjonene til helsepersonellet, og det er viktig for pasientene å få en følelse av å bli sett og hørt.

4.3 Studienes troverdighet

For å lettere kunne vurdere om artiklene var relevante for oppgaven har jeg brukt sjekklister for kvalitative studier fra Helsebiblioteket (2016) til å kontrollere at forskningen har god nok kvalitet til å bruke i oppgaven. Det ble fulgt ut et skjema for alle artiklene (se vedlegg 1).

I artiklene er forskningsprosessen nøyaktig beskrevet, hvor kriteriene til intervjuobjektene kommer tydelig frem. Dette er med å gjøre studiene mer troverdige. Jeg sjekket også hvorvidt forfatterne hadde vurdert sin egen forskning, hvor alle artiklene hadde egne avsnitt om svakheter/begrensninger for forskningen. Alle forskningsartiklene er også blitt etisk vurdert.

Artikkelen av Hardy & Gray (2011) fra Storbritannia som er fra 2011 er noe eldre enn de andre artiklene. Alderen i sammenheng med at deltakerne er fra Storbritannia er med å gi oppgaven mindre troverdighet. Hvilken type kost som er vanlig og hvilke nasjonale kostråd som foreligger i Storbritannia er ikke gått dypere inn på i denne oppgaven på grunn av

tidsbegrensninger og oppgavens omfang. Artikkelen er likevel blitt brukt da den gir et godt innblikk i hvilke faktorer som gjør at mennesker med schizofreni spiser den maten de gjør.

Artikkelen fra Karlsson & Danielsson (2022) hvor de forsker på hva det er som motiverer mennesker med schizofreni til å begynne å trene, er en forskning på hvordan fysioterapeuter kan bidra til å gjøre denne pasientgruppen mer aktiv. Selv om dette ikke er fra et sykepleiersperspektiv, vil funnene i forskningen fortsatt være like relevante når sykepleiere i helsetjenesten skal motivere mennesker med schizofreni til å begynne med fysisk aktivitet. Artikkelen ble da på grunnlag av oppgavens hensikt inkludert i denne oppgaven.

4.4 Kildekritikk

Ifølge Dalland & Trygstad (2017, s.158) handler kildekritikk om å karakterisere og vurdere litteraturen som er blitt funnet, hvor man må redegjøre for kriterier for utvelgelse av litteraturen. I denne oppgaven er det brukt ulik pensumlitteratur, fagbøker, fagartikler fra sykeleiefaglige databaser og ulik forskning, statistikk og rapporter fra anerkjente norske utgivere. Jeg har vært bevisst på at artiklene skulle være fagfellevurdert og av nyere dato, noe som er med på å styrke oppgavens troverdighet. Det er brukt noe eldre fagbøker i det teoretiske grunnlaget for å beskrive schizofreni, som Johannessen (2011), dette kan være med å svekke oppgavens troverdighet da det kan ha kommet nyere teori, og tilnærming til denne pasientgruppen.

Jeg har forsøkt å bruke mest mulig primærkilder i oppgaven. Her har jeg forsøkt å oppsøke den primære kilden i forskning og i artikler som er brukt. Det er derimot også brukt noen sekundærkilder som for eksempel Molven (2019). Denne boken inneholder lover og forskrifter, men også en juridisk tenkemåte og metode. På grunn av oppgavens tidsbegrensning vurderte jeg her å bruke hans tolkning av lovverket istedenfor å tolke dette selv.

5.0 ANALYSE AV ARTIKLER

Tiedemann (2019, s.92) skriver at når man tolker og analyserer en tekst så handler dette om å undersøke hva teksten sier. Man må da tolke teksten for å forstå den. I en analyse handler dette da om å merke seg sentrale temaer i teksten. I oppgaven har jeg tatt utgangspunkt i problemstillingen "Hvordan kan sykepleiere bidra til bedre helse og dermed økt levealder for mennesker med schizofreni" hvor jeg har lest artiklene flere ganger og kommet frem til hovedtemaene, bedring av kosthold, motivere til røykeslutt, å gjøre trening mer meningsfullt og relasjonens betydning. Tidemann (2019, s.96) kaller dette en syntese.

5.1 Bedring av kosthold

To av artiklene trekker frem kosthold som et tema det er viktig at helsepersonellet tar hensyn til. Hardy & Gray (2011) finner i sin forskning ut at deltakerne trodde den maten de selv spiste var sunn, hvor det egentlig kommer frem at kostholdet er preget av usunt kosthold i form av mye fett og høyt saltinnhold. Det kommer også frem at deltakerne drakk lite væske, hvor de hadde en oppfattelse av at de kun trengte å drikke når de var tørste. Intervjuobjektene i denne studien spiste generelt lite frukt og grønnsaker. Her sier flesteparten at de enten ikke liker, eller har råd til frukt og grønt.

En av deltakerne svarte i studien:

"I don't really like vegetables, fruit's OK, I suppose . . . I know it's good for you, but I don't really have enough money to buy them anyway" (Hardy & Grey, 2011, s.605).

Et dårlig kosthold blir beskrevet i artikkelen til Sundgren et.al (2016). Her kommer det også frem at en av hovedårsakene til at deltakerne spiste usunt var dårlig økonomi. En annen årsak var at deltakerne i studien synes det var kjedelig å spise alene, og at de noen ganger spiste for å trøste seg selv. I studien kommer det også frem at deltakerne var klar over sammenhengen med store porsjoner mat og overvekt, men at de ikke assosierte overvekt med en større risiko for sykdom. Deltakerne i denne studien sier at de er villig til å spise

sunnere mat med mer frukt og grønt når de hadde anledning til det, som for eksempel når de var på besøk hos familie eller var med på sosiale aktiviteter. I studien til Hardy & Grey, (2011) viste det at ved veiledning av kosthold bør gis råd om generelle livsstilsfaktorer som for eksempel råd om sunne mat valg. Samtidig som en tar hensyn til pasientens økonomiske vanskeligheter, da mangel på penger ble trukket inn som en årsak til at de ikke hadde råd til frukt og grønnsaker. Studien viste også at det å bruke matdagbok ville lettere hjelpe behandlingsapparatet til å finne ut hvilke områder en bør ha fokus på.

5.2 Motivere til røykeslutt

I studien til Sundgren et.al (2016) sier respondentene at de er kjent med at det å røyke vil øke risikoen for å utvikle sykdommer som kronisk obstruktiv lungesykdom, kreft, astma og hjerte og karsykdommer på lang sikt. Respondentene gir uttrykk for at de har vilje og et ønske om å slutte å røyke, men at røyken hjelper dem til å kontrollere de psykotiske symptomene sine. Frykten for å få økte psykotiske symptomer som vil påvirke helsen negativt, veier sterkere enn de positive effektene av å slutte å røyke. Dette medfører at motivasjonen til å slutte å røyke ble svært lav. For å motiveres til røykeslutt er det viktig at de får en opplevelse av kontroll og trygghet overfor sine psykotiske symptomer. Flere av respondentene beskriver også at de synes det smaker godt, røyken gir dem trøst, og roer dem ned når de er urolige.

Her sier en respondent:

“When you light up a cigarette, it feels like you are not alone” (Sundgren et.al, 2016, s.420).

I studien kommer det også frem at motivasjonsstrategier alene ikke er tilstrekkelig for å hjelpe mennesker med schizofreni å slutte og røyke. Her trekker de frem at god støtte i en røykeslutt også må ta hensyn til den enkeltes behov og valg. Det kan da være vanskelig å bli motivert til å slutte å røyke. Artikkelen peker da på viktigheten av at helsepersonell forstår denne utfordringen mennesker med schizofreni står i, og får å få til et vellykket

røykesluttprogram må disse følelsene bli anerkjent og heller prøvd erstattet med alternative aktiviteter.

5.3 Å gjøre trening mer meningsfylt

Viktigheten av å være i fysisk aktivitet blir trukket frem i to av artiklene.

I Sundgren et.al (2016) sier respondentene at de følte seg friske under, eller etter at de hadde vært fysisk aktiv. I samme artikkel kommer det frem en grunn til at respondentene ikke ønsket å trene. Dersom de ikke følte seg friske, så kunne de ikke se noen grunn til å ikke være fysisk aktivt, da det krevdes energi for å holde de psykotiske symptomene under kontroll. Karlsson og Danielsson, (2022) trekker fram struktur for treningen som et viktig element for å øke motivasjonen til å trene. Her trekker de frem at det er viktig å planlegge hvilken type trening, hvordan, hvor og når treningen skal gjennomføres. Funn i studiene viser at når man skulle fremme trening for mennesker med schizofreni var det viktig å ha et mål å jobbe mot slik at treningen ble mer meningsfull og kunne gi stolthet når målene ble nådd. Det å gi generelle råd om trening og aktivitet vil sannsynligvis være mindre effektivt, enn det å utforme en individuell treningsplan sammen med pasienten. I Studien til Sundgren et.al (2016) sier deltakerne at personlig økonomi var en faktor som spilte inn når de prøvde å ha en aktiv og sunn livsstil.

En av deltakerne i studien uttaler:

“They have asked here if I want to come and play some floor ball and exercise, but I have problems to come here; it costs too much to take the bus. I can’t afford to live and spend money on those kinds of things if I shall afford to buy food and stuff at unhealthy lifestyle habits” (Sundgren et.al 2016, s.419).

Den økonomiske faktoren som en begrensning for fysisk aktivitet blir også trukket frem i studien til Karlsson og Danielsson, (2022). Deltakerne her sier at lav inntekt var et hinder for trening, men at dette ikke var et hinder som ikke kunne løses.

5.4 Relasjonens betydning

Sundgren et al, (2016) skriver i sin studie at det å være en del av et fellesskap trekkes frem av respondentene som viktig for å redusere følelsen av ensomhet og fremmedgjøring. Flere av studiene viser at individtilpasset omsorg, med tilpasset sykepleie var viktig for respondentene. I studien til Mjøsund, (2020) ble relasjon nevnt av flere, de gir uttrykk for hvor viktig det er å få en følelse av å bli sett og hørt. Studien fra Karlsson & Danielsson, (2022) beskriver også hvordan følelsen av en sosial kontekst og tilhørighet ble beskrevet av deltakerne. De følte at de hørte hjemme et sted, hvor de ble kjent med andre som var på trening. Trening ble også et sosialt tema med familie og venner. Studien sier hvordan ansatte kan virke motiverende til aktivitet og trening.

6.0 DRØFTING

Gjennom problemstillingen «Hvordan kan sykepleiere bidra til bedre helse og dermed økt levealder for mennesker med schizofreni» vil resultatene fra forskningsartiklene bli drøftet mot det teoretiske grunnlaget og relevant teori. Her er det hovedtemaene, bedring av kosthold, å motivere til røykeslutt, å gjøre trening mer meningsfylt og relasjonens betydning som ble funnet i analysen av artiklene det vil bli tatt utgangspunkt i.

6.1 Bedring av kosthold

Som det kom frem i artikkelen til Hardy & Gray (2011) var kostholdet til deltakerne i denne studien preget av mye fett og saltinnhold. Dette til tross for at de selv trodde maten de spiste var sunn. Ifølge Hardy & Gray (2011) bør man ta utgangspunkt i generelle råd om sunne mat valg når man skal veilede mennesker med schizofreni.

Å spise usunn mat er en risikofaktor, da det kan medføre overvekt som kan være med å true helsen. Ifølge Aagaard (2016, s.192) vil overvekt kunne spille inn på følelsen av velvære og kunne være med å disponere for hjerte og sykdommer og diabetes.

I artikkelen til Sundgren et.al (2016) kom det frem at deltakerne i studien forstod sammenhengen mellom store porsjoner mat og risikoen for overvekt, men at de ikke assosierte denne overvekten med økt risiko for sykdomsutvikling.

Forskningen viser at mennesker med schizofreni har et dårlig kosthold som kan være med å disponere for videre sykdom. Som Kristoffersen et al (2015, s.16) skriver, er et av de sentrale målene til en sykepleier å ivareta pasientens helse. Kostholdsvaner bør derfor være et sentralt fokus i møte med mennesker med schizofreni. Viktigheten av å veilede til et bedre kosthold blir også underbygget i forskningen til Dipasquale et al (2012) som skriver at et viktig terapeutisk mål er å endre dårlige kostholds mønstre.

For å kunne være med å veilede til gode kostholds valg må man vite hva som disponerer for et kostholds valg. Mæland (2016, s.176) skriver at kunnskap, holdninger, vaner, tradisjoner og normer samt prisen på matvarer er med på å styre dette. I flere av artiklene kom det frem at deltakerne var motivert til å spise sunt, men at det var mangel på kunnskap og økonomiske ressurser til å kjøpe sunne matvarer som for eksempel frukt og grønnsaker.

Det økonomiske aspektet kan derimot være en utfordring som kan være vanskelig for sykepleiere å løse. Som Skårderud et.al (2018, s. 352) skriver kan noen mennesker med kroniske psykotiske lidelse ha nedsatt evne til å ivareta døgnrytme, orden og hygiene eller normale samtaler. Dette kan være med å påvirke evnen til å være i arbeidslivet, Skårderud et.al (2018, s.330) skriver at er kun rundt 10 prosent av mennesker med schizofreni som deltar i arbeidslivet. Dette er igjen noe som kan påvirke den økonomiske situasjonen til disse menneskene.

Dette er utfordringer jeg har møtt i mitt arbeid med mennesker med schizofreni. Valg av matvarer er ofte gjort ut ifra pris og kvantum fremfor næringsinnhold, og pasientens eget ønske. Det er da viktig at sykepleieren gir kostholdsveiledning ut ifra pasientens situasjon og økonomi. Dette bekreftes også av Hardy & Grey (2011).

Kunnskap om hvordan kosthold påvirker helsen, og hvordan usunn mat kan gi dårlig helse er avgjørende for hvilke kostholds valg pasienten tar. Sunne matvarer, mengden mat, og

alternativer til det pasientene allerede spiser er viktige ting sykepleiere kan gi informasjon til pasientene om. Ifølge Mæland (2016, s.79) vil kunnskap om hva som er med på å påvirke helsen være med å påvirke helsebeslutningene man tar, hvor dette er et viktig tema i helsefremmende arbeid. For å gjøre det lettere for befolkningen utviklet Helsedirektoratet (2021) nøkkelhull symbolet. Dette kan være et godt hjelpemiddel som vil gjøre det lettere for pasientene å velge sunnere matvarer til tross for dårlig økonomi.

6.2 Å motivere til røykeslutt

I studien til Sundgren et.al (2016) fremkommer det at deltakerne hadde kunnskap om konsekvensene av å røyke. De er kjent med risikoen for sykdomsutvikling av sykdommer som KOLS, astma, kreft og på lang sikt hjerte og karsykdommer. Ifølge Kristoffersen (2016, s.205) dør omtrent 2500 mennesker mellom 40-70 årlig på grunn av tobakksrøyking. Grupper med kort utdanning, psykiske sykdommer og lav inntekt var overrepresentert blant disse.

Studien til Sundgren et.al (2016) viser at respondentene var motivert og hadde et ønske om å slutte å røyke. Dette samsvarer med rapporten fra Folkehelseinstituttet (FHI, 2018) som viser at omtrent halvparten av alle som røyker daglig ønsker å slutte. I studien fremkommer det også at selv om motivasjonen og ønsket om å slutte å røyke var stor, valgte de likevel ikke å kutte røyken. Dette ble begrunnet med frykt for økte psykiske symptomer, noe som resulterte i at motivasjonen til deltakerne ble svært lav. Rapporten - studien fra Helsedirektoratet 2018 viser også at mennesker med psykiske lidelser som starter en røykeslutt kan feiltolke symptomer som irritabilitet, uro og nedstemthet som en sykdoms endring, mens det i virkeligheten er abstinenser. Det fremgår også av rapporten at mange tror nikotinet er med å bedre sykdommen og reduserer symptomene, mens nikotinet i realiteten kun demper abstinenssymptomer.

Det er viktig at sykepleiere som skal veilede mennesker med schizofreni gjennom en røykeslutt, er kjent med likheten mellom økte sykdomssymptomer og abstinenssymptomer som skyldes røykeslutt. Sundgren et.al (2016) peker også på viktigheten av at helsepersonellet forstår denne utfordringen, og at dersom røykeslutt skal bli vellykket må

man anerkjenne disse følelsene og heller prøve å erstatte abstinensene med alternative aktiviteter.

For sykepleieren kan det være viktig i veiledning og motivering av pasienten å formidle at disse følelsene og symptomene ikke kommer til å vare for evig. Disse abstinensplagene vil være sterkest rett etter røykeslutt, men de vil gi seg etter et par måneder (Helsedirektoratet, 2016). Som sykepleier må en hele tiden gjenta og minne om helsegevinsten av å slutte. Hvis man da klarer å slutte kan dette gi en bedring i angst, depresjon, stress og kan gi generelt bedre livskvalitet (Helsedirektoratet, 2016).

Dersom man da har klart å gjennomføre en røykeslutt kan det være viktig at sykepleiere er klar over sammenhengen mellom røyking og nevroleptika. Doseringen av nevroleptika kan gi for høye konsentrasjoner av legemiddel og gi økte bivirkninger grunnet lavere metabolisme grunnet røykeslutt (Helsedirektoratet, 2016). Sykepleier kan ha en viktig funksjon i å observere pasienten i forbindelse med røykeslutt, og kontinuerlig vurdere om pasienten bør ta kontakt med lege for å redusere doseringen av nevroleptika.

6.3 Å gjøre trening mer meningsfylt

Den gode følelsen man får når man er, eller har vært i fysisk aktivitet er noe som blir trukket frem i forskningen til Karlsson og Danielsson (2022) og Sundgren et.al (2016). I studien til Sundgren et.al (2016) sier deltakerne blant annet at de følte seg friske når de trente og etter at de hadde vært i aktivitet. Helsedirektoratet (2013, s.71) hevder også at fysisk aktivitet gir en positiv effekt på humøret, hvor dette igjen kan være med å redusere angst, gi bedre livskvalitet og kan være med å redusere negative psykotiske symptomer. Til tross for at det å drive med fysisk aktivitet er noe som kan være med på å gi helsegevinster for mennesker med en psykoselidelse, skriver Helsedirektoratet (2013,s.71) at mennesker med alvorlige psykiske lidelser driver lite fysisk aktivitet. Dette er et tema sykepleier kan bli bedre å motivere til. Helsedirektoratet (2013,s.71) trekker frem at det er viktig for denne pasientgruppen å ha tilstrekkelig informasjon om helsegevinstene av å trene. Det at pasientene innehar tilstrekkelig informasjon om helsegevinstene av fysisk aktivitet er også

vesentlig når man arbeider helsefremmende og i et Empowerment-perspektiv. Mæland (2016, s.79) skriver at det er viktig at pasientene har tilstrekkelig informasjon til å ta avgjørelser som angår egen helse.

For at pasientene skal kunne opparbeide seg denne kunnskapen kan det være avgjørende at sykepleiere som arbeider med mennesker med schizofreni har kunnskap om hva som kan være med å motivere denne pasientgruppen til å bli mer fysisk aktiv. Forskingen til Karlsson & Danielsson (2022) sier også noe om dette. De skriver her at det er behov for å øke kunnskapen om hva som er viktig for mennesker med schizofreni for å kunne øke motivasjonen deres. Som en del av sykepleierutdannelsen er helsefremming og forebygging av sykdom et funksjonsområde man skal ha kunnskaper om (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 5) For mennesker med psykoselidelse anbefales det at fysisk aktivitet bør inngå i den helhetlige behandlingen (Helsedirektoratet, 2013, s 71)

I studien til Karlsson og Danielsson (2022) kommer det frem at det å gi generelle råd om trening og aktivitet gir mindre motivasjon enn om pasienten selv ble involvert i utarbeidelsen av egen treningsplan. En plan med en god struktur var ifølge respondentene en viktig motivasjonsfaktor. Dette kommer også igjen i et Empowerment-perspektiv. Mæland (2016, s.79) skriver at når man jobber Empowerment basert er viktig at det er pasienten som er med å medvirke og prioritere tiltakene. Da må man involvere pasientens synspunkter og side istedenfor å basere tiltakene kun på det ekspertene tenker er best.

En annen faktor som kan være viktig for å opprettholde en motivasjon til å trene for denne pasientgruppen er å være bevisst på helsegevinstene en faktisk kan oppnå. I studien til Karlsson og Danielsson (2022) var vekttap en viktig motivator for å begynne å trene, men i denne studien viste dette seg å være vanskelig å oppnå. Her ble deltakerne istedenfor frustrert over at de ikke klarte å oppnå det resultatet. Dette blir også bekreftet i en rapport utgitt av FHI, her skriver Underland et.al (2018, s.22) at fysisk trening muligens ikke har noen effekt på kroppsmasseindex eller vekt, for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Det kan da være viktig at man ikke forespeiler resultater som kan være veldig vanskelige å oppnå når man motiverer denne pasientgruppen til å starte med fysisk aktivitet. Dette blir også beskrevet i Karlsson og Danielsson (2022) som anbefaler å heller fremheve andre gunstige

effekter for å forhindre urealistiske forventninger. Dårlig økonomi kan være en faktor som påvirker graden av fysisk aktivitet. Deltakerne i denne studien gav uttrykk for at mange aktiviteter var kostbare, og at de valgte bort aktiviteter grunnet økonomiske hensyn. Det kan da være viktig at sykepleiere vurderer alternative treningsopplegg når man skal motivere denne pasientgruppen til trening. Pasienter bør oppfordres til å søke støtteordninger, eller å delta i rimeligere treningsopplegg Karlsson og Danielsson (2022).

6.4 Relasjonens betydning

Mjø Sund (2022) skriver i sin artikkel at helsefremming er spesielt viktig for pasientgrupper som kan profitere ekstra på helsefremmende intervensjoner. I artikkelen blir relasjonen til helsepersonellet beskrevet som viktig for pasientene. Det å få følelsen av å bli sett som et menneske over tid ble beskrevet som viktig for pasientene. Haugann & Rannestad (2018, s. 144), skriver i sin artikkel hvordan interaksjonen med sykepleiere kan ha en betydelig innvirkning på pasienten sine helseressurser som mestring og håp. Det å skape en relasjon som kan gi muligheten til å komme i posisjon til å bidra til å gjøre en livsstilsendring kan på en annen side ta tid. Dette samsvarer med Mæland (2016) sin beskrivelse av helsefremmende arbeid hvor en tar utgangspunkt i en mer likeverdig samarbeidsrelasjon mellom den som tar initiativ til forandring og den som blir involvert (Mæland, 2016, s. 79). Ifølge Mjø Sund (2022) bygges slike virksomme relasjoner med tillit over tid. For å få til gode relasjoner og et likeverdig forhold mellom sykepleier og pasienten hevder Gammersvik (2018) at det er viktig at sykepleieren opptrer tillitsvekkende, respektfull og interessert i pasientens synspunkter og opplevelse, samtidig som at sykepleieren viser til gode fagkunnskaper og fremstår på en måte som er til å stole på. (Gammersvik, 2018 s 124)

Etter flere års erfaring med denne pasientgruppen har jeg opplevd at gode relasjoner kan være utfordrende å oppnå med personer med schizofreni, men når en først får en god relasjon til pasienten har jeg opplevd at det er mulig å komme i posisjon til å kunne motivere og gi råd om en sunnere livsstil. Gammersvik (2018) hevder at når pasienten og sykepleieren møtes flere ganger og bygger mer tillit, kan samhandling etter hvert bli enda bedre (Gammersvik, 2018, s.124). Det kan være viktig at sykepleiere er tålmodig og ikke gir opp og tenker at det tar tid å etablere gode relasjoner til personer med schizofreni.

Flere av artiklene sier at det å ha støttespillere gjennom en røykeslutt, en treningskamerat eller en dyktig sykepleier som kan gi god informasjon og samtidig være motiverende kan være avgjørende for denne pasientgruppen i å lykkes til en sunnere hverdag. Artikkelen fra Karlsson og Danielsson (2022) viser at støtte fra helsepersonell er viktig for å gjennomføre en livsstilsendring. Dette beskrives også i teorien hvor en god relasjon og tillit mellom sykepleier og pasient kan gi gode mestringserfaringer og pasienten vil bli tryggere og mestre mer. (Gammersvik, 2018, s.124). Istedenfor å gi generelle råd og støtte til pasientene, må sykepleieren kunne gi individuelle råd og oppfølging. Da er gode relasjoner og tillit viktig for at sykepleieren gjennom dialog skal kunne bli bedre kjent med pasienten. Gammersvik (2018, s.124)

7.0 OPPSUMMERING OG IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS

Oppgavens hensikt har vært å se nærmere på hvordan sykepleiere kan bidra til bedre helse og dermed økt levealder for mennesker med schizofreni. I denne litteraturstudien har jeg brukt fire kvalitative forskningsartikler som tar for seg levevaner og helsefremmende sykepleie for pasienter med alvorlige psykiske lidelser. I forskningsartiklene kommer det frem at denne pasientgruppen har et dårlig kosthold, røyker og driver lite fysisk aktivitet. Dette er implikasjoner som kan føre til dårligere fysisk helse, og kan gi høyere risiko for somatisk sykdom. Gjennom oppgaven har jeg sett behovet for faglig dyktige sykepleiere som kan være med å motivere å støtte denne pasientgruppen.

Mennesker med schizofreni kan ha behov for langvarig behandling, noen er innlagt på institusjon og noen har oppfølging fra kommunen. Jeg tenker derfor at det kan være viktig å gjennomføre helsefremmende arbeid både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Sykdommen kan ha en innvirkning på livskvaliteten til disse menneskene hvor de kan oppleve symptomer som vrangforestillinger og hallusinasjoner. Det kan da være viktig å ta vurderinger underveis når man skal prioritere slike helseintervensjoner. Slike livsstilsendringer kan ta tid, hvor det må være basert på pasientens situasjon og egne ønsker.

Forskningen har vist at pasientene kan ha motivasjon til å slutte å røyke, spise sunt og begynne å trene. På tross av dette har økonomiske og sosiale forutsetninger vært faktorer som deltakerne i studiene har nevnt som en begrensning til å kunne velge et sunnere liv. For å kunne møte denne pasientgruppen på en helhetlig måte, kan det være viktig at de får tilstrekkelig med informasjon, opplæring og motiverende støtte. Samtidig som de blir møtt i et helsefremmende Empowerment perspektiv.

Av egen erfaring i psykisk helsevern har jeg opplevd at det kan være utfordrende å skape en virksom relasjon til mennesker med schizofreni. Det kan da være utfordrende å komme i posisjon hvor man klarer å motivere til disse livsstilsendringene. Selv om det kan være utfordrende er dette et tema som sykepleiere må ta hensyn til i en arbeidshverdag og i møte med mennesker med schizofreni.

8.0 LITTERATURLISTE

Dipasquale, S., P., Patriante, M. C., Dazzan, P., E., Auguglia, E., McGuire, P. & Mondelli, V. (2012). The dietary pattern of patients with schizophrenia: A systematic review.

Journal of Psychiatric Research, 47(2), 197–207.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.10.005>

Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011) *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* (FOR-2011-12-16-1256) Lovdata.

<https://lovdata.no/forskrift/2011-12-16-1256>

Friberg, F. (Red.). (2017) *Dags for oppsats* (3.utg.). Forfatterna och studentlitteratur

Hafstad, A. (2021, 18.august) Ærlig talt - dette kan ikke fortsette. *sykepleien.no*

<https://sykepleien.no/meninger/2021/08/aerlig-talt-dette-kan-ikke-fortsette>

Hardy, S. & Gray, R. (2012). The secret food diary of a person diagnosed with schizophrenia. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* (John Wiley & Sons, Inc.), 19(7), 603–609.

<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1365-2850.2011.01826.x>

Haugann, G. & Rannestad, T. (2018) Helsefremmende sykepleie i spesialist – og kommunehelsetjenesten. I T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie : i teori og praksis* (2. utg., s. 135-156). Fagbokforlaget

Helsebiblioteket (2016, 3.juni) *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.no.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet (2016, 13.desember) *Røykeslutt for pasienter med psykiske*

lidelser.Helsedirektoratet.no.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/roykeavvenning/strukturert-hjelp-til-roykeavvenning/roykeslutt-for-pasienter-med-psykiske-lidelser>

Helsedirektoratet (2021, 23.august). *Merkeordningen Nøkkelhullet.*

Helsedirektoratet.no (<https://www.helsedirektoratet.no/tema/kosthold-og-ernaering/matbransje-serveringsmarked-og-arbeidsliv/merkeordningen-nokkelhullet>)

Helsedirektoratet (2022, 18.januar). *Statistikk og historikk om røyking, snus og e-sigaretter.*

Helsedirektoratet.no <https://www.helsedirektoratet.no/tema/tobakk-royk-og-snus/statistikk-om-royking-bruk-av-snus-og-e-sigaretter>

Helsedirektoratet. (2013, juni). *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelse.* Helsedirektoratet.no

[.https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppfolging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/_attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:643b749f68005e7572f8e70b242c0f0af6f17910/Utredning,%20behandling%20og%20oppfolging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppfolging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:643b749f68005e7572f8e70b242c0f0af6f17910/Utredning,%20behandling%20og%20oppfolging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)

Helsedirektoratet. (2018, 18. september). *Ivaretagelse og oppfølging av somatisk helse og Levevaner.* Helsedirektoratet.no

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/somatisk-helse-og-levevaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer/ivaretagelse-og-ansvar-for-oppfolging-av-somatisk-helse-og-levevaner-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>

Johannessen, O.L. (2011). Schizofreni-klinisk bilde og utbredelse. I B.R.Rund (Red.), *Schizofreni (4.utg., s.28-42)*. Hertzvig Akademiske

Karlsson, V. & Danielsson, L. (2022). Motivators for patients with schizophrenia spectrum disorders to start and maintain exercising: a qualitative interview study. *European Journal of Physiotherapy*, 24(1), 30–38.

<https://doi.org/10.1080/21679169.2020.1776386>

Kristoffersen, J. N. (2016) Livsstil og endring av livsstil. I E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomener og livsutfordringer* (2.utg ., s.197-241). Gyldendal akademiske.

Kristoffersen, J.N., Nortvedt, F., Skaug, A-E. & Grimsbø, G. H. (2016) Hva er sykepleie. I G. H. Grimsbø. (Red.), *grunnleggende sykepleie: Sykepleie fag og funksjon* (3.utg., s.16-29). Gyldendal akademiske.

Kunnskapsdepartementet. (2008, 25.januar). *Rammeplan for sykepleierutdanning*.
Regjeringen.no [Rammeplan for sykepleierutdanning](https://www.regjeringen.no/no/rammeplan-for-sykepleierutdanning)

Lien, L., Huus, G., & Morken, G. (2015) Psykisk syke lever kortere., *Tidsskriftet Nor Legeforening 2015* (135) 246-8. [https://doi: 10.4045/tidsskr.14.0831](https://doi:10.4045/tidsskr.14.0831)

Mjøsund, H, M. (2020). Helsefremmende sykepleie i psykisk helsevern - pasienters drømmesykehus. *Sykepleien Forskning*, 15 (e80478).

[10.4220/Sykepleienf.2020.80478](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.80478)

Moelven, O (2019) *Sykepleie og juss* (utg.6). Gyldendal Norsk Forlag AS .

NHI. (2021, 23.november) *Metabolsk syndrom*. *NHI.no* .Hentet 14. mars 2022 fra
<https://nhi.no/kosthold/overvektfedme/metabolsk-syndrom/>

NHI. (u.å). *Schizofreni - omfang og betydning*. *NHI.no*. Hentet 14. mars 2022 fra

<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/schizofreni/schizofreni-forekomst/?page=2>

Skaug, E-A (2016) Aktivitet. I G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (3. utg., s.313-346). Gyldendal akademiske.

Skårderud, Haugsgjerd, S., Stänicke, E., & Maizels, D. (2018). *Psykiatriboken : sinn - kropp samfunn* (2. utg.). Gyldendal.

SSB. (2020. 9.mars). *Døde*. SSB.no Hentet 14. mars oktober 2022 fra <https://www.ssb.no/befolkning/fodte-og-dode/statistikk/dode>

Sundgren, E., Hallqvist, J. & Fredriksson, L. (2016). Health for smokers with schizophrenia – a struggle to maintain a dignified life. *Disability & Rehabilitation*, 38(5), 416–422. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.3109/09638288.2015.1044033>

Thidemann, J-I. & Thidemann, M. U. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utgave.). Universitetsforlaget.

Underland, V., Holte, H, H. & Vist, E, G . (2018, 6.juni) *Effekt av fysisk trening for personer med alvorlige psykiske lidelser (978-82-8082-891-0)* FHI.no <https://www.fhi.no/publ/2018/effekt-av-fysisk-trening-for-personer-med-alvorlige-psykiske-lidelser.-over/>

Ververda, J. & Bjørnstad, M. M. (2018). Slik kan sykepleiere bedre helsen til personer med schizofreni. *Tidsskriftet sykepleien*. 2018;106(65895). [10.4220/Sykepleiens.2018.65895](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.65895)

Ådnanes, M., Høiseth, R. J., Magnussen, M., Thaulow, K. & Kaspersen, S. L. (2021) –
Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks erfaringer
(2021: 00090) Sintef. [https://kbtkompetanse.no/wp-
content/uploads/2021/03/Rapport-2_pakkeforlop_1.3.2021_signert.pdf](https://kbtkompetanse.no/wp-content/uploads/2021/03/Rapport-2_pakkeforlop_1.3.2021_signert.pdf)

Aagaard, H. (2016) Væske og ernæring. I G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (3. utg., s.191-242). Gyldendal akademiske.

9.0 VEDLEGG

Vedlegg 1

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>. Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

[Sett inn referansen til studien/artikkelen du vurderer med denne sjekklisten]

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar:

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar:

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar:

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?

- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar:

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar: