



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Mennesker med schizofreni, deres livskvalitet og sosiale nettverk

People with schizophrenia, their quality of life and social network

Vibeke Berget og Liv Berit Hauge

Totalt antall sider inkludert forsiden: 66

Molde, 23.04.10



Høgskolen i Molde

Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Mennesker med schizofreni, deres livskvalitet og sosiale nettverk

Tittel på engelsk: People with schizophrenia, their quality of life and social network

Forfatter(e): Vibeke Berget og Liv Berit Hauge

Fagkode: SEA00

Studiepoeng: 12

Årstall: 2010

Veileder: Hilda-Karin Aas

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 23.04.10

Antall ord: 11982

Abstrakt

Bakgrunn: Vi hadde noe kunnskap om temaet, og ønsket å finne ut om det er samsvar mellom teori, praksis og forskning innenfor temaet.

Hensikt: Hensikten med litteraturstudien var å undersøke om sykepleiere kan øke livskvaliteten og det sosiale nettverket til mennesker med schizofreni og deres pårørende, ved hjelp av psykoedukativt familiearbeid.

Metode: Vi har foretatt en systematisk litteraturstudie, som er bygget på teori og forskningsartikler. Valgte å benytte noen av Goodmans trinn som struktur i metodedelen. Vi har valgt å ta med 9 artikler i vår oppgave.

Resultat: Psykoedukativt familiearbeid utvider kunnskapen og forståelsen av sykdommen for pasienter, pårørende og sykepleiere. Kunnskapen kan gi hjelp til å endre holdninger, gi nyttige informasjon om konfliktløsning og mestringsstrategier. Pasient og pårørende vil få økt livskvalitet og et bedre fungerende sosialt nettverk. Dette fører til færre tilbakefall for pasienten.

Konklusjon: Konklusjon av studiet var at sykepleiere utviklet en positiv holdning overfor pasientene og pårørende når de fikk opplæring i psykoedukativt familiearbeid.

Psykoedukativt familiearbeid bør bli en del av behandlingsopplegget rundt mennesker med schizofreni og deres pårørende. Det kan betraktes som rehabiliterende, det gir pårørende og pasientene mer kunnskap om schizofreni, følelsen av håp og tillit.

Nøkkelord: Schizofreni, nettverk, familie, pasient og sykepleier.

Abstract

Background: We had some knowledge about the subject, and we wanted to find out if there were compliance between theory, practical work and research within the theme.

Purpose: The purpose of this study was to investigate if nurses can increase the quality of life and the social network for people with schizophrenia and their next of kin, with help of a psychoeducative familywork.

Method: We have done a systematic literature study that is built on theory and research papers. We have used some of Goodmans steps as structure in the method-part. We have picked out nine articles for our task.

Result: Psychoeducative familywork expand the knowledge and understanding of people with schizophrenia for the patients, next of kin and nurses. The knowledge can help them to change their attitude, give useful information about conflict resolution and coping strategies. Patients and next of kin will have a better quality of life and a better working social network. This can lead to fewer relapses and admissions for the patient.

Conclusion: The conclusion of the study was that nurses have developed a positive attitude above patients and relatives when they got training in psychoeducative family work. Psychoeducative family work should be a part of the treatment for people with schizophrenia and their next of kin. It can be considered as rehabilitation, it can give the patient's families and the patients a feeling of hope, trust and more knowledge of schizophrenia.

Keywords: Schizophrenia, network, family, patient and nurse.

Innhold

1.0	INNLEDNING	1
2.0	TEORETISK PERSPEKTIV	3
2.1	Schizofreni.....	3
2.2	Joyce Travlebees sykepleieteori	4
2.3	Sosialt nettverk og psykoedukativt familiearbeid	4
2.4	Livskvalitet.....	6
2.5	Mestring.....	6
3.0	SYSTEMATISK LITTERATURSTUDIE	8
3.1	Plan for søkene	9
3.2	Inklusjon og eksklusjonskriterier	10
3.3	Gjennomføring av søk	11
3.4	Utvelgelse av artikler.....	13
3.5	Kvalitetsbedømming	13
3.6	Analyse og sammenfatning av funn	14
4.0	RESULTAT	16
4.1	Betydning av relasjon og tilnærming	16
4.1.1	Sykepleierens intervensjoner og dets betydning for håp.....	16
4.1.2	Forebygge tilbakefall	17
4.2	Betydning av læring og mestring	18
4.2.1	Betydning av rollemodell funksjon.....	18
5.0	DISKUSJON	21
5.1	Metodediskusjon	21
5.2	Resultatdiskusjon.....	23
5.2.1	På lag med familien.....	23
5.2.2	Hvordan fremme mestring og håp.....	28
5.2.3	Hva er virksomt med psykoedukativt familiearbeid	33
6.0	KONKLUSJON	37

Litteraturliste

Vedlegg

1.0 INNLEDNING

Temaet vi har valgt er mennesker med schizofreni, deres sosiale nettverk og livskvalitet. Hovedgrunnen til at vi valgte dette temaet var at vi hadde noe kunnskap om temaet, og ønsket å finne ut om det er samsvar mellom teori, praksis og forskning innen for temaet. En annen grunn var at vi fikk høre om boken ”Blåmann” som omhandler Helge, en ung mann med psykisk lidelse og hans pårørende. Pårørende følte at behandlingsapparatet ikke tok dem på alvor (Berg 2002). På bakgrunn av dette ønsket vi å finne ut om psykoedukativt familiearbeid bedrer livskvaliteten og det sosiale nettverket til mennesker med schizofreni og deres pårørende. For mennesker med schizofreni er pårørende ofte sentrale omsorgspersoner med betydelig kunnskap om pasienten. Involvering av pårørende i behandlingen kan: redusere tilbakefall, bedre deres sosiale fungering og gi økt opplevelse av mestring (Helsedirektoratet 2008).

Etter å ha lest ”Blåmann” satt vi igjen med følelse av at samarbeidet mellom sykepleiere, pasient og pårørende kan bli bedre. Sitat fra boken viser dette:

Man forholdt seg så lite som mulig til pasientens familie og, for den saks skyld, også til hans øvrige sosiale nettverk. Jeg opplevde ikke at de som hadde ansvaret for min sønns behandling, viste noen spesiell interesse for å få vite noe om den sosiale og relasjonsmessige sammenhengen han hadde vokst opp i og hørte til i (Berg 2002, 159).

Som forfattere av denne oppgaven mener vi at temaet er relevant for sykepleieutdanningen, fordi sykepleiere bør ha forståelse for hvor viktig det er å samarbeide med pasient og pårørende. Sykepleiere bør ha forståelse for hva involvering av pårørende har å si for behandlingen. På bakgrunn av dette mener forfatterne at denne studien kan ha overføringsverdi til andre deler av sykepleiefaget og har klar relevans til sykepleiefaget.

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke om sykepleiere kan øke livskvaliteten og det sosiale nettverket til mennesker med schizofreni og deres pårørende, ved hjelp av psykoedukativt familiearbeid.

For å svare på hensikten har vi benyttet disse problemstillingene:

- Hvilke erfaringer har pasientene med psykoedukativt familiearbeid?
- Hvilke tiltak erfarer pasientene gir økt livskvalitet?

- Hvordan kan psykoedukativt familiearbeid hjelpe pårørende til bedre forståelse for pasienten?
- Hvordan tilrettelegger sykepleiere for å styrke pasientens livskvalitet?

Klargjøring av begrep: Begrepene kan ha ulik mening i forskjellige kontekster, og ulik mening kan bidra til uklar forventning og oppfatning. Derfor er det viktig å være bevisst begrepene en bruker i profesjonelle sammenhenger (Tveiten 2007).

Pasient eller bruker: Å være bruker innebærer mulighet for selvbestemmelse. Ifølge Tveiten (2007) er brukerbegrepet knyttet til prinsippene om brukermedvirkning og brukere er ekspert på seg selv. Å være bruker innebærer både rettigheter og plikter, knyttet til medvirkning og ansvar for egen helse. For noen pasientgrupper er det å være bruker urealistisk, pasienten er ikke i stand til og bestemme selv eller være bruker. Begrepet pasient forbindes ofte med det å være syk eller ha en sykdom. Hvilke begrep en bør bruke er mye omdiskutert på grunn av ulik betydning i ulike sammenhenger (Tveiten 2007).

Etter egne erfaringer fra psykiatrisk rehabiliterings avdeling er begrepet pasient mest brukt. Vi velger på bakgrunn av dette å bruke ordet pasient i vår litteraturstudie.

Psykoedukativt familiearbeid: Psykoedukativt familiearbeid er sammensatt av forskjellige elementer som undervisning, kommunikasjon, problemløsning og nettverksarbeid. Tanken er å øke mestringspotensialet hos pasient og pårørende (Borchgrevink et al. 1999). Familien blir tilbudt hjelp til å være en positiv og optimal kraft i rehabiliteringen av pasienten. Møte med familien er basert på ressursorientert tenking. Familien møtes som personer som trenger informasjon for å mestre en situasjon som er blitt uoverstigelig for dem (Fjell og Mohr 2001).

2.0 TEORETISK PERSPEKTIV.

I dette hovedkapitlet beskrives teorigrunnlaget for oppgaven: Hva som kjennetegner sykdommen, sykepleieteori, sosialt nettverk, psykoedukativt familiearbeid og livskvalitet.

2.1 *Schizofreni.*

Man regner med mellom fem og ti nye tilfeller av schizofreni per 100 000 innbyggere per år. I følge Snoek og Engdal (2008) er det til enhver tid ca 20 000 mennesker med schizofreni i Norge, dette tallet har holdt seg stabilt over årtier, uavhengig av sosiale endringer. Sykdommen bryter som regel ut i 18-28 års alderen, men kan bryte ut både tidligere og senere. Menn har sin sykdomsdebut i gjennomsnitt fem år tidligere enn kvinner.

Det er ingen enkeltsymptomer som er så typiske for schizofreni at det gir grunnlag for å stille diagnose. Det er en kombinasjon av symptomer og symptomenes varighet som gir diagnosen. For å få diagnosen schizofreni kreves det at flere symptomer er til stede over en periode på en måned eller lenger. Diagnosesystemet som blir brukt i Norge er ICD-10. Det er fire grunnsymptomer som regnes som de mest spesifikke: assosiasjonsforstyrrelse, autisme, ambivalens og affektavflating. I tillegg til disse grunnsymptomene er de ulike symptomene delt inn i positive og negative symptomer. Symptomer som er observerbar for andre, og retter seg utover kalles positive symptom. De negative symptomene er mindre påfallende for andre, men alvorlig for pasienten som mister kontakten med de rundt seg (Snoek og Engedal 2008).

Cullberg (2001) benytter seg av Zubin og Spring sin teori, stress-sårbarhetsmodellen, for å forklare hvorfor noen utvikler schizofreni. En slik forklaringsmodell innebærer at det kan foreligge en medfødt sårbarhet, en neuronal utviklingsforstyrrelse eller en forstyrrelse i oppveksten hos de som utvikler sykdommen. Når disse menneskene utsettes for større påkjenninger en de kan hanske med, oppstår det realitetsbrist – vrangforestillinger. Vrangforestillingene representerer pasientens nye forståelse av omverdenen. Modellen gir oss en nøkkel til å forstå mange aspekter med livet. Mestring av stress er viktig (Cullberg 2001).

2.2 *Joyce Travelbees sykepleieteori*

Vi har valgt å ta med Joyce Travelbee sin sykepleieteori fordi hennes teori legger stor vekt på hvert menneske som unikt individ. Hun setter kommunikasjon mellom sykepleier og pasient høyt, og er opptatt av samspillet.

Travelbee mener at hvert enkelt menneske er unikt. Mennesker tar del i fellesmenneskelige erfaringer, som lidelse og tap. Lidelse og tap er uunngåelige følger av det å være et menneske. Men selv om lidelse og tap er fellesmenneskelige erfaringer, kan opplevelsen av lidelse og tap være individuelt. Travelbee understreker at et hvert individ har en tilbøyelighet til å søke etter meninger i møte med lidelser og tap. Hun mener lidelse og tap er en uunngåelig del av menneskeliv. Hun legger vekt på at sykepleien skal bestå av å hjelpe pasienten til å finne en mening i den situasjon han gjennomlever. Travelbee mener at hensikten og målet for sykepleie er å hjelpe personer til å mestre, bære og finne erfaringer som følge av lidelse og sykdom. Hun mener videre at håp er et sentralt begrep knyttet til tjenestens mål og hensikt. Ved å understøtte håpet hos mennesker med sykdom, hjelper sykepleieren dem til å mestre lidelsen i større grad enn de ellers ville gjort. Hun mener at sykepleiens mål og hensikt kun kan oppnås gjennom etablering av et menneske – til – menneskeforhold. Et slikt forhold innledes i følge henne gjennom en interaksjonsprosess som har flere stadier: det innledende møtet, fremvekst av identitet, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt. Hun beskriver kommunikasjon som viktig sykepleie redskapet når det gjelder og etabler menneske – til – menneskeforhold til pasienten. Kommunikasjon er en gjensidig prosess som skjer hele tiden når to mennesker møtes, dette skjer ved både verbale og non verbale signal. Kommunikasjonen har til hensikt å gjøre sykepleieren kjent med pasienten og dermed i bedre stand til å møte hans behov (Travelbee 1999).

2.3 *Sosialt nettverk og psykoedukativt familiearbeid*

Sosialt nettverk som begrep kan brukes til å beskrive en helhet av menneskelige relasjoner. Med sosialt nettverk mens det de samhandlingsforhold som gjør at mennesker bevarer sin sosiale identitet, og kan bestå av familiemedlemmer, arbeidskollegaer, venner og helsearbeidere (Seikkula 2000).

I et fungerende sosialt nettverk, er det på snitt 22-25 personer fordelt på 5-6 sektorer. Det som gjerne skjer under sykdommen er at sektorene forminskes, og kvaliteten forringes. Statistisk sett er det sosiale nettverket rundt mennesker med schizofreni på 5-7 personer, med veldig tette relasjoner og liten grad av gjensidighet (Seikkula 2000).

På 1980-tallet slo familieterapi til for fullt i Norge. Inspirasjon kom fra de tre kjente amerikanske familieterapeutene og systemteoretikerne: Theodore Lidz, Lyman Wynne og Margaret Singer. På 1990-tallet kom den psykoedukative bølgen til Norge. Et viktig element i denne tilnærmingen var å undervise pårørende til pasienter med psykose. I mange tilfeller ble pasientene også tatt med i denne tilnærmingen. I 1991 ble første idédugnad seminaret arrangert på Geilo. Etter hvert har denne formen for behandling blitt tatt i bruk flere steder i landet (Rund 2005).

Ved psykoedukativt familiearbeid får pårørende undervisning om symptomer, medisinsk behandling (virkning og bivirkning), årsaksforståelse; sårbarhetsmodellen, pasientens behov, familiens behov og hva de kan gjøre for å hjelpe pasienten (Borchgrevink et al. 1999). Målsettingen med psykoedukativt familiearbeid er å forebygge tilbakefall og få pasienten til å fungere bedre, hjelpe familien til å mestre dagliglivet med pasienten på en bedre måte, lette familiens byrde og bedre forhold mellom pasient, pårørende og sykepleier. Familiearbeidet rettes mot de psykologiske, biologiske og sosiale perspektivene med lidelsen. Nøkkelordet i denne behandlingen er mestring. Metoden flytter fokus bort fra det ondes rot og retter oppmerksomheten mot ressurser (Fjell og Mohr 2001).

Psykoedukativ flerfamiliegruppe er utviklet på bakgrunn av erfaringer gjort med enkeltfamiliegrupper. Psykoedukativ flerfamiliegruppe har varighet over to år, og har fra fire til seks familier (Øxnevad et al. 2000). Når en inviterer pasienter og pårørende inn i en gruppe lager man et nytt sosialt nettverk rundt dem. Medlemmene i gruppen har felles erfaringer. En psykoedukativ flerfamiliegruppe tilbyr nye muligheter for mestring som enkeltfamiliegrupper ikke kan gi. Når en er medlem i en gruppe gir det muligheter til å dele erfaringer og få hjelp av andre som en kan identifisere seg med. En identifisering med andre, skaper grunnlag for endring både for pasient og pårørende. Mange med mennesker med schizofreni har store problem å være sammen med andre utenfor sin egen familie (Jørgensen et al. 2000).

2.4 Livskvalitet

Innen medisin er begrepet livskvalitet primært knyttet til de subjektive opplevelsene av sykdom, behandling og egen situasjon. Livskvalitet kan i andre sammenhenger defineres som allmenne vurderinger av livet. Selv om noen knytter livskvalitet til ytre kriterier, er de fleste enige om at livskvalitet først og fremst er uttrykk for folks subjektive vurderinger av eget liv. Livskvalitet dreier seg om fysiologiske, psykologiske, sosiale og eksistensielle sider ved livet. Det dreier seg også om verdier, forventninger, mål og meninger hver enkelt har i livet. Begrepet kan forstås som tilfredshet med livet, psykisk velvære, tilfredsstillende behov, funksjonsevne, selvrealisering, helse, lykke og mening. Det avgjørende for livskvalitet hos mennesker med schizofreni er hvordan man mestrer situasjonen (Mæland 2002).

Fokus innen omsorg og behandling av mennesker med schizofreni har de senere årene endret seg fra opptatthet av spesifikke symptom, til en økende interesse for pasientens opplevelse av sin tilværelse: deres livskvalitet. Den mest vanlige indikatoren for livskvalitet er subjektiv velvære, som er den enkeltes totalvurdering av sin livssituasjon (Almvik og Borg 2000). I Almvik og Borg (2000) pekes det på to viktige aspekter ved psykisk helse. Det ene er pasientens tilfredsstillelse med eget liv. Det andre omhandler pasientens opplevelse av mestring relatert til sosiale forventninger. Om pasientene klarer å få tilfredsstillt sine ulike behov, materielt og sosialt, å mestre kravene i omgivelsene, vil de fleste oppleve god livskvalitet (Almvik og Borg 2000).

2.5 Mestring

Mestringsforventninger er helt sentralt i en persons avveininger og valg når det gjelder atferd. Tiltro til egen evne til å kunne gjennomføre en handling er nødvendig for å forsøke å lykkes. Mestringsforventning er noe helt annet enn generell tiltro på seg selv og sin evne til å løse problemer. Det er slik at mennesker med en generell opplevelse av personlig kontroll som oftest også har positive mestringsforventninger på en rekke områder. I dette begrepet ligger en spesifikk vurdering folk gjør når de stilles overfor konkrete valg eller oppgaver. Positiv mestringsforventning gjør at folk anstrenger seg hardere for å gjennomføre en beslutning, selv om det krever mye. Derfor er mestringsforventning av betydning når man skal forsøke å endre inngrodde vaner eller atferd (Mæland 2002).

Mestring bør ta utgangspunkt i familiens opplevelse og forståelse av situasjonen, tidligere erfaringer, grunnleggende livsverdier og konkret mestringsevne. Mestring omfatter både emosjonell og problemløsende tilnærming. Den emosjonelle mestringen dreier seg om å kanalisere fortvilelse, engstelse og nedtryktheten på en slik måte at det fører familien frem mot akseptasjon og forsoning med sykdommen. Effektiv problemløsning er avhengig av at en kan definere problemet, identifisere hvilke faktorer som bidrar til dette, og finne tiltak som kan løse eller begrense det. Sykepleiere kommer inn som et viktig tiltak i hele denne prosessen, ved å komme med tiltak som kan bidra til en fruktbar problemforståelse, planlegge nødvendig tiltak, oppmuntre familien til å gjennomføre tiltakene, og bidra til å lære nye ferdigheter. Avgjørende i denne prosessen er sykepleiernes muligheter for å gjøre relevant medisinsk kunnskap tilgjengelig og forståelig for familien (Kirkevold og Ekern 2003).

Mestring innebærer å forholde seg til stress, problemer og kriser, enten det er av fysisk, psykisk, sosial eller eksistensiell karakter. Sykepleierens oppgave er å bidra til at pasienten og de pårørende mestrer situasjonen på best mulig måte. Å yte hjelp til mestring og bedre livskvalitet kan være en utfordring for sykepleiernes kommunikasjonsferdigheter. Det forutsetter både et godt grep om problemløsende samtaler og evne til å lytte til pasienten. Det forutsetter også vilje og evne til å fokusere på pasientens talenter, ressurser og muligheter, til å løse konflikter og bidra til tilpasning til den situasjonen en er i og leve videre med (Eide og Eide 2003).

3.0 SYSTEMATISK LITTERATURSTUDIE

På bakgrunn av hensikten, problemstillingene i studien, og bakgrunnsteori redegjør vi her for framgangsmåten i litteraturstudien. Vi vil først beskrive hvordan vi har gått frem for å samle data, så hvordan vi har utført søkene og valgt ut artikler, for deretter hvordan vi har kvalitetsbedømt og analysert funnene våre.

Det er krav om å bruke systematisk litteraturstudie i denne oppgaven. Det betyr at man gjør systematiske søk i litteraturen som allerede eksisterer. Litteraturen som hentes inn analyseres, tolkes, drøftes og presenteres som resultat av oppgaven (Dalland 2001).

Vi valgte å benytte oss av noen av Goodmans trinn for å finne og bedømme relevant vitenskapslitteratur systematisk (Willman et al. 2006).

I oppgaven har vi valgt å bruke både kvalitative og kvantitative studier for å svare på hensikten og problemstillingene. Kvalitativ metode tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste og måle. De kvantitative metodene tar sikte på å forme informasjonen om til målbare enheter som i sin tur gir muligheter til å foreta regneoperasjoner, som det å finne gjennomsnitt og prosent av en større mengde (Dalland 2007).

Siden vi ønsket svar på effekten av tiltaket psykoedukativt familiearbeid, har vi søkt etter forskningsartikler hvor det var benyttet Randomisert kontrollert forsøk (RCT). RCT er en eksperimentell design, hvor gruppene som skal sammenlignes bør være så like som mulig med hensyn til alt som kan påvirke utfallet (Nortvedt 2007).

Har valgt å bruke kohortstudie i oppgaven fordi det gir oss noe svar på hensikten og problemstillingene våre. Kohortstudie innebærer studie av en gruppe mennesker hvor man kan identifisere subgrupper av personer som er, har vært eller kan bli eksponert for en eller flere faktorer som hypotetisk påvirker sannsynligheten for sykdom eller andre utfall. Kohort følges ofte over tid og observeres i hvilken grad sykdommen eller andre utfall forekommer i ulike subgrupper (Nortvedt 2007).

3.1 Plan for søkene

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke om sykepleiere kan øke livskvaliteten og det sosiale nettverket til mennesker med schizofreni og deres pårørende, ved hjelp av psykoedukativt familiearbeid. For å svare på hensikten har vi benyttet disse problemstillingene:

- Hvilke erfaringer har pasientene med psykoedukativt familiearbeid?
- Hvilke tiltak erfarer pasientene gir økt livskvalitet?
- Hvordan kan psykoedukativt familiearbeid hjelpe pårørende til bedre forståelse for pasienten?
- Hvordan tilrettelegger sykepleiere for å styrke pasientens livskvalitet?

For å komme fram til spesifikke søkeord som best besvarte hensikten og problemstillingene, benyttet vi oss av et PIO skjema, tabell 1. PIO skjema er et verktøy som kan bidra til mer eksplisitte og fokuserte spørsmål. Hver bokstav i PIO betegner bestemte momenter som bør være med i kliniske spørsmål.

Bokstavene i PIO modellen står for:

P- problem/population

I - Tiltak/intervention

O - Utfall/outcom (Nortvedt 2007).

Tabell 1. Pio skjema.

	POPULATION/ PROBLEM	INTERVENTION	OUTCOME
Norske ord	Schizofreni Psykose	Nettverks arbeid Relasjon Samarbeid	Effekt Livskvalitet
MESH	Schizophrenic Psychology Psychotic Family Patient	Professional-Family Relations Professional-Patient Relations Social Support Network	Effect Sensation Quality of life
Tekstord	Schizophrenia Psychosis	Network Relationship Professional Personal Team work Social Support	Effect Sensation Recovery process

For å få kunnskap om hvilke databaser som best egnet seg for oppgaven, benyttet vi oss av boken, Litteratursøking i medisin og helsefag, En håndbok (Kilvik og Lamøy 2007). Valgte Medline via Ovid og PsycINFO som er gode internasjonale databaser innen medisin og sykepleie.

PsycINFO – er en database som dekker fagområdet psykologi. Databasen omfatter også psykologiske aspekter fra andre fagområder, blant annet psykiatri, sykepleie og sosialt arbeid. MEDLINE via OVID – regnes som en av de fremste referansedatabasene innen det medisinske området. Den dekker emner som medisin, biomedisin, helsestell, sykepleie med referanser fra ca 5000 tidsskrifter. Hoveddelen av dokumentene er vitenskaplige tidsskrifter (Kilvik og Lamøy 2007).

3.2 Inklusjon og eksklusjonskriterier

For å finne aktuelle artikler til studien satt vi noen inklusjons- og eksklusjonskriterier som måtte være tilstede for at vi kunne benytte oss av artiklene.

Inklusjonskriteriene vi satte var at artiklene måtte være skrevet på norsk eller engelsk, fordi vi skulle kunne forstå innholdet. Artiklene måtte være refereebedømt, dette vil si at de er vurdert og godkjent for publisering. Ved refereebedømming blir artiklene bedømt av flere refereegrupper, ofte anonymt. Dette for å vurdere kvaliteten av artiklene, og om den passer til tidsskriftet (Willman et al. 2006). Andre inklusjonskriterier var at de måtte omhandle mennesker med schizofreni, deres sosiale nettverk og livskvalitet. Andre inklusjonskriterier var at de måtte omhandle pårørende, med pårørende mener forfatterne av oppgaven mor og/eller far til pasienter med schizofreni. Artiklene måtte også inneholde psykoedukativt familiearbeid eller sosial ”support”. Har ingen avgrensning på søkene når det gjelder alder på pasientene med schizofreni, fordi vi ønsket å finne ut om psykoedukativt familiearbeid er effektivt i alle aldre uavhengig av hvor lenge de har hatt diagnosen. Artiklene vi skulle velge ut burde være etisk vurdert, det burde vært innhentet tillatelse for innsamling av data. Deltakerne burde være med i studiet frivillig og informert om at de kunne trekke seg fra studiet.

Eksklusjonskriteriene var at artiklene ikke skulle være utgitt tidligere enn 2004, dette fordi det kan skje mange forandringer innen forskning på 5 år. Dersom artiklene omhandlet andre tema som ikke var relevante for vår hensikt og problemstillinger ble de ekskludert.

3.3 Gjennomføring av søk

Datainnsamlingen ble gjennomført gjennom systematisk litteratursøk i anerkjente databaser via Høgskolen i Molde sitt bibliotek. Forfatterne av oppgaven har gjort mange søk i databasene PsycINFO og Ovid MEDLINE(R).

Under prøvesøkene benyttet vi fritekstsøk, systemet leter da etter ordene i flere felter samtidig for eksempel felt for tittel og sammendrag, med søkeordene: schizofreni og nettverk og familie. Søkene ble senere utvidet med MeSH termer, Advanced Ovid Search, Keyword, Map Term to Subject Heading og Include Related terms. For å begrense og finne aktuell litteratur benyttet vi termene AND og OR. For å finne den nyeste forskningen begrenset vi alle søkene til årstall 2004 – 2010.

Tabell 2. Oversiktstabell litteratursøk og søkekombinasjoner.

Dato	Søkeord og kombinasjoner	Database	Antall treff	Leste Abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
13.10.09	Schizophrenia and attitudes Included Related Terms Check Spelling Basic Search	PsycINFO 2002 to October Week 1 2009	59	25	5	2
13.10.09	Schizophrenia/ or schizophrenia.mp and patient.mp or patients and network.mp. limit to Map Term to Subject Heading Keyword Advanced Ovid Search	Ovid Medline(R) 1950 to october Week 1 2009	65	20	7	1
17.10.09	Schizophrenia/ or Schizophrenia.mp and family/ Family Relations/ or Family Therapy/ or family.mp or Professional- Family Relations/ and social support.mp. or Social Support/ limit to “therapy (sensitivity)”	Ovid Medline(R) 1950 to october Week 1 2009	37	15	6	1

	Map Thern to Subject Heading Advanced Ovid Search Keyword					
31.10.09	Nurse and family and Schizophrenia Schizophrenia/ or schizophrenia.mp or Process Shizophrenia and nurse.mp. or Psychiatric Nurse/ or exp Nurse/ and exp Family Work Relationship/ or Exp Family(or family.mp. or wxp Family Therapy/ or exp Family Life Education/ or exp Family Relations/ or exp Shizophrenogenic Family/ Check Spelling Map Thern Subject Heading Keyword Advaced Ovid Search	Ovid Medline(R) 1950 to october Week 1 2009	13	7	4	1
17.10.09	Schizophrenia/ or schizophrenia.mp. and exp Family Intervention/ or exp Family/ or family.mp. or exp Family Therapy and social support.mp. or exp Social Support/ limit to 1600 quantitative study Advanced Ovid Search Keyword	PsycINFO 2002 to October Week 2 2009	37	12	7	3

	Map Term to Subject Heading Include Related terms					
12.10.09	How can nurse enhance the quality of life with diagnosis of schizophrenia using the network work? limit to 1600 qualitative study Check Spelling Include Related Terms Advanced	PsycINFO 2002 to October Week 1 2009	671	26	8	1

3.4 Utvelgelse av artikler

Forfatterne satt med 42 artikler etter søkene. Vi valgte å gjennomgå artiklene i fire operasjoner for å redusere antallet som skulle leses og kvalitetsbedømmes i sin helhet.

1. Denne utvelgelsen ble gjort ved at vi leste titlene på alle artiklene. Ut fra dette ble det avgjort om artiklene var relevante for forfatterne sin hensikt, og tatt med videre.
2. Utvelgelse to ble gjort ved at abstraktene ble lest gjennom og ut fra disse ble det avgjort om artiklene var relevant til vår hensikt, om ikke ble de ekskludert.
3. Tredje utvelgelsen ble gjort ved at forfatterne leste artiklene i sin helhet. Artiklene som passet til forfatterne sin hensikt ble inkludert, de andre ble ekskludert fra studiet.
4. Etter å ha gjennomgått materialet i de tre operasjonene nevnt over satt vi igjen med totalt 17 artikler vi skulle kvalitetsbedømme. Etter kvalitetsbedømmingen satt vi igjen med 9 artikler vi valgte å ta med i oppgaven.

3.5 Kvalitetsbedømming

Vi startet først med å kvalitetsbedømme artiklene med skjemaene fra Kunnskapssenteret, vi valgte deretter å bruke Willman et al. (2006) sin skjema for kvalitetsbedømming. Dette på grunn av at vi ikke helt forsto skjemaene til Willman et al. (2006) i starten av prosessen. I skjemaene til Kunnskapsenteret har vi benyttet kvalitetsbedømmingsskjema for kohort studie, RCT studie og kvalitative studie (vedlegg 2,3 og 4). I Willman et al. (2006) benyttet

vi oss av skjema for kvantitative og kvalitative studie (vedlegg 5 og 6). Willman et al. (2006) har utformet kvalitetsbedømming ved hjelp av prosentinnndeling. Forfatterne har benyttet seg av dette skjemaet i etterkant av selve kvalitetsbedømmingen. Ved hjelp av svarene i kvalitetsbedømmingsskjemaet gav vi 1 poeng ved positivt svar (ja), og null poeng ved negativt svar (nei og vet ikke). Antall poeng ble regnet om til prosent for at vi skulle kunne gjennomføre en graderingsbedømming av hver artikkel.

Kvalitetsbedømming ved hjelp av prosentinnndeling:

Grad 1 – 80-100 %

Grad 2 – 70-79 %

Grad 3 – 60-69 %

(Willman et al. 2006, 96)

I studie har vi valgt å ta med artikler bare av grad 1. Etter kvalitetsbedømmingen ved hjelp av Willman et al. (2006) sine ulike skjemaer satt vi igjen med 9 artikler vi valgte å ta med videre i studiet. Artikkene er fordelt slik: 5 kvantitative, der av 1 kohort og 4 RCT, og 4 kvalitative. 8 artikler ble ekskludert fra studiet da de ikke var relevante og ikke oppnådde kvalitetskravet. Oversikt over forfattere, innhold, hensikt, metode, deltakere/frafall, resultat og kvalitet finnes i tabell 3 (vedlegg 1).

3.6 Analyse og sammenfatning av funn

Vi benyttet en modifisert innholdsanalyse ifølge Malterud (2003) for å finne felles tema mellom de ulike artikkene og deretter løftet frem likheter/ulikheter som gjenspeiler vår hensikt og problemstillinger. Disse trinnene går ut på:

- Å få et helhetsinntrykk.
- Å identifisere funnene.
- Å abstrahere innholdet i de enkelte funnene.
- Deretter å sammenfatte betydningen av dette (Malterud 2003, 100).

Trinn 1: Alle artikkene ble lest gjennom av begge flere ganger med et åpent blikk for å forstå dem i sin helhet. Hver artikkel ble analysert hver for seg og funn som svarte til hensikten og problemstillingene ble identifisert. Fokuset hele veien var å se etter funn som

var relevant får vår hensikt og problemstillinger. Da dette var gjort ble artiklene oversatt til norsk.

Trinn 2: Vi laget en oversikt hver for oss over funn i alle artiklene, det viste seg at begge forfatterne stort sett hadde valgt ut de samme funnene. Dette ble gjort ved å markere teksten med fargekoder som skulle gjøre det enklere å organisere funnene for å svare på hensikten og problemstillingene. Dette skulle gjøre systematiseringen av hver gruppe enklere. Fargekodene viste oss om det var relevant til hensikten og problemstillingene.

Trinn 3: Dette trinnet er utgangspunkt for å undersøke materialet for hensikten og problemstillingen. Funnene i de ulike artiklene med samme farge ble skrevet ned og plassert under de ulike problemstillingene, for deretter å bli systematisert. Dette gjorde at vi klarte å se hva som var relevant.

Trinn 4: Her ble hver enkelt gruppe undersøkt. Dette gjorde at vi kunne se likheter og ulikheter på hver enkelt gruppe. Det ble da sett på hvilke tekster som var mest lik, og hvilke variasjoner som naturlig fulgte hverandre. Dette arbeidet skapte en sammenheng og helhet i oppgaven som ga svar på hensikten og problemstillingene. Ut fra dette delte vi funnene i to hovedtema og tre undertema som blir presentert i resultatdelen av oppgaven (Malterud 2003).

4.0 RESULTAT

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke om sykepleiere kan øke livskvaliteten og det sosiale nettverket til mennesker med schizofreni og deres pårørende, ved hjelp av psykoedukativt familiearbeid. For best mulig å svare på hensikten og problemstillingene har forfatterne valgt å dele dette kapitlet opp i hovedtema med undertema.

4.1 Betydning av relasjon og tilnærming

Vi fant at flere studier viste sammenheng mellom sykepleiers relasjon/tilnærming til pasienten og pasientens livskvalitet (Pitkänen et al. 2008; O'Neill 2008; Castelein et al. 2008; Chen et al. 2004; Chien et al. 2004; Guitierrez-Maldonado et al. 2008; Giròn et al. 2004)

4.1.1 Sykepleierens intervensjoner og dets betydning for håp

I Pitkänen et al. (2008) sitt kvalitative studie med semi-strukturert intervju viste funnene at mennesker med schizofreni lider av nedsatt livskvalitet. Denne studien viser også at sykepleierne i psykiatriske avdelinger er et nært forhold til pasienten og har muligheter til å støtte pasientens livskvalitet.

I O'Neill (2008) sitt kvalitative studie med fokusgruppeintervju viste funnene at sykepleierne utviklet positive holdninger overfor pasienten når de fikk opplæring i psykoedukativt familiearbeid. Dette går på holdningsmessige endringer, der pasienten får bruke mer av sin autonomi og forvaltning av sin sykdom på en mer myndiggjørende måte. Det ble funnet at angstnivået hos både pasient og pårørende ble redusert når psykoedukativt familiearbeid ble benyttet, noe de tilskrev til å få følelse av håp i et omsorgsfullt miljø som ble etablert i samarbeid med pasient, pårørende og sykepleiere.

O'Neill (2008) fant i sin studie, at sykepleierne som fikk opplæring i psykoedukativt familiearbeid ikke lenger så på pasientene som mennesker med psykisk lidelse, men mennesker som opplever sykdom i forbindelse med sitt daglige liv. Betydning av den mer mellommenneskelige relasjonen ble opplevd som positivt for pasienten. Ved å ta familien

inn i behandlingen oppnår man mer en individuell behandling. Ved å implementere psykoedukativt familiearbeid i behandling av schizofreni mente sykepleierne at pasienten ikke lenger var forsømt. Sykepleierne endret holdningene sine i en positiv retning overfor pasienten. De følte ikke lenger den håpløsheten overfor pasientene som de hadde gjort tidligere. Ved psykoedukativt familiearbeid får sykepleierne ny forståelse og mer kunnskap om problemet og muligheten rundt schizofreni. Dette styrkes av funnene til Chen et al. (2004) sitt kvalitative studie med intervju og Chien et al. (2004) sitt kvantitative RCT studie. De fant at et godt samarbeid mellom pasient, pårørende og sykepleiere under behandlingsprosessen vil gjøre alle tryggere og mer fleksible til å mestre utfordringene det er å leve med schizofreni. De fant videre i sine studier at når sykepleiere gjør en innsats for å etablere støttegrupper for pårørende og mennesker med schizofreni vil dette føre til fordeler for familien forbundet med å bo i et mer støttende og harmonisk familiemiljø. Støttegruppene ble opprettet med og uten helsepersonell, funnene viser at støttegruppene ble bedre hvis helsepersonell var deltakende.

I funnene til Pitkänen et al. (2008) kom det frem at samtaler med sykepleiere bør omfatte forhold som sykdom, familie, sosiale relasjoner, arbeid og studier. Samtalene må innholde følelser, håp, drømmer og åndelige forventninger. Pasientene mente at sykepleierne bør daglig spørre hvordan det står til, å hjelpe dem til å vedlikeholde vennskap. Funnene i studien viser også at sykepleiere i akuttavdeling ikke samarbeider nok med pårørende. Dette skyldes mangel på tid, utdanning og/eller mangel på erfaringer med å ta med familien i behandlingen. Pasientene mente at intervensjoner som tar familien med i behandlingen kan bidra til bedre sosial fungering og økt livskvalitet.

4.1.2 Forebygge tilbakefall

Sosiale tiltak innebærer at sykepleierne bør møte pasientens pårørende, noe som gir pasienten mulighet til sosial kontakt. Pasienten mener at sykepleierne bør arrangere flere familiemøter (Pitkänen et al. 2008).

I Castelein et al. (2008) sitt kvalitative studie med spørreskjema og intervju kom det frem at sosiale problemer kan overvinnes ved bruk av støttegrupper. Et sted der de som opplever lignende problemer og omsorgssituasjoner sammen kan kontrollere valg av tema til diskusjon. Studier av ulike pasientgrupper og deres pårørende i en familie tyder på at støttegruppe kan gi emosjonelle og informasjonsmessig støtte, noe som kan forebygge tilbakefall. Funnene videre viste at støttegruppe intervensjonen hadde størst innvirkning på livskvaliteten for deltakerne som hadde hatt sykdommen over tid. Funnet i studien viser at støttegruppene forbedrer den sosiale kontakten innen den eksisterende gruppen, men mangel på effekt for den sosiale kontakten utenfor det psykiatriske miljøet.

I Guitierrez-Maldnado et al. (2008) sitt kvantitative RCT studie og Giròn et al.(2004) sitt kohort studie var funnene at psykoedukativt familiararbeid bedrer pårørendes holdninger til mennesker med schizofreni. Det betyr at pårørende lærer hvordan de skal handle, føle og tenke mer positivt og fleksibelt i forhold til sykdommen. De positive holdningene har direkte konsekvenser for forholdet mellom pasient og pårørende. Resultatene viser at holdningen kan endres gjennom psykoedukativt familiararbeid. Videre viste studiene at empatiske pårørende kan justere sin atferd etter pasientens følelsesmessige tilstand og kliniske behov, og dermed være som en buffer mot reaksjoner som kan føre til tilbakefall. Empati kan også føre til konstruktive ideer og tilrettelegging av problemløsning.

4.2 Betydning av læring og mestring

Flere studier viser tydelig at psykoedukativt familiararbeid har betydning for pasienten og pårørendes læring (Giròn et al. 2004; Guitierrez-Maldnado et al. 2008; Chien et al. 2004; Chen et al 2004; Magliano et al. 2006; Magliano et al. 2005).

4.2.1 Betydning av rollemodell funksjon

Funnene i Giròn et al. (2004) sin studie viser at familiens negative holdninger kan gi forverring av positive symptom ved sykdommen. Om det blir satt inn psykoedukativt familiararbeid for å endre negative holdninger vil tilbakefall hos pasienten bli betydelig redusert. Funnene i studiet viser at det er mange sosiale funksjonshemminger forbundet

med schizofreni (positive og negative symptom). De påvirker yrkesmessige funksjoner, kommunikasjon og sosial interaksjon. De sosiale funksjonshemmingene tilsier behov for større toleranse, og ekstra innsats fra pårørende med sikte på å opprettholde et passende klima for sosiale relasjoner. Funksjonshemmingen kan bli forsterket av negative holdninger og atferd av andre, som kan øke pasientens følelse av å bli ekskludert og misforstått. Det ble funnet signifikante forskjeller mellom dårlig empatiske holdninger og pasientens yrkesmessige fungeringer og sosiale relasjoner. I Guitierrez-Maldnado et al. (2008) sitt studie ble det funnet at empatiske holdninger har betydning for sosial og yrkesmessig funksjon for pasienten. Funnene viser at psykoedukativt familiearbeid vil gi viktig informasjon til sykepleiere om pasienten og pårørende. Det viser seg at når pårørende kan få opplæring i kommunikasjon, sykdommen og følelsesmessige reaksjoner kan dette lette deres byrde. Byrden lettes også ved at pårørende får opplæring i konfliktløsning. Det ble funnet en forskjell i holdninger blant pårørende alt etter hvor lenge de hadde bodd sammen med pasienten i effekten av psykoedukativt familiearbeid. Forbedringen var bedre blant de som hadde levd lenge i lag med pasienten. Atferdsmessige forandringer var signifikante fra starten av opplegget til slutten, atferden hadde bedret seg betraktelig.

I Chien et al. (2004) sitt studie viste funnene at pårørende av pasienter med schizofreni har en tendens til å overvurdere pasientens evne til å kontrollere symptomer og funksjonshemminger. Dette kan fremme pårørendes følelser av frustrasjon. Pårørende rapporterte at omsorg for mennesker med schizofreni fører til følelse av tap, negative effekter på familieliv og begrensninger i sine egne sosiale og fritidsaktiviteter. Dette støtter funnene i studiene til Guitierrez-Maldnado et al. (2008) og Giròn et al. (2004) om viktigheten av holdningsendringer gjennom psykoedukativt familiearbeid.

I studien til Magliano et al. (2006) kvantitative RCT studie viste funnene at psykoedukativt familiearbeid gir betraktelig forbedring for det sosiale nettverket og reduserer kliniske problemer. Det har positiv innvirkning på følelsene til pårørende, men hadde ingen effekt på deres oppfattning av pasientens helse. Funnet viste forbedring i støtte hos helsepersonell. Pårørende som mottok denne formen for behandling ble tilbakefallet hos pasienten betydelig redusert. Psykoedukativt familiearbeid kan betraktes som

rehabiliterende fordi de gir pårørende og pasienten mer kunnskap, ferdigheter og støtte til å takle konflikter, og bedre deres livskvalitet. Det er foreslått en kombinasjonsbehandling som inneholder familiebehandling og ideell dose medisin. Psykoedukativt familiearbeid sørger ikke bare for opplæring, men gir viktige følelsesmessige forsterkninger. Det gir informasjon om sykdommen, psykologisk, sosial støtte for å redusere angst og gir følelsen av tillit. Psykoedukativt familiearbeid øker forpliktelse til å etablere samarbeid, relasjoner og terapeutiske allianser. Kunnskapen kan gi hjelp til å endre holdninger, og gi nyttige strategier for konfliktløsning. Pasientene rapporterte at omsorgen fra pårørende hadde hjulpet de med å avklare sine prioriteringer i livet og skape følelse av indre styrke. Dette støttes av funnene i studien til Magliano et al. (2005) sitt kvantitative RCT studie der det viste at pårørende følte behov for å få informasjon om pasientens sykdom og mestringsstrategier.

Studiene gjort av Chen et al. (2004) og Chien et al. (2004) viser funnene at sykepleiere kan være en kilde til formell støtte til pårørende. Studiene viser at pårørende uttrykte et ønske om informasjon vedrørende schizofreni, behandlingen og praktiske råd om mestringsstrategier. Sykepleiernes råd om håndtering av vanskelig atferd synes å øke pårørendes følelse av mestring, som reduserer oppfatning som byrde. I studiet var det også forsket på deltagelse i flerfamiliegruppe. Funnene viste at deltakerne opplevde det positivt å motta informasjon fra andre i flerfamiliegruppen, spesielt om hvordan forholde seg til pasientens symptom og atferd. Funnene viste at de fikk et mer harmonisk familieliv, og var mer forberedt på å løse og håndtere konflikter. Mottar familien denne støtten og opplæringen kan det påvirke det sosiale nettverket i positiv retning. Deltagelse i støttegrupper viser reduksjon i sosial isolasjon og gir muligheter for pårørende å vokse med å få kunnskap om schizofreni, se sine ferdigheter og bli mer trygg i sin evne til omsorg.

5.0 DISKUSJON

Diskusjonskapitelet er oppdelt i to deler: metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen beskrives metoden forfatterne har brukt, og konsekvensene av metoden som er brukt. I resultatdiskusjonskapitelet diskuteres funnene i de 9 artiklene forfatterne har valgt å bruke i oppgaven.

5.1 Metodediskusjon

Under prøvesøkene våren 2009 foretok vi frittekstsøking som gav oss mange treff, det så da ut til å være enkelt å finne relevante artikler til temaet vårt. Det har vært mye forskning rundt temaet schizofreni, livskvalitet og sosialt nettverk. Høsten 2009 satte vi av 14 dager til søking for å finne relevante artikler. I etterkant ser vi at det med fordel kunne vært avsett mer tid til denne prosessen. Når forfatterne da søkte med ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier fant vi lite forskningsartikler som belyste vår hensikt og problemstillinger. Det viste seg at forskerne hadde et annet fokus i forskningen en vi hadde valgt for vår litteraturstudie. Det ble på grunn av dette en utfordring å finne tilstrekkelig forskningsartikler til å styrke oppgavens troverdighet. Under søkingen fant vi ut at det er forsket en del på ”social support”. I oppgaven er ”social support” oversatt til støttegruppe. Vi har på bakgrunn av dette valgt å bruke noen artikler med dette innholdet, isteden for psykoedukativ familiearbeid. Forfatterne av studiet oppfatter at dette er et tiltak som støtter både familie og pasient for å øke livskvaliteten. Vi har ikke benyttet trunkering i vår søkeprosess. Trunkering betyr å søke på et avkortet ord ved å bruke trunkeringstegn i endelsen, i starten eller inni ordet (Kilvik og Lamøy 2007). Vi ser i etterkant at dette kan ha forårsaket at relevante artikler kan ha gått tapt. Vi har valgt å bruke MeSH termer i noen av søkene våre noe vi mener har ført til at flere relevante artikler har blitt funnet. En svakhet i oppgaven kan være at vi ikke har brukt det i alle våre søk.

Vi valgte å søke i databaser som inneholdt relevante studier innom medisin, helse, sykepleie, psykologi, sosialt arbeid og psykiatri. Målet med søkene i de ulike databasene var å få frem et større utvalg av artikler som var relevante til vår hensikt og problemstillinger. Under prøvesøkene søkte vi også i databasene SweMed + og British Nursing Index uten finne relevante artikler for vårt tema. Databasen ble på bakgrunn av dette ikke tatt med under søkingen høsten 2009. Ser i etterkant at vi burde foretatt søk i

flere ulike databaser, noe som kunne gitt oss flere relevante artikler. I starten når vi foretok prøvesøk benyttet vi fritekstsøk uten inklusjons- og eksklusjonskriterier for å finne tilgjengelig materiale. Dette gjorde at vi fant søkeord som passet til temaet, som ble brukt videre i søkingen. Søkingen ble gjort via Høgskolen i Molde sine databaser. Når vi fikk store treff brukte vi ulike avgrensninger. Samme avgrensningen kunne dessverre ikke brukes i de ulike databasene, hvilket gjorde at vi ikke kunne være konsekvente i våre valg av søkeord og søkekombinasjoner. Søket vårt 12.10.09 da vi foretok søk på en tilnærmet problemstilling vart antall treff noe stort selv om vi benyttet aktuelle inklusjons og eksklusjonskriterier. Vi har forsøkt å sette inn andre inklusjons og eksklusjonskriterier i dette søket, men da forsvant de aktuelle artiklene for oss. Vi har på bakgrunn av dette valgt å ta med dette søket og artiklene i vår oppgave.

For å søke etter artikler som best besvarte vår hensikt og problemstillinger brukte vi inklusjons- og eksklusjonskriterier som vi hadde satt på forhånd, dette å finne relevante artikler og utelukke de som ikke var relevante for vårt tema. Dette kan ha gjort at relevante artikler med høy kvalitet er uteblitt fra vår studie. Vi valgte å bruke artikler fra 2004-2010, på grunn av at det kan være stor forandring i forskning på få år. Noen av artiklene vi har valgt å ta med i studiet har gode etiske resonnement, men ikke alle. Det var vanskelig å finne tilstrekkelig med artikler om dette skulle være med i inklusjonskriteriene.

I vår kvalitetsbedømming valgte vi å bruke både Willman et al. (2006) og kunnskapsbasert praksis sine skjema for kritisk vurdering av kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Dette fordi vi i starten ikke helt forsto skjemaene til Willman et al. (2006). Dette mener vi er en styrke i vår oppgave. Valgte også å bruke graderingssikring ved hjelp av prosent inndeling, dette for å bruke artikler av høy kvalitet. Artiklene ble i første omgang vurdert ut fra en helhetsvurdering med utgangspunkt i kunnskapscenteret og Willman et al. (2006) sine skjema for kvalitetsbedømming. Videre ble de graderingssikret ved hjelp av prosentinnndeling. De artiklene som hadde over 80 % ble gradert til grad 1, og tatt med i studiet. Det er ikke bestandig en kan gi et helt konkret svar på alle spørsmålene i skjemaene når det ikke er gradert svaralternativer. Artiklene ble kvalitetsbedømt av begge forfatterne for å være sikre på kvaliteten. Forfatterne har valgt å bruke artikler bare av grad 1, noe vi i etterkant ser kunne vært gjort annerledes. Vi burde ha vurdert å ta med artikler av grad 2, da dette kunne gitt et annet resultat av funnene. Vi burde ikke vært så kritiske med utvelgelsen av artikler. Ni artikler kan være i minste laget for å svare på hensikten og

problemstillingene våre. Erfaringene våre i etterkant viser at vi burde funnet/tatt med flere kvalitative artikler for og svare bedre på hensikten og problemstillingene våre. Kvalitative artikler fanger opp subjektive erfaringer og opplevelse som ikke lar seg tallfeste (Dalland 2007).

Når alt materiale var valgt og gått gjennom, delte vi dem inn i kategorier som best besvarte vår hensikt og problemstillinger. Alle markeringer ble samlet sammen og samlet under de ulike kategoriene vi ville svare på. En del av opplysningene passet under flere kategorier, og var noen ganger vanskelig å plassere. Men etter mer gransking plasserte vi de der de måtte passe. Da alle våre artikler var på engelsk og ordene kan ha ulik betydning kan oversettingen ha blitt misforstått og viktig informasjon ha gått tapt.

Artiklene har en geografisk spennvidde fra Europa, Amerika og Asia. Vi har ikke funnet noe forskning av kvantitativ og kvalitativ art på temaet vi har valgt i Norge. Har på bakgrunn av dette valgt å ta med artikler fra andre land og kontinent. Forfatterne ser at det kan være negativt i forhold til hvordan psykoedukativt familiearbeid fungerer i Norge, men etter litt diskusjon valgte vi å ta dem med. Forfatterne kom frem til at det kan være viktig å belyse hvordan psykoedukativt familiearbeid fungerer i andre land, kanskje vi i Norge kan dra nytte av erfaringene fra andre land og kontinent i planlegging og behandling av mennesker med schizofreni.

5.2 Resultatdiskusjon

I denne delen vil vi diskutere funnene i artiklene opp i mot teorien som finnes, egne erfaringer og hvordan implementere det i praksis. Hensikten med litteraturstudien var å undersøke om sykepleiere kan øke livskvaliteten og det sosiale nettverket til mennesker med schizofreni og deres pårørende, ved hjelp av psykoedukativt familiearbeid.

5.2.1 På lag med familien

I følge våre funn viser det at mennesker med schizofreni lider av nedsatt livskvalitet. Våre funn viser også at sykepleiere i psykiatrisk avdeling er i et nært forhold til pasienten og har muligheter til å støtte pasientens livskvalitet (Pitkänen et al. 2008).

Psykoedukativt familiearbeid gir ny kunnskap og forståelse om schizofreni både for pasient, pårørende og sykepleiere. Kunnskapen kan gi hjelp med holdningsendringer til sykdommen, og gi nyttig informasjon om konfliktløsning og mestringsstrategier.

Psykoedukativt familiearbeid gir ikke bare opplæring om sykdommen, men også viktige følelsesmessige forsterkninger til pasient og pårørende. Pasient og pårørende blir møtt med følelse av håp i et omsorgsfullt miljø ved psykoedukativt familiearbeid. Det gir også psykologisk og sosial støtte som reduserer angst og gir følelse av tillit. Funnene våre tyder på at det er behov for utvikling av et godt terapeutisk miljø rundt mennesker med schizofreni og deres pårørende for å øke livskvaliteten (Guitierrez-Maldonado et al. 2008 og O'Neill 2008).

Fokus innen behandling av mennesker med schizofreni har de senere årene beveget seg fra ensidig opptatthet av spesifikke symptom, til økende interesse for pasientens opplevelse av livskvalitet (Almvik og Borg 2000). I følge Hummelvoll (2008) bør sykepleiere som jobber med pasienter i utgangspunktet jobbe aktivt med å forstå pasientens situasjon, tanker, følelser og automatiserte reaksjoner. Sykepleierne bør mobilisere vilje og evne til å ta inn den følelsen pasienten er i eller har. Det er dette som ligger i å være empatisk, som krever kunnskap om virkelighetsopplevelsen hos et menneske med schizofreni. Dette støtter våre funn som viser at sykepleiere i psykiatriskavdeling er i et nært forhold til pasientene, og har mulighet til å støtte pasientens livskvalitet (Pitkänen et al. 2008).

Travelbee (1999) legger vekt på at sykepleien skal bestå av å hjelpe pasienten til å finne en mening i den situasjon han gjennomlever. Dette skjer gjennom etablering av et menneske – til – menneskeforhold. Hun beskriver kommunikasjon som viktig sykepleie redskapet når det gjelder og etabler menneske – til – menneskeforhold. Kommunikasjonen har til hensikt å gjøre sykepleieren kjent med pasienten og dermed i bedre stand til å møte hans behov.

I følge våre funn viser det seg at sykepleiere kan øke livskvaliteten til pasient og pårørende ved å implementere psykoedukativt familiearbeid i behandlingen. Ved at sykepleiere utdanner seg i psykoedukativt familiearbeid får de ny forståelse og mer kunnskap om problemet og muligheten rundt, om hvordan de kan identifisere situasjoner som skyldes stress, og bruke riktige mestringsstrategier. Dette førte til at sykepleierne ikke lenger følte den håpløsheten overfor pasient som de hadde hatt tidligere (O'Neill 2008). Dette styrkes av våre funn i Chen et al. (2004) og Chien et al. (2004) der det viste seg at etablering av støttegrupper for familier og pasienter fører til fordeler forbundet med å bo i et mer

støttende og harmonisk familiemiljø. Støttegruppene ble opprettet med og uten helsepersonell, funnene våre viser at støttegruppene fungerte bedre hvis helsepersonell var deltakere.

Buus (2009) understreker at schizofreni er en sykdom som kjennetegnes med en sårbarhet overfor stressorer eller belastningsfaktorer. Kommunikasjonen i familien kan ha betydning for om tilbakefall forebygges eller fremmes. Hele familien påvirkes når et familiemedlem blir sykt, det sosiale nettverket og livskvaliteten kan bli redusert. I Rund (2005) beskrives det at om sykepleiere tar psykoedukativt familiearbeid inn i behandlingen vil det øke livskvaliteten til mennesker med schizofreni og deres pårørende.

I følge funnene våre kom det frem at samtaler med sykepleiere bør omfatte forhold som sykdom, familie, sosiale relasjoner, arbeid og studier. Samtalene må innholde følelser, håp, drømmer og åndelige forventninger. Funnene i studien viser at sykepleiere i akuttavdeling ikke samarbeider nok med pårørende. Dette skyldes mangel på tid, utdanning og/eller mangel på erfaringer med å ta med familien i behandlingen. Pasientene mente at intervensjoner som tar familien med i behandlingen kan bidra til å forebygge tilbakefall (Pitkänen et al. 2008).

I Buus (2009) skrives det at mennesker med schizofreni har rett til å få informasjon om sykdommen, og hjelp fra sykepleierne til å mestre problemer som følge av sykdommen. Om ikke sykepleiere samarbeider med pasientene og pårørende om å forstå og akseptere sykdommen vil pasienten finne egne forklaringer og utvikle uhensiktsmessige strategier for å mestre sykdommen. Slike forklaringer og strategier kan være til hinder for effektiv behandling. Berg (2002) skriver at i en institusjon som lar nysgjerrigheten dø vil sykepleiere, pasienter og pårørende lide. Dette fordi sykepleiere ikke utvikler seg faglig, slik at de kan øke sin kompetanse. På bakgrunn av dette blir ikke pasientene møtt med den respektfulle og nysgjerrighet de har krav på. Pårørende lider med pasientene fordi de ikke får riktig hjelp.

Vi mener at om en implementerer psykoedukativt familiearbeid mer inn i behandlingen av mennesker med schizofreni og deres pårørende vil det føre til et mer harmonisk familieliv. Pasient og pårørende vil få undervisning om sykdommen og hvordan de kan mestre ulike situasjoner de møter i hverdagen. De vil få veiledning i mestringsstrategier. Mæland

(2002) skriver at mennesker med en generell opplevelse av personlig kontroll som oftest også har positive mestringsforventninger på en rekke områder. I dette begrepet ligger en spesifikk vurdering folk gjør når de stilles overfor konkrete valg eller oppgaver. Positiv mestringsforventning gjør at folk anstrenger seg hardere for å gjennomføre en beslutning, selv om det krever mye. Derfor er mestringsforventning av betydning når man skal forsøke å endre inngrodde vaner eller atferd. Fjell og Mohr (2001) skriver at ved å implementere psykoedukativt familiearbeid i praksis vil det i starten kreve mye ressurser fra både sykepleiere og ledelse. Ledelsen må legge til rette for at sykepleierne kan ta utdanningen, og muligheter for å kunne ta det med i behandlingen av psykisk syke. Over tid vil det lønne seg både økonomisk, og føre til mindre tilbakefall.

I Karlsson (2008) fremhevet pasientene at en trygg atmosfære, gode mellommenneskelige relasjoner, omgivelser og strukturerte rammer var en vesentlig del av bedringsprosessen. Almvik og Borg (2000) skriver, om pasienten klarer å mestre omgivelsenes krav vil de oppleve god livskvalitet.

Etter egne erfaringer opplever vi at det kan være en utfordring å finne hva hver enkelt pasient legger i god livskvalitet. Alle har sine opplevelse av hva de oppfatter som livskvalitet. Etter egne erfaringer viser det seg at det viktigste er å ha faste og strukturerte rammer rundt behandlingsopplegget. Som sykepleier i psykiatriskavdeling må en bruke tid for å oppnå gode relasjoner til mennesker med schizofreni. Det er viktig å være åpen for de individuelle behovene til pasientene.

Borg og Topor (2003) skriver i sin teori at i det sosiale livet til mennesker med langvarige psykiske lidelser står pårørende i en særstilling. De er der uansett. De har vært der over tid og kjenner pasienten fra ulike situasjoner og sammenhenger, ikke bare som ”syk”. Videre skriver de fra flere informanter at pårørende har en sentral plass i bedringsprosessen. Pårørende ble for mange den røde tråden gjennom bedringsprosessen – livslinjen, den daglige kontakten. Noen som ikke tar avstand, selv om de både er redde og utslitt. Mange informanter var glade for at sykepleierne kunne se pårørendes behov, og tok initiativ til kontakt med dem.

I følge våre funn i studiene til Pitkänen et al. (2008) og Castelein et al. (2008) viser det seg at sosiale tiltak innebærer at sykepleierne bør møte pasientens pårørende, noe som gir pasienten mulighet til sosialkontakt. Pasienten mener at sykepleierne bør arrangere flere familiemøter. Funnene viste at sosiale problemer, for både pasienter og pårørende, kan overvinnes ved bruk av støttegruppeintervensjon. I følge funnene våre tyder det på at støttegrupper kan gi emosjonell og informasjonsmessig støtte noe som øker livskvaliteten.

I følge Buus (2009) er meningen med psykoedukativt familiearbeid at pasienten og pårørende skal få kunnskap og hjelp til å takle sykdommen av sykepleiere. Det kan se ut som kommunikasjonen mellom pasient, pårørende og sykepleiere forbedres ved å implementere psykoedukativt familiearbeid i behandlingen. Studiet indikerer at pasienten får økt innblikk i sykdommen med dette tiltaket. Tilfredsheten blir større hos både pasient og pårørende.

I følge vår funn viser det seg at psykoedukativt familiearbeid forbedrer holdningene til pårørende i forhold til schizofreni. Dette ved at de lærer hvordan de skal handle, føle og tenke mer positivt og fleksibelt i forhold til sykdommen. De positive holdningene har direkte konsekvenser for forholdet mellom pasient og pårørende. Vår funn viser at holdningen kan endres gjennom psykoedukativt familiearbeid. Videre viste funnene at empatiske pårørende kan justere sin atferd etter pasientens følelsesmessige tilstand og kliniske behov, og dermed være en buffer når det kommer reaksjoner som kan føre til tilbakefall. Empati kan også føre til konstruktive ideer og tilrettelegging av problemløsning (Guitierrez-Maldonado et al. 2008 og Giròn et al. 2004). Travelbee (1999) empatisk forståelse er en bevisst intellektuell prosess som ikke er avhengig av om en liker den andre. Empati er ikke en kontinuerlig prosess, men noe som kan oppleves i enkelte situasjoner. Sympati er et resultat av den empatiske prosessen. I følge Travelbee er sympati knyttet til ønske om å hjelpe noen. Ønsket er knyttet til den innsikt og forståelse for pasienten som er utviklet i empati prosessen. Når en uttrykker sympati for pasienten formidler en at en er engasjert i han som person og bryr seg om hvordan man har det.

Buus (2009) mener at psykoedukativt familiearbeid må starte tidlig i forløpet, det må være kriseorientert og styres av pårørendes informasjonsbehov. I følge våre funn viser det at støttegruppene forbedrer den sosiale kontakten innen den eksisterende gruppen, men hadde mangel på effekt utenfor det psykiatriske miljøet (Castelein et al. 2008). Bentsen (2003)

fant i sin ”review” studie at psykoedukativt familiearbeid bedrer forløpet ved schizofreni, det bedrer pasientens sosiale fungering og pårørendes velvære. Videre viste funnene hans at støttegruppe ikke forbedret forløpet ved schizofreni.

Forfatterne av oppgaven sine erfaringer er at pårørende ofte blir glemt i behandlingsopplegget rundt de psykisk syke. De blir sjelden invitert til dialog med avdelingen. Forfatterne stiller seg litt undrende til dette, fordi pårørende er en viktig ressurs i behandlingen.

5.2.2 Hvordan fremme mestring og håp

I følge våre funn viser det at psykoedukativt familiearbeid gir viktig informasjon til sykepleier, pasient og pårørende. Det viser seg at når pårørende får opplæring i kommunikasjon, sykdommen og følelsesmessige reaksjoner kan det lette deres byrde. Byrden lettes også ved at de får opplæring i konfliktløsning. Det ble funnet en forskjell i holdninger blant pårørende alt etter hvor lenge de hadde bodd sammen med pasienten i effekten av psykoedukativ familiearbeid. Forbedringen var bedre blant de som hadde levd lenge i lag. Atferdsmessige forandringer var signifikante fra starten av opplegget til slutten, atferden hadde bedret seg betraktelig (Gutierrez-Maldonado et al. 2008).

Mestring bør ta utgangspunkt i familiens opplevelse og forståelse av situasjonen, tidligere erfaringer, grunnleggende livsverdier og konkret mestringsevne. Mestring omfatter både emosjonell og problemløsende tilnærming. Sykepleiere kommer inn som et viktig tiltak i hele denne prosessen, ved å komme med tiltak som kan bidra til en fruktbar problemforståelse, planlegge nødvendig tiltak, oppmuntre familien til å gjennomføre tiltakene, og bidra til å lære nye ferdigheter. Avgjørende i denne prosessen er sykepleierens muligheter for å gjøre relevant medisinsk kunnskap tilgjengelig og forståelig for familien (Kirkevold og Ekern 2003). Mestring innebærer å forholde seg til stress, problemer og kriser, enten det er av fysisk, psykisk, sosial eller eksistensiell karakter. Sykepleierens oppgave er å bidra til at pasienten og de pårørende mestrer situasjonen så godt som mulig. Å yte hjelp til mestring og bedre livskvalitet kan være en utfordring for sykepleierne kommunikasjonsferdigheter (Eide og Eide 2003).

Psykoedukativt familiearbeid er sammensatt av forskjellige elementer som undervisning, kommunikasjon, problemløsning og nettverksarbeid. Tanken er å øke mestringspotensialet hos pasient og pårørende. Pårørende får undervisning om symptomer, medisinsk behandling (virkning og bivirkning), årsaksforståelse; sårbarhetsmodellen, pasientens behov, familiens behov og hva de kan gjøre for å hjelpe pasienten (Borchgrevink et al. 1999). Målsettingen med psykoedukativt familiearbeid er å forebygge tilbakefall og få pasienten til å fungere bedre, hjelpe familien til å mestre dagliglivet med pasienten på en bedre måte, lette familiens byrde og bedre forhold mellom pasient, pårørende og sykepleier. Familiearbeidet rettes mot både de psykologiske, biologiske og sosiale perspektivene med lidelsen. Nøkkelordet i denne behandlingen er mestring. Metoden flytter fokus bort fra det ondes rot og retter oppmerksomheten mot ressurser (Fjell og Mohr 2001).

I følge våre funn viser det seg at om en setter inn psykoedukativt familiearbeid for å endre negative holdninger vil tilbakefall hos pasienten bli betydelig redusert. Våre funn i studiet viser at det er mange sosiale funksjonshemminger forbundet med schizofreni. De påvirker yrkesmessige funksjoner, kommunikasjon og sosiale interaksjonen. Disse sosiale funksjonshemningene tilsier behov for større toleranse, og en ekstra innsats fra pårørende med sikte på å opprettholde et passende klima for sosiale relasjoner. Funksjonshemmingen kan bli forsterket av negative holdninger og atferd av andre, som kan øke pasientens følelse av å bli ekskludert og misforstått. Det ble funnet signifikante forskjeller mellom dårlig empatiske holdninger og pasientens yrkesmessige fungeringer og sosiale relasjoner (Girøn et al. 2004).

I følge Hummelvoll (2008) bør sykepleiere som jobber med mennesker med schizofreni ha det utgangspunkt at de jobber aktivt med å forstå pasientens situasjon, tanker, følelser og automatiserte reaksjoner. Sykepleieren bør mobilisere vilje, ha evne til å ta inn den følelsen pasienten er i eller har. Det er dette som ligger i å være empatisk, som krever kunnskap om virkelighetsopplevelsen hos et menneske med schizofreni. Joyce Travelbee mener at hensikten og målet for sykepleie er å hjelpe personer til å mestre, bære og finne erfaringer som følge av lidelse og sykdom (Travelbee 1999). Hummelvoll (2008) og sykepleieteorien til Joyce Travelbee (Travelbee 1999) understreker viktigheten av å bli møtt med håp og forventninger fra andre om bedring. Det å oppleve at noen bryr seg, er

opplevelse som kan virke oppløftende, og gi mot til å kjempe med funksjonshemmingen schizofreni kan føre med seg.

Funnene i Rund (2005) sin oppsummerte forskning viser at psykoedukativt familiararbeid er effektivt i form av reduksjon av tilbakefall, økt kunnskap om lidelsen og bedre livskvalitet for pasient og pårørende.

I følge våre funn har pårørende av pasienter med schizofreni en tendens til å overvurdere pasientens evne til å kontrollere symptomer og funksjonshemminger. Dette kan fremme pårørende følelser av frustrasjon. Pårørende rapporterte at omsorg for mennesker med schizofreni fører til følelse av tap, negative effekter på familieliv og begrensninger i sine egne sosiale aktiviteter (Chien et al. (2004). Dette støtter funnene i studiene til Guitierrez-Maldonado et al. (2008) og Giròn et al. (2004) om viktigheten av holdningsendringer gjennom psykoedukativt familiararbeid.

I Karlssons studie (2008) fremhevet pasientene at en trygg atmosfære, gode mellommenneskelige relasjoner og omgivelser innenfor forutsigbare og strukturerte rammer var et vesentlig grunnlag for bedringsprosessen. Dette vil kunne bidra til at pasientene blir forstått og respektert, noe som er avgjørende for at de skal kunne føle seg som verdifulle mennesker.

I følge våre funn viser det seg at psykoedukativt familiararbeid har positiv innvirkning på følelsene til pårørende, men hadde ingen effekt på deres oppfattning av pasientens helse. Funnet viste forbedring i støtte hos helsepersonell. De familiene som mottok denne formen for behandling ble tilbakefallet hos pasienten betydelig redusert. Psykoedukativt familiararbeid kan betraktes som rehabiliterende fordi de gir pårørende og pasient mer kunnskap, ferdigheter og støtte til å takle konflikter, og bedre deres livskvalitet. Det er foreslått en kombinasjonsbehandling som inneholder familiebehandling og ideell dose medisin. Dette kan redusere kliniske, sosiale og pårørendes problem. Psykoedukativt familiararbeid sørger ikke bare for opplæring, men gir viktige følelsesmessige forsterkninger. Det gir informasjon om sykdommen, psykologisk, sosial støtte for å redusere angst og gir følelsen av tillit (Magliano et al. 2006). Travlebee (1999) legger vekt at sykepleien skal bestå av å hjelpe pasienten til å finne mening i situasjonen han opplever. Hun mener hensikten og målet med sykepleie er å hjelpe personer til å mestre, bære og

finne erfaringer som følge av lidelse og sykdom. Hummelvoll (2008) skriver at psykiatrisk sykepleie er en planlagt handling, omsorgsgivende og psykoterapeutisk virksomhet. Det tar sikte på å styrke pasientens egenomsorg og der igjennom løse/reducere hans helseproblem. Sykepleieren har medansvar for at personer får et liv i tilfredsstillende sosialt fellesskap.

Pårørende til mennesker med schizofreni utsettes for stress og store følelsesmessige belastninger. Et tillitsfullt samarbeid mellom sykepleiere og pårørende kan redusere den psykiske påkjenningen hos pårørende. Jo bedre pårørende fungerer, bedre kan de støtte pasienten i dagliglivet og være en ressurs. Sykepleiere bør ved første møtet signalisere at de ser pårørende som sentrale ressurser for pasienten. Det er viktig å lytte til pårørendes historie og vise interesse og forståelse for deres situasjon. Sykepleiere bør gi råd til pårørende om strategier for å bevare det sosiale nettverk (Helsedirektoratet 2008).

I følge våre funn øker psykoedukativt familiearbeid forpliktelse til å etablere samarbeid, relasjoner og terapeutiske allianser. Kunnskapen kan gi hjelp til å endre holdninger, og gi nyttige strategier for konfliktløsning. Pasientene rapporterte at omsorgen fra pårørende hadde hjulpet de med å avklare sine prioriteringer i livet og skape følelse av indre styrke (Magliano et al. 2005). Dette støttes av våre funn i studien til Magliano et al. (2005) der det viste at pårørende følte behov for å få informasjon om pasientens sykdom og mestringsstrategier. Ved å implementere psykoedukativt familiearbeid følte pårørende økt livskvalitet og sosialt nettverk.

I Borg og Topor (2003) opplever mange pårørende seg avvist og oversett av sykepleierne, selv om de har blitt mer synelig de siste årene. I følge våre funn viser at godt samarbeid mellom pasient, pårørende og sykepleiere under behandlingsprosessen vil gjøre alle tryggere og mer fleksible til å mestre funksjonshemmingen schizofreni kan føre med seg. Når sykepleiere gjør en innsats for å etablere støttegrupper for pårørende og mennesker med schizofreni vil det føre til fordeler, forbundet med å bo i en mer støttende og harmonisk familiemiljø (Chen et al. 2004 og Chien et al. 2004).

I følge våre funn viser det seg at sykepleierne bør arrangere familiemøter basert på pasientens individuelle behov. Pasientene ønsket at sykepleierne skulle vise mer respekt. Videre viser våre funn at sykepleiere i akuttavdeling ikke samarbeider nok med pårørende.

Dette skyldes mangel på tid, utdanning og/eller mangel på erfaringer med å ta med familien i behandlingen (Pitkänen et al. 2008).

Etter egne erfaringer er det mangel på kunnskap om mestringsstrategier i psykiatriske avdelinger. Etter å ha gjennomført denne studien stiller vi oss kritisk til hvordan mennesker med schizofreni blir behandlet. Forfatterne stiller seg spørsmål om hvorfor det ikke blir brukt mer tid på samarbeid med pårørende når vi vet at de er en viktig ressurs i behandlingen.

I følge vår funn viser det seg at sykepleiere kan være en støtte til pårørende. Funnene viser at pårørende ønsket informasjon om schizofreni, behandling og praktiske råd om mestringsstrategier. Dette fører til et mer harmonisk familieliv, og de blir forberedt på å løse og håndtere konflikter. Mottar familien denne støtten og opplæringen kan det påvirke det sosiale nettverket i positiv retning. Deltagelse i støttegrupper viser reduksjon i sosial isolasjon og gir muligheter for pårørende å vokse med å få kunnskap om psykisk sykdom, se sine ferdigheter og bli mer trygg i sin evne til omsorg (Chen et al. 2004 og Chien et al. 2004). Sosialt nettverk regnes som en buffer mot stress i individets livssituasjon. Med støtte fra det sosiale nettverket kan individet tilpasse seg og mestre stress. Uten en slik buffer kan stresset føre til psykisk sykdom (Seikkula 2002).

Opp gjennom årene har pårørende blitt møtt med en holdning om at de har ansvar og er skyld i pasientens lidelse. Dette påfører familien store byrder og skaper et vanskelig klima mellom sykepleiere og pårørende (Fjell 1999). I Buus (2009) viser en til tidligere oppfattelse av at mennesker med schizofreni skulle skånes for informasjon om diagnosen, prognosen og sannsynlige årsaker. Denne holdningen har forandret seg, i dag er det et anerkjent prinsipp at både pasient og pårørende skal informeres om sykdommen og inngå i behandlingen (Buus 2009).

I følge våre funn viser at det er en alvorlig belastning for pårørende å ha omsorg for et familiemedlem med schizofreni. Pårørende har ofte daglige stressorer av å håndtere uforutsigbare og bisarr oppførsel til deres relative med schizofreni. Våre funn viser at støttegrupper kan gi nødvendig informasjon og følelsesmessig støtte (Chien et al. 2004). På bakgrunn av dette kan vi se at stress- sårbarhetsmodellen gir oss en nøkkel til å forstå mange aspekter ved livet. Mestring av stress er viktig, spesielt for dem som har høy

sårbarhet og sterke stressimpulser. Gjennom terapi, læring, og tilrettelegging kan mennesker lære seg å identifisere stressorer (Cullberg 2001).

Våre erfaringer er at pårørende ofte er utslitt av å ha omsorgen for den med psykisk lidelse. De må leve med den syke over lang tid, det kan til tider være vanskelig å få støtte fra sykepleiere om hvordan de skal takle utfordringene i hverdagen.

I følge funnene våre viste det seg at det er mange sosiale funksjonshemminger forbundet med schizofreni. De sosiale funksjonshemningene tilsier behov for større toleranse, og innsats fra pårørende for å opprettholde et passende klima for sosiale relasjoner.

Funksjonshemningen kan forsterkes av negative holdninger og atferd fra samfunnet, som kan øke pasientens følelse av å bli ekskludert og misforstått (Giròn et al. 2004). Videre viste funnene våre sammenheng mellom familiens holdninger og sosial fungering hos mennesker med schizofreni. Det ble funnet signifikante forskjeller mellom dårlig empatiske holdninger, yrkesmessige fungeringer og sosiale relasjoner (Guitierrez-Maldnado et al. (2008).

Det er viktig at sykepleiere forstår at pårørendes kunnskap er viktig å skape et godt samarbeid. Pårørende vil ut fra kjennskap og erfaring kunne bidra med løsninger og formidle kunnskap om forhold som er lite synlige for sykepleiere. Sykepleiere har kompetanse på lidelsene generelt, mens pårørende har kompetanse på hvordan lidelsen arter seg (Helsedirektoratet 2008).

I følge våre funn gir psykoedukativt familiearbeid viktige følelsesmessige forsterkninger. Tiltaket gir informasjon om sykdommen, det gir psykologisk og sosial støtte for å redusere angst og gir følelsen av tillit. Psykoedukativt familiearbeid vil hjelpe med å utvide kunnskapen og forståelsen av sykdommen for pasientene, pårørende og sykepleiere. Kunnskapen kan gi hjelp til å endre holdninger til sykdommen og gi nyttige strategier for konfliktløsning (Guitierrez-Maldnado et al. 2008 og Giròn et al. 2004)

5.2.3 Hva er virksomt med psykoedukativt familiearbeid

I følge våre funn viste det at involvering av pårørende i hjelper rollen kan gi gode erfaringer og oppmuntringer til personlig velvære. Deltagelse i støttegrupper reduserer

sosial isolasjon og gir muligheter for pårørende å få kunnskap om schizofreni, se sine ferdigheter og bli tryggere i sin rolle (Chen et al. 2004).

Systematiske undersøkelser viser at psykoedukativt familiearbeid er like virkningsfullt som medikamentell behandling når det gjelder å forhindre tilbakefall etter en psykose (Øxnevad et al. 2000).

Familiene lærer at positive holdninger til sykdommen har betydning for tilbakefall. Familiene utdanner seg selv, de er med på å optimere pasientens læringspotensial. De lærer om sykdommen og om hvordan deres relasjon til pasienten best brukes for pasienten og ikke mot. De lærer at det må være samsvar mellom mål og mestring. Familier lærer å skape balanse mellom for mye og for lite stimulering, senke tempo og unngå negativ kritikk. I denne modellen betrakter behandlingsapparatet pårørende som viktige samarbeidspartnere som kan gi viktige opplysninger som er nyttig for behandlingen (Borchgrevink et al. 1999).

I følge våre funn viste det seg at psykoedukativt familiearbeid gir betraktelig forbedring for det sosiale nettverket. Våre funn viste også at pasient og pårørende følte bedre støtte hos helsepersonell. I familier som mottok denne behandlingen ble tilbakefallet og nytt utbrudd av sykdommen betydelig redusert. Funnene våre viste også at psykoedukativt familiearbeid kan betraktes som rehabiliterende fordi de gir pårørende og pasienten mer kunnskap, ferdigheter og støtte til å takle konflikter, og bedre deres dagligliv som kan være med på å nå deres personlige mål. Uten støtte fra pårørende hevdes det at familiens nød og byrde har skadelig effekt på familien på lang sikt (Magliano et al. 2006 og Magliano et al. 2005). Mestringsforventninger er helt sentralt i en persons avveining og valg når det gjelder atferd. Tiltro til egen evne til å kunne gjennomføre en handling er nødvendig for å forsøke å lykkes (Mæland 2002).

Pårørende uttrykker at psykoedukativt familiearbeid styrker deres selvfølelse, letter deres opplevelse av byrde og minsker grad av sykkelighet på en betydelig måte. Psykoedukativt familiearbeid har en systematisk ramme, satt sammen av følgende elementer; kunnskap, undervisning og nettverksarbeid. Et nøkkelord i denne metoden er mestring. Dette innebærer at en hjelper pasientene og deres pårørende til å utvikle bedre forståelse (Fjell 1999 og Borchgrevink et al. 1999).

Hva er virksomt i flerfamiliegrupper?

En pasient sier:

”Når jeg hørte at de andre i gruppen også var ensomme, turde jeg å snakke om det, ”Jeg hadde skjønt at mitt tilfelle ikke er enestående”, sier en annen pasient. En annen pasient sa at hun ”fikk hjelp til å snakke med sine foreldre om det som var aller vanskeligst” (Fjell 1999, 57)

Atmosfæren som preger disse gruppene gir muligheter for sosial trening i et tempo pasientene selv kan kontrollere. Pårørende som har deltatt i flerfamiliegrupper sier at det å møte andre som har vært i samme ”krigen”, har betydd svært mye. De fikk hjelp til å bryte opp i isolasjonen som hadde omgitt dem i lang tid. Å få råd fra andre pårørende, handler om å få råd fra ”allierte”. Det er lettere å forholde seg til disse rådene enn de rådene de får fra sykepleiere (Fjell 1999). I følge våre funn viser det seg at utveksling av erfaringer med andre er en betydelig stimulans som kan motivere til endring av holdninger. Videre viste våre funn at empatiske pårørende kan justere sin atferd etter pasientens følelsesmessige tilstand og kliniske behov, og dermed fungere som en buffer når det kommer situasjoner som kan føre til tilbakefall. Empati kan føre til konstruktive ideer og tilrettelegging av problemløsning, som kan bidra til å identifisere og dra nytte av sosiale muligheter (Guitierrez-Maldonado et al. 2008 og Giròn et al. 2004).

Pårørende som har deltatt i psykoedukative flerfamiliegrupper for mennesker med schizofreni sier:

”- Jeg lærer mye om og av min sønn i gruppen. Han er flink til å forklare seg der – gruppen har hjulpet vår familie med det vi har strevet med, til å fungere bedre sammen. Jeg tror det har virket som en sikkerhetsventil familien og i høyeste grad for meg personlig.” (Fjell 1999, 57)

Flerfamiliegrupper er utviklet på bakgrunn av erfaringer som er gjort med enkeltfamilie grupper. Pasientenes erfaring fra flerfamiliegrupper er positive. De kjenner seg igjen i andre familier som er i samme situasjon og mange opplever det enklere å snakke om det som er vanskelig i gruppen (Øxnevad et al. 2000). Rund (2005) har funnet ut at flerfamiliegrupper synes å bidra til ytterligere reduksjon i tilbakefall i sammenligning med psykoedukativt familiearbeid. Buus (2009) har funnet ut at i flerfamiliegrupper hjelper familiene hverandre med å løse problemer og lærer på den måten nye problemløsningsmetoder. Den felles forståelsen av sykdommen som pasienten og pårørende får gjennom flerfamiliegruppe, tjener til bedre kommunikasjon.

Når en inviterer pasienter og deres pårørende inn grupper lager man et nytt sosialt nettverk. Medlemmene i gruppen har felles erfaring med psykisk lidelse. Psykoedukativ flerfamiliegruppe tilbyr nye muligheter for mestring som enkelt familiegrupper ikke kan. Mange med psykisk lidelse har problem i samhandling med andre utenfor sin egen familie. I flerfamiliegruppe vil pasientene bli tilbudt sosial trening som vil støtte opp under vedlikehold og utvide sosiale ferdigheter (Jørgensen et al. 2000). Pasientenes erfaring fra flerfamiliegrupper er positive. De kjenner seg igjen i andre familier som er i samme situasjon, og mange opplever det enklere å snakke om det som er vanskelig i gruppen (Øxnevad et al. 2000).

Egne erfaringer fra psykiatrisk avdeling er at psykoedukativt familiearbeid ikke er en del av behandlingstilbudet til mennesker med schizofreni og deres pårørende. Å innhente opplysninger fra pårørende blir ofte utelatt, de blir ikke regnet som en ressurs i behandlingen.

Vi har valgt å ta med artikkelen fra Fjell (1999) selv om den er gammel. Vi har valgt å ta den med fordi vi mener den er relevant for vår oppgaven og det vi har funnet i vår studie viser at funnene ikke har forandret seg.

6.0 KONKLUSJON

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke om sykepleiere kan øke livskvaliteten og det sosiale nettverket til mennesker med schizofreni og deres pårørende, ved hjelp av psykoedukativt familiearbeid.

Konklusjonen vår viser at psykoedukativt familiearbeid sørger ikke bare for opplæring, men gir viktige følelsesmessige forsterkninger. Tiltaket gir informasjon om sykdommen, det gir psykologisk og sosial støtte for å redusere angst, og gir følelsen av håp og tillit. Psykoedukativt familiearbeid hjelper med å utvide kunnskapen og forståelsen av sykdommen for pasientene, pårørende og sykepleiere. Setter man inn psykoedukativt familiearbeid i behandlingen vil det kunne føre til reduksjon i tilbakefall hos pasienten. Dette kan øke det sosiale nettverket og livskvaliteten til både pasienten og pårørende. Tar man dette tiltaket inn i behandlingen kan det endre pårørendes holdninger inn mot pasienten. Holdningsendringene kan føre til konstruktive ideer og tilrettelegging av problemløsning. Dette viser at pårørende ønsker informasjon om sykdommen, behandlingen og praktiske råd om mestringsstrategier. Det er viktig at undervisning av ulike mestringsstrategier tar utgangspunktet i familiens opplevelse og forståelse av situasjonen, tidligere erfaringer, grunnleggende livsverdier og konkrete mestringssevne. Mestring omfatter både emosjonell og problemløsende tilnærming. Sykepleiere kommer inn som et viktig tiltak i denne prosessen, ved å komme med tiltak som kan bidra til problemforståelse, planlegge nødvendig tiltak, oppmuntre familien til å gjennomføre tiltakene, og bidra til å lære nye ferdigheter.

Sykepleiere i psykiatrisk avdeling er i et nært forhold til pasientene og deres pårørende, og har muligheten til å støtte deres livskvalitet. For å øke livskvaliteten bør sykepleierne legge til rette for å dra psykoedukativt familiearbeid inn i behandlingen. Samtaler mellom sykepleier, pasient og pårørende bør en legge vekt på pasientens og pårørendes behov for informasjon og undervisning. Samtalene bør innholde følelser, håp, drømmer og åndelige forventninger.

Sykepleierne som fikk opplæring i psykoedukativt familiearbeid utvikler en positiv holdning overfor pasientene. Holdningene forandrer seg slik at pasienten får bruke mer av sin autonomi og får forvalte sykdommen på en mer myndiggjørende måte. Sykepleiere så

ikke lenger på pasientene som mennesker med psykisk lidelse, men mennesker som opplever sykdom i forbindelse med sitt dagligliv.

Forfatterne av denne oppgaven har funnet at psykoedukativt familiearbeid forbedrer det sosiale nettverket og livskvaliteten til mennesker med schizofreni og deres pårørende. Det bør forskes mer på hvilke elementer i psykoedukativt familiearbeid som bedrer det sosiale nettverket og livskvaliteten til pasientene og pårørende. Det bør også forskes mer på hvilke holdninger sykepleierne og pårørende har til mennesker med schizofreni, og om sykepleierne vet hvilken innvirkning holdningene deres har for pasientens livskvalitet. Det bør forskes mer på hvor betydningsfullt psykoedukativt familiearbeid er for å øke livskvaliteten og det sosiale nettverket rundt både pasient og pårørende. Dette gjelder forskning både av kvalitativ og kvantitativ art.

LITTERATURLISTE

- Almvik, Arve og Lisbet Borge. 2000. *Tusenkunstnere – muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Bentsen, Håvard. 2003. Bedrer psykoedukativt familiebehandling forløpet ved schizofreni? *Tidsskriften for Den norske legeforening*. 123: 2571-4
- Berg Nina B.J. 2002. *Blåmann, Ung psykisk lidelse – familiens smerte*. Oslo: Aschehoug
- Borchgrevink Tone S., Anne Fjell og Bjørn Rishovd Rund. red. 1999. *Psykososial behandling ved psykoser*. Oslo: Tano Aschehoug
- Borg, Marit og Alain Topor. 2003. *Virksomme relasjoner, om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget AS
- Buus, Nils. 2009. *Psykiatrisk sygepleje*. Dansk sygeplejeråd- Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
- Castelein S, R Bruggerman, J T van Busschbach, M van der Gaag, A D Stant, H Knegeting og D Wiersma. 2008. The effectiveness of peer support groups in psychosis. A randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 118: 64-72
- Cullberg, Johan. 2001. *Psykoser, et humanistisk og biologisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget
- Chen Fang-pei og Jan S. Greenberg. 2004. A Positive Aspect of Caregiving: The Influence of Social Support on Caregiving Gains of family Members of Relatives with Schizophrenia. *Community Mental Health Journal* 40(5): 423-434
- Chien Wai-Tong, Ian Norman og David R. Thompson. 2004. A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal of Nursing Studies* 41: 637-649
- Dalland, Olav. 2001. *Metode for oppgaveskriving, 2.opplag*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Eide, Hilde og Tom Eide. 2000. *Kommunikasjon i relasjoner – Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 9. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Fjell, Anne. 1999. Familien som ressurs i behandlingen av psykoser. *Embla* 6: 49-58.
- Fjell, Anne og Marianne Mohr. red. 2001. *Foreldrearbeid i praksis, Samarbeid og behandling*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag as

- Giròn, Manuel og Manuel Gómez-Beneyto. 2004. Relationship Between Family attitudes and Social Functioning in Schizophrenia: A nine-Month Follow-Up Prospective Study in Spain. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 192(6): 414-420
- Gutiérrez-Maldonado José, Alejandra Caqueo-Urizar og Marta Ferrer-Garcia. 2009. Effects of a Psychoeducational intervention program on the attitudes and health perceptions of relatives of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 44:343-348
- Helsedirektoratet. 2008. *Pårørende - en ressurs, Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester*. www.helsedirektoratet.no (Lest 23.09.10)
- Hummelvoll, Jan Kåre. 2004. *Helt – ikke stykkevis og delt*. 6.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Karlsson Bengt. 2008. *Se mennesket: om forskning og klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie*. Oslo:Gyldendal Akademiske
- Kirkevold, Marit og Karen Strømsnes Eker. 2003. *Familien i sykepleiefaget*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kilvik, Astrid og Lamøy, Liv Inger .2007. *Litteratursøking i medisin og helsefag, En håndbok*. 2.utg. Trondheim: Tapir Akademiske Forlag
- Kunnskapssenteret. 2008. Tema: *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler studie*, <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/2031.cms> (lest januar 2010)
- Malterud, Kristi. 2006. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. 3.opplag. Oslo: Universitetsforlaget
- Magliano Lorenza, Andrea Fioillo, Corrado De Rosa, Claudio Malangone, Mario Maj. 2005. Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Social Science & Medicine* 61: 313-322
- Magliano Lorenza, Andrea Fiorillo, Claudio Malangone, Corrado De Rosa og Mario Maj. 2006. Patient Functioning and Family Burden in a Controlled, Real-world Trial of Family Psychoeducation for Schizophrenia. *American Psychiatric Association* 57: 1784-1791
- Mæland, Johan Gunnar. 2002. *Forebyggende helsearbeid – i teori og praksis*. 3. opplag. Oslo: Tano Aschehoug

- Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Liv Merete Reinar. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. 1 utg. Oslo: Norsk Sykepleieforbund
- O'Neill M, K Moore og A Ryan. 2008. Exploring the role and Perspectives of mental health nurse practitioners following psychosocial interventions training. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15: 582-587
- Pitkänen Anneli, Heli Hätönen, Lauri Kuosmanen og Maritta Välimäki. 2008. Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: a qualitative study. *International Journal of nursing Studies* 45: 1598-1606.
- Rund, Bjørn R. 2005. *Shizofreni*. 1.utg. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Seikkula, Jaakko. 2002. *Åpne samtaler*. Oslo: Tano Aschehoug
- Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2008. *Psykiatri: kunnskap, forståelse, utfordringer*. 3.utg. Oslo: Akribe
- Travelbee, Joyce. 1999. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal
- Tveiten, Sidsel. 2007. *Den vet best hvor skoen trykker.....:om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlag
- Willmann Ania, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbasert omvårdnad – en bro mellom forskning og klinisk verksamhet*. 2.utg. Lund: Studentlitteratur
- Øxnevad, Anne Lise, Trond Grønnestad og Bente Arntzen. red. 2000. *Familiearbeid ved psykoser, mot samme mål. Kunnskapsbasert familiearbeid i grupper*. Stiftelsen Psykiatrisk opplysning

Vedlegg 1

Tabell 3. Tabell over forfattere, hensikt, metode, deltakere/frafall, resultat og kvalitet.

Forfatter År Tittel Tidsskrift Land	Hensikt	Metode/ instrument	Deltakere/ frafall	Resultat	Kvalitet
Magliano et al. (2005) Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders <i>Social Science & Medicine</i> Italia	Undersøke byrde og det sosiale nettverket i familier med schizofreni pasienter.	Kvantitativ, RCT studie. Spørreskjema, Egen rapporterte 4 punkts skala. Variasjonsanalyse. Etiske godkjenninger ikke beskrevet.	709 sentrale slektninger. 30 tilfeldige utvalgte steder. Hadde et frafall på 5.5 %	Viste at behovet for å gi familiene til de som har schizofreni støttende tiltak som for eksempel sosialt nettverk	Grad 1
Chen et al. (2004) A Positive Aspect of Caregiving: The Influence of Social Support on Caregiving Gains of family Members of Relatives with Schizophrenia <i>Community Mental Health Journal</i> USA	Undersøke familiemedlemmers gevinster som følge av omsorg for sine slektninger med schizofreni.	Kvalitativ. Intervjuer gjort av to profesjonelle over telefon. Etisk godkjent.	Valgt av et utvalg av en større studie, 560 familiemedlemmer. Pasientene valgte selv 3 stk.	Støtte fra sykepleiere gjennom informasjon, deling, støtte og bidrag for familiemedlemmer med schizofreni pasienter er positive	Grad 1
O'Neill et al. (2008) Exploring the role and Perspectives of mental health nurse practitioners following	Utforske rolle og perspektiver på sykepleiere som utøver psykososiale intervensjoner	Kvalitativ. Fokusgrupper. Intervjuer. Minst 1 års erfaring innen psykiatrien Etisk godkjent.	Geografisk valgt i forhold til møter. 8 deltagere der 2 frafall.	Funnene tydet på at vi må endre holdninger på sentrale terapeutiske miljøer for pasienter med dårlig psykisk	Grad 1

psychosocial interventions training <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.</i> UK				helse.	
Magliano et al. (2006) Patient Functioning and Family Burden in a Controlled, Real-world Trial of Family Psychoeducation for Schizophrenia <i>American Psychiatric Association</i> USA	Undersøke effekten av psykoedukasjon av familieintervensjon for schizofreni pasienter personlige og sosiale fungering, samt familiens byrde og oppfattet støtte	Kvantitativ. RCT studie. Spørreskjema, møte-modeller og telefonisk intervju over tid. Etisk godkjent.	Utvalg fra 17 offentlige psykiatriske senter. 71 familier, 42 familier første gruppe og 29 familier på venteliste. Frafall på 6 i første gruppe og 3 i venteliste gruppen.	Resultatene viser at psykoedukativt familiearbeid har en betydelig innvirkning når det blir gitt på pasienter og pårørende	Grad I
Gutiérrez-Maldonado et al. (2009) Effects of a Psychoeducational intervention program on the attitudes and health perceptions of relatives of patients with schizophrenia <i>Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol</i> Spania	Formålet med studien er å vurdere effekten av en families psykoedukative program i å endre holdninger og helse oppfatninger ved slektninger av pasienter med schizofreni	Kvantitativ, RCT studie. Eksperimentell gruppe der de hadde månedlige møter/intervjuer og kontroll gruppe der de var med i en familieintervensjons gruppe. Begge gruppene fikk utlevert spørreskjema. Ikke noe om etisk godkjenning.	Tilfeldig valgt og delt opp i to grupper. 41 pasienter, og 45 familiemedlemmer. Ingen frafall på pasienter men frafall på 4 av familiemedlemmene.	Resultatene viser at program mot å endre holdninger er effektive	Grad I
Giròn et al	Målet var å	Kvantitativ,	Rekruttering	Resultatene	Grad I

(2004) Relationship Between Family Attitudes and Social Functioning in Schizophrenia : A nine- Month Follow-Up Prospective Study in Spain <i>The Journal of Nervous and Mental Disease Spania</i>	studere sammenheng en mellom families holdninger og sosial fungering i schizofreni.	Kohort-studie 10 min samtale mellom pasient og pårørende deretter fikk de utlevert spørreskjema.	etter behandling eller innleggelse. 88 stk var med. Frafall av 8 stk.	viser at det er en sammenheng mellom sosiale relasjoner og familie innstilling.	
Castelein et al. (2008) The effectiveness of peer support groups in psychosis. A randomized controlled trial <i>Acta Psychiatrica Scandinavica Nederland</i>	Undersøke effekten av en støttegruppe for personer med psykose på sosiale nettverk, sosial støtte, selvfølelse og livskvalitet	Kvalitativ. Den ene gruppen hadde møter. Og den andre møter med involvering av sykepleier. Alle pasientene fikk spørreskjema før første møte og etter siste. Ingenting om etisk godkjenning.	Tilfeldig utvalgt fra 4 psykiatriske sentere. 56 pasienter i støtte gruppen og 50 pasienter i kontroll gruppen. Frafall på 9 stk.	Støttegruppe viser at det har en positiv effekt på det sosiale nettverket og sosial støtte.	Grad I
Chien et al. (2004) A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia <i>International Journal of Nursing Studies Kina</i>	Undersøke effekten av en gjensidig støttegruppe for familier med schizofreni.	Kvantitativ, RCT studie. Eksperimentell der de mottok gjensidig støtte og kontrollgruppe der de kun mottok polikliniske tjenester. Alle pasienter fikk utlevert spørreskjema som 4- punkts skala	Rekruttert fra to store psykiatriske sentre. 500 polikliniske pasienter 2 frafall	Gjensidig støtte gruppe kan gi fordeler for familiens omsorgsperson er til mennesker med schizofreni som går utover det som er gitt av ordinær familie støtte.	Grad I

		før og etter intervensjonen. Etisk godkjent.			
Pitkänen et al. (2008) Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: a qualitative study <i>International Journal of Nursing Studies Finland</i>	Var å få en dypere forståelse av hva pasientens oppfatning av hvilke sykepleieintervensjoner forbedrer pasientens livskvalitet i akutt psykiatrisk avdeling.	Kvalitativ. Semi-strukturerte intervjuer Intervjuene ble foretatt av forskere med universitetsutdanning i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid og 13 års erfaring med pasienter med alvorlig psykisk lidelse Etisk godkjent	35 pasienter innlagt i akuttpsykiatriske avdeling med schizofreni, schizotype lidelse. Frafall ikke nevnt.	Nedsatt livskvalitet hos mennesker med alvorlig psykisk lidelse kan støttes i akuttpsykiatriske avdelinger ved at sykepleiere setter inn tiltak for å ivareta familien, sosiale aktiviteter og la pasienten utøve selvbestemmelser.	Grad 1

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN KOHORTSTUDIE

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?
Hva forteller resultatene?
Kan resultatene være til hjelp i praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanser:

- Guyatt G, Rennie D. The Evidence-Based Medicine Working Group. Users' Guides to the medical literature. JAMA & Archives Journals, AMA Press, 2002.
- Critical Appraisal Skills Programme. www.phru.org.uk/~casp

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er formålet med studien klart formulert?	Ja O	Uklart O	Nei O
2. Er en kohortstudie et velegnet design for å besvare problemstillingen/ spørsmålet?	Ja O	Uklart O	Nei O

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

<p>3. Ble personene rekruttert til kohorten på en tilfredsstillende måte?</p> <p>Foreligger det seleksjonsskjevhet?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Var kohorten representativ for en definert befolkningsgruppe? • Var det noe spesielt med personene i kohorten? • Ble alle personene som burde vært inkludert tatt med? 	Ja O	Uklart O	Nei O
<p>4. Ble eksposisjonen presist målt?</p> <p>a) Foreligger det måleskjevhet?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble det brukt subjektive eller objektive målemetoder? • Er målemetodene pålitelige (valide)? 	Ja O	Uklart O	Nei O
<p>b) Foreligger det klassifiseringskjevhet:</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble det brukt samme prosedyre for å klassifisere personene til de ulike eksponeringsgruppene? 	Ja O	Uklart O	Nei O

<p>5. Ble utfallet presist målt?</p> <p>a) Foreligger det måleskjevhet?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble det brukt subjektive eller objektive målemetoder? • Er målemetodene gyldige (valide)? <p>b) Foreligger det klassifiseringsskjevhet?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det etablert et godt <u>system</u> for å fange opp alle sykdomstilfeller/utfall? • Ble samme målemetode brukt i alle gruppene? • Var personene i kohorten og/ eller de som vurderte utfallet blindet mht. hvem som var eksponert (- og spiller det noen rolle?) 	<p>Ja</p> <p>O</p> <p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p> <p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p> <p>Nei</p> <p>O</p>
<p>6. Har forfatterne tatt hensyn til kjente, mulige konfoundere (forvekslingsfaktorer/effektforvekslere) i studiens design og/ eller analyse?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se etter restriksjoner i design el. teknikker, for eksempel stratifisering, regresjons- eller sensitivitetsanalyse, som er benyttet for å korrigere eller justere for konfoundere. • Er det andre viktige konfoundere som forfatterne burde tatt hensyn til? 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
<p>7. Ble mange nok av personene i kohorten fulgt opp?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Var det få som falt fra? • Var frafallet likt fordelt i ulike eksponeringsgrupper? • Er det slik at personer som faller fra skiller seg fra de som blir fulgt opp og analysert i studien? 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
<p>8. Ble personene fulgt opp lenge nok?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Positive eller negative utfall må ha hatt lang nok tid til å ha oppstått. • Vurderer du oppfølgingstiden som lang nok? 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>9. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hva er hovedkonklusjonen? • Kan du oppsummere resultatene i en setning? • Er det gjort rede for forholdet mellom insidens blant de eksponerte/ ikke eksponerte (ratio)? • Hvor sterk er assosiasjonen mellom eksposisjon og utfall? 	<p>10. Hvor presise er resultatene?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se på bredden av konfidensintervallet.
--	---

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p>11. Kan resultatene overføres til praksis?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vurder om personene i denne studien er annerledes enn personene du forholder deg til i praksis. • Er de lokale forholdene forskjellig fra stedet der studien fant sted? 	<p>Ja</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene fra andre tilgjengelige studier?</p>	<p>Ja</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN RANDOMISERT KONTROLLERT STUDIE (RCT)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?
Hva forteller resultatene?
Kan resultatene være til hjelp i praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanser:

- Guyatt G, Rennie D. The Evidence-Based Medicine Working Group. Users' Guides to the medical literature. JAMA & Archives Journals, AMA Press, 2002.
- Critical Appraisal Skills Programme.
<http://www.phru.nhs.uk/Pages/PHD/CASP.htm>

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er formålet med studien klart formulert?	Ja O	Uklart O	Nei O
2. Er en randomisert kontrollert studie et velegnet design for å besvare spørsmålet?	Ja O	Uklart O	Nei O

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

3. Ble utvalget fordelt til de ulike gruppene ved bruk av tilfredsstillende randomiseringsprosedyre? <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Randomiseringsprosedyren bør være beskrevet • Randomiseringsprosedyren er tilfredsstillende dersom den er skjult for den som fordeler (eks lukkede konvolutter, dataprogram, tabeller etc) • Se om gruppene er like ved oppstart av studien (etter randomisering) med hensyn til f.eks alder, kjønn, sosial klasse, smerter, funksjon 	Ja O	Uklart O	Nei O
4. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som evalueres? <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Eventuelle tilleggstiltak bør unngås eller være like i gruppene som sammenlignes. • For å unngå forskjellsbehandling, er det beskrevet om tiltakene ble gjennomført i forhold til en protokoll ? 	Ja O	Uklart O	Nei O
5. Ble deltakere, helsepersonell og utfallsmåler blindet mht. gruppetilhørighet? <i>TIPS:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Det er ikke alltid mulig å blinde deltagere (pasienten) og helsepersonell (de som gir tiltaket) – men man bør vurdere om blinding var mulig. • Subjektive utfallsmål (f. eks. smerte eller funksjon) har økt risiko for bias, hvis ikke blinding. • Den som måler utfallet kan som regel blindes. 	Ja O	Uklart O	Nei O

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE forts.

<p>6. Ble alle deltakerne gjort rede for ved slutten av studien?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Var det stort frafall - og er frafallet likt fordelt i gruppene?</i> • <i>Er grunner for frafall beskrevet?</i> • <i>Er frafallet tatt hensyn til i analysen?</i> • <i>Ble alle deltakerne i studien analysert i den gruppen de ble randomisert til (intention to treat)?</i> 	<p>Ja O</p>	<p>Uklart O</p>	<p>Nei O</p>
---	------------------------	----------------------------	-------------------------

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>7. Hva er resultatene?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Kan du oppsummere resultatene for de viktigste utfallene i en setning?</i> • <i>Hva er effektestimater for de ulike utfallsmålene? Kan gis som gjennomsnitt (mean), middelværdi (median), prosent, RR, NNT etc..</i> • <i>Er det en viktig forskjell?</i> 	
<p>8. Hvor presise er resultatene?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Er det oppgitt p-verdi?</i> • <i>Se på bredden av konfidensintervallet i forhold til minimal viktig effekt</i> 	

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS ?

	Ja	Uklart	Nei
<p>9. Kan resultatene overføres til praksis?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er personene som er inkludert i denne studien representative for de du møter i egen praksis? • Er tiltaket detaljert nok beskrevet og gjennomførbart? • Er det sannsynlig at tiltaket kan påvirke utfallet? (Vurder for eksempel dose, varighet) • Er tiltaket akseptabelt for brukerne? 	<p>Ja</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>10. Ble alle viktige utfallsmål vurdert i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tenk på om utfallsmålene er relevante dersom du er en pasient, pårørende, politiker, ekspert eller kliniker • Ble utfallene målt med pålitelige målemetoder? 	<p>Ja</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>11. Bør praksis endres som en følge av resultatene i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er nytten av tiltaket verdt kostnadene og eventuelle bivirkninger? • Støttes resultatene i en systematisk oversikt? 	<p>Ja</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?
Hva forteller resultatene?
Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanser:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.phru.org.uk/~casp
2. Greenhalgh T, Taylor R. Papers that go beyond numbers. *BMJ* 1997; 7110 (315)
3. Seers K. Qualitative research. In *Evidence- Based Practice. A Primer for Health Care Professionals*. Churchill Livingstone, Edinburgh 1999
4. Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet* 2001;358:397-400.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er formålet med studien tydelig?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hva som blir studert? • Er dette en interessant eller relevant problemstilling? 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
<p>2. Er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Har problemstillingen som mål å forstå og fortolke, eller beskrive fenomen eller subjektive erfaringer eller synspunkter? 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p><i>I strategiske utvalg er målet å dekke anstatt 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.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Finnes det en beskrivelse og en overbevisende legitimering av utvalget som blir gjort? • Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? • Er det gjort rede for hvor mange som ble valgt og hvorfor? • Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? 	<p>Kommentar:</p>
<p>4. Var datainnsamlingen tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p><i>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. • Er metoden som ble valgt den beste for å belyse problemstillingen? 	<p>Kommentar:</p>

<p>5. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p><i>TIPS:</i> Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<p>Kommentar:</p>
<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p><i>TIPS:</i> En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<p>Kommentar:</p>
<p>7. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (funnene)?</p> <p><i>TIPS:</i> 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 å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge data? 	<p>Kommentar:</p>
<p>8. Er etiske forhold vurdert ?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble studien forklart for deltagerne? • Ble studien forelagt Etisk komite? 	<p>Kommentar:</p>

HVA ER RESULTATENE?

<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Kan du oppsummere hovedfunnene?</i>• <i>Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</i>	<p>Kommentar:</p>
---	--------------------------

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>9. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?</i>• <i>Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?</i>	<p>Kommentar:</p>
---	--------------------------

Vedlegg 5.

Evidensbaserad omvårdnad

Bilaga G

Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod

Beskrivning av studien

Forskningsmetod RCT CCT (ej randomiserad)
 multicenter, antal center

Kontrollgrupp/er

Patientkaraktäristika Antal

Ålder

Man/Kvinna

Kriterier för exkludering

Adekvata exklusioner Ja Nej

Intervention

Vad avsåg studien att studera?

Dvs. vad var dess primära resp. sekundära effektmått

Urvalsförfarandet beskrivet? Ja Nej

Representativt urval? Ja Nej

Randomiseringsförfarande beskrivet? Ja Nej Vet ej

Likvärdiga grupper vid start? Ja Nej Vet ej

Analyserade i den grupp som de randomiserades till? Ja Nej Vet ej

Blindning av patienter? Ja Nej Vet ej

Blindning av vårdare? Ja Nej Vet ej
 Blindning av forskare? Ja Nej Vet ej

Bortfall

Bortfallsanalysen beskriven? Ja Nej
 Bortfallsstorleken beskriven? Ja Nej
 Adekvat statistisk metod? Ja Nej
 Etiskt resonemang? Ja Nej
 Hur tillförlitligt är resultatet?
 Är instrumenten valida? Ja Nej
 Är instrumenten reliabla? Ja Nej
 Är resultatet generaliserbart? Ja Nej

Huvudfynd (hur stor var effekten?, hur beräknades effekten?, NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, powerberäkning)

.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Bra Medel Dålig

Kommentar

.....

Granskare sign:

Vedlegg 6.

Evidensbaserad omvårdnad

Bilaga H

Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

Beskrivning av studien

Tydlig avgränsning/problemformulering? Ja Nej Vet ej

Patientkaraktistika

Antal

Ålder

Man/kvinna

Är kontexten presenterad?

Ja Nej Vet ej

Etiskt resonemang?

Ja Nej Vet ej

Urval

– Relevant?

Ja Nej Vet ej

– Strategiskt?

Ja Nej Vet ej

Metod för

– urvalsförfarande tydligt beskrivet?

Ja Nej Vet ej

– datainsamling tydligt beskriven?

Ja Nej Vet ej

– analys tydligt beskriven?

Ja Nej Vet ej

Giltighet

– Är resultatet logiskt, begripligt?

Ja Nej Vet ej

– Råder datamättnad?

Ja Nej Vet ej

– Råder analysmättnad?

Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

– Redovisas resultatet klart och tydligt?

Ja Nej Vet ej

– Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?

Ja Nej Vet ej

Genereras teori?

Ja Nej Vet ej

156

© Författarna och Studentlitteratur

Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening
beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

.....
.....
.....
.....
.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Bra Medel Dålig

Kommentar

.....
.....

Granskare (sign)