



Schizofreni og ivaretagelse av søvn

Kandidatnummer: 514
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9835
Dato: 23.04.2019

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høyskole Dato: 23.04.2019
Tittel: Schizofreni og ivaretagelse av søvn	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvordan kan sykepleier veilede personer med schizofreni til å ivareta sitt behov for søvn?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Ved hjelp av pensum- og annen litteratur er hensikten her å belyse hva schizofreni og søvn er, i tillegg til konsekvensene av søvnproblemer, der det videre vil vises til fysisk aktivitet som tiltak. Deretter fremkommer aktuell sykepleieteori og veiledning. Den didaktiske relasjonsmodellen blir beskrevet og brukt som hjelpemiddel for veiledningen, og til slutt vises det til relevant lovverk og yrkesetikk som sykepleier skal følge og ta hensyn til.</p> <p><u>Metode:</u> Dette er en litterær oppgave som bygger på eksisterende litteratur og forskning, i tillegg til erfaringsbasert kunnskap. De fire utvalgte forskningsartiklene er funnet i databasene PubMed og Tidsskriftet, og blir presentert i en artikkelmatrise.</p> <p><u>Drøfting:</u> For å kunne svare på hvordan sykepleier kan veilede personer med schizofreni til å ivareta sitt behov for søvn har jeg benyttet fag- og forskningsartikler og annen relevant litteratur. Drøftingen følger strukturen til den didaktiske relasjonsmodellen der forutsetninger, faktorer, mål, innhold og metode drøftes både hver for seg og sammen, der det til slutt gjøres en helthetsvurdering.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Resultatene tyder på at søvnvansker er et vanlig problem hos personer med schizofreni og at det med tiden har blitt mer anerkjent som to komorbide lidelser som må behandles hver for seg. Likevel er det manglende fokus på hvilke tiltak som kan øke søvnkvaliteten. Fysisk aktivitet har vist å gi økt søvn- og livskvalitet hos personer med schizofreni, men blir lite prioritert i psykisk helsevern. Personer med schizofreni kan ha nytte av veiledning og økt kunnskap om sin diagnose og konsekvenser av den. Det er da viktig at det blir tatt hensyn til personens forutsetninger for læring og at en får medvirke i valg av innhold i en veiledningssituasjon.</p>	

1. Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Presentasjon av problemstilling	2
1.3	Kontekst	2
1.4	Målgruppe	2
1.5	Avgrensninger og begrepsavklaring	2
1.6	Sykepleiefaglig relevans	3
1.7	Oppgavens disposisjon	4
2	Teori	5
2.1	Hva er schizofreni?	5
2.1.1	Forløp og symptomer	5
2.1.2	Psykosens faser	6
2.2	Søvn og søvnproblemer	6
2.2.1	Generelt om søvn	6
2.2.2	Søvnproblemer	7
2.4	Fysisk aktivitet som tiltak	7
2.5	Sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag	8
2.3.1	Orems egenomsorgsteori	8
2.3.2	Veiledning	10
2.6	Den didaktiske relasjonsmodellen	10
2.7	Lovverk og yrkesetikk	11
3	Metode	13
3.1	Valg av metode	13
3.2	Littaraturesøk	13
3.3	Kildekritikk	14
4	Funn	16
5	Drøfting	17
5.1	Schizofreni og forutsetninger	17
5.2	Rammefaktorer	19
5.3	Mål	20
5.4	Innhold	21
5.4.1	Faktorer som påvirker søvnen	21
5.4.2	Fysisk aktivitet som selvhjelpsmetode	22
5.4.3	Konsekvenser av lidelsen	23
5.4.4	Svekket funksjonsnivå	23
5.4.5	Ulike aktiviteter og tilrettelegging	24
5.4.6	Kartlegging av søvnen	25
5.4.7	Forebygging av tilbakefall	25
5.5	Valg av læringsmetode	26
5.5	Vurdering	28
6	Avslutning	29
	Referanser	30

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Schizofreni rammer mellom 0,3 – 2 prosent av befolkningen, der 4-13 prosent begår selvmord (Norsk helseinformatikk, 2018). Personer med schizofreni er svært utsatt for å oppleve problemer relatert til helsen og redusert livskvalitet (Ververda & Bjørnstad, 2018). Søvnløshet er noe som ofte oppstår sammen med en schizofrenilidelse. Det har vist at begge lidelsene sammen kan gi dårligere utfall enn for de som kun har en av lidelsene alene, i form av mer alvorlige symptomer og høyere dødelighet (Kaskie, Graziano & Ferrarelli, 2017, s.234). Problemer med søvn er vanlig og opp mot 90 % av mennesker med psykiske lidelser har søvnvansker (Pallesen & Bjorvatn, 2016, s.198).

Søvnproblemene kan komme av dagligdagse oppgaver eller økonomi som kan skape bekymring, men det kan også være vrangforestillinger eller engstelse for å utvikle psykose (Ververda & Bjørnstad, 2018). Søvn er et grunnleggende både fysisk og psykisk behov som må dekkes for at et menneske skal fungere, og det bidrar til at vi opplever å ha god fysisk form og evnen til å konsentrere oss (Bakken, 2015, s.839). I følge Kaskie, Graziano og Ferrarelli (2017, s.228) har søvnløshet hos personer med schizofreni vist å være en risikofaktor for utvikling av psykose. I NRK-programmet «Helene Sjekker inn» (2017) forteller en psykiatrisk sykepleier at å tilrettelegge for god søvn er en viktig jobb da søvn er helt avgjørende for at pasientene skal komme seg på beina igjen.

Personlig har jeg en stor interesse for både psykisk helse og psykiske lidelser, spesielt schizofreni som er en såpass komplisert og omfattende tilstand. Jeg synes det er spennende hvordan ulike faktorer kan påvirke vår fysiske og psykiske helse, og har derfor valgt å se på hvordan søvn påvirker personer med en schizofrenidiagnose, og hvordan jeg som sykepleier kan veilede dem til å håndtere sine eventuelle søvnproblemer.

1.2 Presentasjon av problemstilling

En schizofrenidiagnose påvirker egenomsorgen i negativ grad der en har svekket evne til å ta vare på seg selv og til å tilfredsstille egne behov. Lite kunnskap og manglende ferdigheter er ofte årsaken (von Krogh, 2005, s.120). Dette er et viktig problemområde som bør få et større fokus og jeg har på bakgrunn av dette valgt følgende problemstilling: Hvordan kan sykepleier veilede personer med schizofreni til å ivareta sitt behov for søvn?

1.3 Kontekst

Jeg har valgt å bruke en psykiatrisk subakutt sengepost som kontekst der pasienten er innlagt over 3 uker eller mer. Dette fordi jeg ønsker å ha et fokus på de pasientene som til vanlig bor i egen bolig, men som trenger oppfølging etter en psykose. Pasienten er ikke i en akutt psykose eller lagt inn under tvang, og han har samtykkekompetanse. Jeg ser for meg at personen vil være mer åpen for veiledning i en slik situasjon. Innleggelse i psykisk helsevern foregår stort sett ved frivillighet og de har da rett til å forlate institusjonen når det er ønskelig. Ved frivillig innleggelse kan de heller ikke medisineres uten at de selv har samtykket til dette (Helsenorge, 2018). Jeg velger å ta utgangspunkt i at en pasient har vært i psykose, og nå er i en post-psykotisk fase. Post-psykotisk fase er fasen som følger etter en psykose, der pasienten blir upsykotisk og klar over egen situasjon (von Krogh, 2005, s.111).

1.4 Målgruppe

Målgruppen for denne oppgaven er voksne personer mellom 18 og 65 år som har diagnosen schizofreni og som er innlagt på psykiatrisk avdeling over lengre tid. Jeg har ikke valgt noen spesiell type schizofreni, til tross for at det finnes flere, og jeg kommer heller ikke til å gå noe i dybden på de ulike typene. Dette gjelder også rusutløst psykose. Fokuset vil altså legges på personer med schizofreni i en post-psykotisk fase som har en form for søvnproblem.

1.5 Avgrensninger og begrepsavklaring

Problemstillingen er spisset til personer med schizofreni og deres ivaretagelse av søvn, og i denne oppgaven har jeg gjort flere avgrensninger for at innholdet skal være så relevant som mulig. På grunn av oppgavens omfang vil jeg ikke inkludere pårørende. Medikamentelle tiltak er heller ikke noe jeg kommer til å ta med i denne oppgaven da jeg først og fremst ønsker å ha fokus på tiltak som sykepleier kan veilede pasienten til å utføre på egenhånd, men også fordi

det er anbefalt til personer med langvarige søvnproblemer å benytte ikke-medikamentelle tiltak da dette har bedre effekt enn medikamentelle (Helsedirektoratet, 2017). Samtidig er medisiner en viktig del av behandlingen ved schizofreni og vil derfor nevnes noen få steder i teksten.

Orem sin teori om egenomsorg har jeg valgt som sykepleieteori for denne oppgaven da den tar for seg viktigheten av å ivareta sin egenomsorg, der balanse mellom aktivitet og hvile inngår i en av de åtte behovene (Cavanagh, 1999, s.19). På bakgrunn av dette vil jeg også begrense det til fysisk aktivitet som tiltak for ivaretagelse av søvn. Videre beskriver Orem veiledning som en metode der sykepleier skal hjelpe personer til å foreta valg for seg selv, der dialog er helt essensielt for veiledningen (Orem, 2001, s.57). Den didaktiske relasjonsmodellen vil bli beskrevet og benyttet som hjelpemiddel for veiledningen.

Personer, mennesker eller pasienter med schizofreni er noe konsekvent vil bruke når jeg skal omtale denne gruppen, da «schizofren» og «schizofrene mennesker» er ord jeg mener bidrar til mer stigmatisering og begrenser personene til deres diagnose. I tillegg til begrepet «sykepleier» vil jeg også benytte «veileder» og «helsepersonell», og jeg vil benytte «han» for personen med schizofreni.

1.6 Sykepleiefaglig relevans

Oppgaven har et sykepleiefaglig perspektiv og i følge Norsk Sykepleieforbund (2008, s.5) er sykepleierens særegne funksjon «Å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom/helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov». Etter endt utdanning skal sykepleier ha kompetanse til å blant annet veilede pasienter om problemer og behov som kan oppstå ved sykdom og lidelse, og en skal kunne gjennomføre forebyggende arbeid og gi helseopplysning (Kunnskapsdepartementet, 2008, s.5-6). Det er på bakgrunn av dette sykepleierens forebyggende funksjon som vektlegges i denne oppgaven. Den forebyggende funksjonen spesifiseres til sekundær sykdomsforebygging der målet er å hindre videreutvikling av sykdom og tilbakefall (Mæland, 2016, s.16).

1.7 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er bygget opp av en innledning, et teorikapittel, metodekapittel, funn av forskningsartikler, drøftingskapittel og til slutt en oppsummerende avslutning. I teorikapittelet vil det fremlegges relevant litteratur til valgt tema om schizofreni, søvnproblemer, fysisk aktivitet, sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag, den didaktiske relasjonsmodellen og lovverk og etikk. Deretter et metodekapittel som tar for seg valg av metode, fremgangsmåte for søk og kildekritikk. Det vil videre vises til de valgte forskningsartiklene presentert i en artikkelmatrise. I drøftingskapittelet skal teori og forskning tolkes og drøftes for å få svar på oppgavens problemstilling. Dette vil så oppsummeres i en avslutning helt til slutt.

2. Teori

I dette kapittelet vil det presenteres teori om schizofrenilidelsen med symptomer og psykosens faser, søvn og søvnproblemer, fysisk aktivitet som tiltak, sykepleierens kunnskapsgrunnlag med sykepleieteori og veiledning, den didaktiske relasjonsmodellen og aktuelt lovverk og yrkesetikk. Teorikapittelet vil være utgangspunktet for det som skal drøftes i kapittel 5.

2.1 Hva er schizofreni?

Schizofreni er den mest alvorlige psykoselidelsen og for å få diagnosen må minst to av følgende symptomer være tilstede i minst en måned; vrangforestillinger, hallusinasjoner, desorganisert tale, grovt desorganisert atferd, flat affekt, fattig språk og apati (Skårderud, Haugsgjerd & Stanicke, 2016, s.317). Det er foreløpig ingen klare svar på hva som gjør at schizofreni oppstår, men både arv og miljø, samt psykologiske faktorer er av betydning. Stress-sårbarhetsmodellen tar for seg de ulike faktorene som kan ha betydning for utvikling av alvorlig psykisk lidelse, slik som schizofreni (Thorsen & Johannessen, 2013, s.10-11). Denne modellen tar utgangspunkt i at psykoser er episodiske problemer som har oppstått som følge av et samspill av ulike sårbarhetsfaktorer. Faktorene kan være biologiske eller genetiske, for eksempel at et eller flere familiemedlemmer har opplevd psykose. Det kan også være svekket egenomsorg, søvnmangel og lav sosial støtte (Hummelvoll, 2016, s.354). Det sies at en kan ha en medfødt sårbarhet som kan utvikles til psykose dersom en stressterskel blir nådd. Denne stressterskelen er individuell og innebærer en ulik toleranse for forskjellige påkjenninger som skjer i livet (Thorsen & Johannesen, 2013, s.14).

2.1.1 Forløp og symptomer

Forløpet til en schizofrenilidelse kan variere fra person til person der symptomene kan forandre seg, men sjeldent forsvinner helt (Kringlen, 2011, s.306). Hallusinasjoner, vrangforestillinger, forstyrret atferd og tankeforstyrrelser regnes ofte som positive symptomer. De negative symptomene består av svekket flyt av tankegang og tale, manglende lystfølelse, oppmerksomhet og vilje, samt apati (Kringlen, 2011, s-304-305). Vrangforestillinger og hallusinasjoner er de vanligste psykotiske symptomene ved schizofreni (Martinsen, 2011, s.129). Vrangforestillinger er feilaktige forestillinger som personen er overbevist om at er riktige. Det kan være ideer om at en er forfulgt av ulike organisasjoner som skal ta kontroll over han, eller forestillinger om at mennesker kan lese hans tanker og

følelser. Hallusinasjoner er når en ser, hører, smaker og lukter ting som ikke er der. Det er oftest en eller flere stemmer som kommenterer alt personen gjør (Thorsen & Johannessen, 2013, s.28).

2.1.2 Psykosens faser

Psykose betyr forvirringstilstand der en enten har nedsatt eller manglende evne til å forstå eller skille mellom hva som kommer innenfra og omgivelsene. Hos personer med schizofreni er det spesielt den realitetstestende evnen som mangler ved psykose, der en kan begynne å tro på stemmene man hører (Thorsen & Johannessen, 2013, s.8).

En psykose kan deles inn i ulike faser, pre-psykotisk, psykotisk og post-psykotisk fase der den sistnevnte kan deles inn i to deler, post-psykotisk depresjon og post-psykotisk restitusjon. Hvilke problemer pasienten har kan variere avhengig av hvilken fase av psykosen en er i. Den pre-psykotiske fasen kjennetegnes av tilbaketrekning (von Krogh, 2005, s.103), mens den psykotiske fasen er når de psykotiske symptomene virkelig kommer til uttrykk og en mangler mestringsevnen (von Krogh, 2005, s.105). I den post-psykotiske fasen vil pasienten først være preget av depresjon før det snur til en mer positiv utvikling. I denne fasen blir pasienten upsykotisk og det kan skape en sterk psykisk smerte, med en følelse av tomhet, avmakt og ulykkelighet. I depresjonsfasen blir pasienten klar over sin egen situasjon og kan få en opplevelse av håpløshet og at livet ikke har noen mening. Selvbildet er svekket og en kan oppfatte seg selv som svak. Det kan i denne fasen være problematisk med egenomsorg der en ikke orker å stelle seg, mangler matlyst, trøstespiser, er passiv og inaktiv, og kan på bakgrunn av dette få søvnproblemer. I restitusjonsfasen er pasienten preget av en mer optimistisk holdning der en kan oppleve håp og større tro på egne muligheter (von Krogh, 2005, s.111-112).

2.2 Søvn og søvnproblemer

2.2.1 Generelt om søvn

Når vi sover er kroppen i en dyp hvile, der kroppens funksjoner er nedsatt og dermed reagerer mye mindre på sansestimuleringer enn vi gjør ved våken tilstand (Norsk helseinformatikk, 2017). Søvn begynner stort sett med at vi får en indre følelse av tretthet som for eksempel kan oppstå etter dagens arbeid eller fysisk aktivitet. Søvn er avgjørende for helse, velvære og

rehabilitering etter sykdom (Bastøe & Frantsen, 2016, s.348-350). Hvordan vi klarer å sove eller holde oss våkne avhenger av tre faktorer: homeostase eller likevekt, døgnrytme og atferd. Homeostasen innebærer et søvnbehov som hoper seg opp i våkentilstand. Døgnrytmefaktoren viser til rytmer på en periode på rundt 24 timer. Tilbøyeligheten for søvn vil normalt følge kroppstemperaturen og øke mot kvelden når kroppstemperaturen synker. Dersom en legger seg om morgenen vil søvnen bli kortere på grunn av en økende aktivering utover dagen. Atferd er den tredje faktoren. Eksponering for ytre og indre stimuli som aktiverer kroppen vil bidra til en svekkelse av søvnen, for eksempel støy, lys eller bekymringer. Ved å skjerme seg fra slik stimuli vil det forbedre søvnen (Pallesen & Bjorvatn, 2016, s.198-199).

2.2.2 Søvnproblemer

Søvnproblematikk har lenge blitt sett på som et symptom på underliggende psykiske vansker, men har i det siste endret seg til å bli mer sett på som en egen lidelse for seg. Søvnvansker kan både forårsake annen psykisk lidelse, og være til stede samtidig som annen psykisk lidelse. Det kan være vanskelig å skille mellom hva som er primær og sekundær lidelse. I de tilfeller der søvnlidelsen anses å være en konsekvens av annen lidelse består søvnlidelsen til tross for god behandling av primærlidelsen (Pallesen & Bjorvatn, 2016, s.198). Personer med schizofreni kan ha problemer med søvn, blant annet vansker med innsovning. Dette kan skyldes angst fordi mørke rom kan medføre hallusinasjoner (Hummelvoll, 2016, s.361). Angst kan føre til både fragmentert søvn og mareritt, noe som ofte medfører tretthet og svekket sosial fungering (Bastøe & Frantsen, 2016, s.361).

Over tid kan problemer med søvn føre til at en person tappes for overskudd og motivasjon slik at det blir anstrengende å finne innsatsen til å jobbe med sine psykiske eller sosiale vansker (Pallesen & Bjorvatn, 2016, s.198). Andre konsekvenser kan være bekymring, følelsesmessig ubehag og tretthet der personen får vanskeligheter med å utføre daglige aktiviteter (Verwerda & Bjørnstad, 2018).

2.3 Fysisk aktivitet som tiltak

Fysisk aktivitet er de kroppslige bevegelsene som skjelettmuskulaturen utfører og som resulterer i energiforbruk (Lerdal & Grov, 2016, s.822). Aktivitet er helt grunnleggende for en persons liv og er viktig for vedlikeholdelse av kroppens funksjoner og for at en skal kunne

utføre daglige gjøremål (Lerdal & Grov, 2016, s.819). Fysisk aktivitet kan være et godt tiltak for å fremme helse og forebygge, samt behandle sykdom. Det er viljestyrt og krever mental aktivitet (Skaug, 2016, s.314).

Helseplager, sykdom og personlige faktorer, som motivasjon og personlighet, kan påvirke aktivitetsnivået (Lerdal & Grov, 2016, s.820). Dersom menneskekroppen ikke brukes slik den er skapt til vil den forfalle. Inaktivitet svekker både muskler og ledd, og det oppstår en økt sårbarhet for overbelastning og skader (Martinsen, 2011, s.40). Å være regelmessig i aktivitet reduserer risiko for hjerte- og karsykdommer ved at det reduserer blodtrykket, triglyseridnivå i blodet og kroppsvekt. Det fører til en endring av atferd som bidrar til mer positive tanker, øker troen på evnen til å mestre utfordringer og evne til selvkontroll (Helsedirektoratet, 2010, s.8).

2.4 Sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag

2.4.1 Orem's egenomsorgsteori

Dorothea Orem sin teori om egenomsorg har mange likheter med Virginia Henderson sin teori. Både Orem og Henderson ser på sykepleie som en erstatning for egenomsorg der personen ikke er i stand til å utføre dette på egenhånd. Sykepleierens mål er å bidra til at personen er selvstendig i de aktivitetene det er mulig (Kirkevold, 2001, s.128). Egenomsorg kan beskrives som evnen et menneske har til å ivareta og utføre handlinger som er hensiktsmessige og nødvendige for å kunne leve. Det er de aktivitetene et individ gjennomfører på egenhånd for å bevare liv, helse og velvære. Et menneske som opplever sykdom vil ha behov for hjelp fra andre, for eksempel i form av veiledning, avhengig av hvilken tilstand en er i (Orem, 2001, s.43-44).

Egenomsorgsbehov

Egenomsorgsbehov kan forstås som krav som må oppfylles, og for at dette skal skje må den enkelte ha evner og kapasitet til å utføre dem (Cavanagh, 1999, s.21). Det er de aktivitetene Orem tar for seg som de mest nødvendige for å fremme funksjon og helse (Kirkevold, 2001, s.128-129). Balansegangen mellom krav og evner spiller en sentral rolle i Orem's modell (Cavanagh, 1999, s.21). De ulike egenomsorgsbehovene er delt inn i tre kategorier: de universelle, de utviklingsmessige og de helsesviktrelaterte behovene. De universelle egenomsorgsbehovene er handlinger som må iverksettes og utføres for å kunne vedlikeholde

den menneskelige funksjon (Kirkevold, 2001, s.130). Orem tar for seg åtte ulike og universelle egenomsorgsbehov som inneholder både de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspektene i livet. Et av de universelle behovene som beskrives er opprettholdelse av balanse mellom aktivitet og hvile som skal virke forebyggende mot stress og utmattelse (Cavanagh, 1999, s.19-20).

Helsesviktrelaterte behov oppstår når en person opplever sykdom, funksjonssvikt eller annet som gjør det nødvendig med behandling. Meningen bak disse behovene er at dersom det oppstår en endring i en persons helsetilstand, må en søke hjelp fra andre personer som har kompetanse til å bistå når en selv ikke klarer. Et endret selvbilde kan være en del av å bli syk og det er derfor viktig å tilpasse seg de endringene som kan følge med sykdommen (Cavanagh, 1999, s.23-24).

Egenomsorgssvikt

Egenomsorgssvikt kan beskrives som selve forklaringen på hvorfor et menneske trenger sykepleie. Det blir et misforhold mellom en persons egenomsorgskapasitet og egenomsorgskravene, der kapasiteten er lavere. Egenomsorgssvikt er relatert til tre ulike begrensninger: begrenset kunnskap, begrenset evne til å bedømme og ta avgjørelser, og begrenset evne til å gjøre handlinger som gir resultater (Kirkevold, 2001, s.132-133). Det kan da være nødvendig med hjelp fra slektninger eller sykepleiere for å kunne utføre sin egenomsorg (Cavanagh, 1999, s.25).

Sykepleie

Orem beskriver ordet sykepleie som en tjeneste som sikrer omsorg og nærhet til en person som ikke klarer å ivareta sin egenomsorg, med et mål om at personen skal bli selvstendig i utførelsen av sin egenomsorg (Orem, 2001, s.18). Det er altså handlinger som sykepleieren gjør som skal være til det beste for andre (Cavanagh, 1999, s.39). Sykepleieren skal ha kunnskap til å vurdere pasienters egenomsorgskrav og kapasitet, og evne til å planlegge og gjennomføre de nødvendige aktivitetene for andre (Kirkevold, 2001, s.143). Det finnes flere funksjoner som sykepleiere kan utføre for å hjelpe pasienten. Disse funksjonene, eller hjelpemetodene, er blant annet veiledning, undervisning og støtte (Cavanagh, 1999, s.33).

2.4.2 Veiledning

Veiledning er en metode der pasienten skal foreta egne valg, med rettleiding fra en annen. Dette krever at begge personer er i dialog med hverandre (Orem, 2001, s.57). Veilederen skal gjennom denne dialogen sørge for at fokuspersonen kan oppdage og lære på egenhånd, samt bli bevisst på aktuelle handlinger og hvilke faktorer som kan stå i veien for endring. Dette er med på å styrke personens mestringskompetanse (Tveiten, 2008, s.80). Tilpasset innhold er en forutsetning for pasientens motivasjon og for at veiledningen skal være vellykket (Orem, 2001, s.57).

2.5 Den didaktiske relasjonsmodellen

Den didaktiske relasjonsmodellen ble i utgangspunktet utarbeidet for skolelever, men kan også benyttes i pasientsammenheng forutsatt en kritisk vurdering og tilpasning, samt at det er mulighet for planlegging og strukturering. Modellen viser til sammenhenger mellom de følgende faktorene. De bør både sees på som enkeltaspekter, men også som en helhet (Brataas, 2011, s.44).

Læreforutsetninger

Læreforutsetninger går ut på hva personen vet fra før og hvilket kunnskapsgrunnlag de har. Her kan syn og opplevelse til egen situasjon si noe om deres holdninger og forståelsesgrunnlag, og det kan være nødvendig å etterspørre dette for å oppnå pasientmedvirkning. Uansett hvilken situasjon pasienten er i er det viktig at helsepersonellet møter pasienten der han er, og finner ut hva denne kunnskapen gjør og deres opplevelse av egen situasjon (Tveiten, 2016, s.83-84).

Rammefaktorer

Rammefaktorer er de forholdene som kan påvirke læringen ved å enten begrense den eller gjøre den mulig. Det gjelder tid, sted, utstyr og hjelpemidler, der mangel på dette kan være en begrensning. Hvilke kunnskaper og verdier veilederen har er også av betydning for hvorvidt det muliggjør eller begrenser læringen (Hiim & Hippe, 2009, s.33).

Mål

Mestring og utvikling av kompetanse er en vanlig hensikt å ta utgangspunkt i ved pasientopplæring. Det aktuelle målet bør være så konkret som mulig, samt tidfestet og målbart. Dette gir klare retningslinjer for både aktuelt innhold og metode for veiledningen (Tveiten, 2016, s.85). Det kan være korte mål som gjelder for en time eller dag, eller de kan være langsiktige og gjelde for flere måneder. Målene kan diskuteres og utformes sammen da det gir mulighet for at den som skal lære får ta en del av ansvaret (Hiim & Hippe, 2009, s.33).

Innhold

Innholdet i veiledningen må legges til rette slik at det blir i sammenheng med målene, der det fokuseres på ulike kunnskaper, ferdigheter og holdninger (Hiim & Hippe, 2009, s.79).

Innholdet er vanskelig å planlegge da dette er noe som bestemmes sammen med pasienten. Pasienten vil ofte kunne dele sine behov, der helsepersonell bidrar med sin erfaring og kunnskap (Tveiten, 2016, s.86)

Metode

Hvilken metode som velges avhenger av læreforutsetningene, rammefaktorer, mål og innhold. Det er en bevisst fremgangsmåte som helsepersonell benytter i samarbeid med den andre for å nå frem til målet (Hiim & Hippe, 2009, s.108). Det kan ofte være nyttig å benytte flere metoder, men det viktigste er som regel å finne en passende metode ut fra der pasienten står (Tveiten, 2016, s.88).

Vurdering

Å gjøre en vurdering kan si noe om hvordan læringen fungerer, der en ser på hvordan læreforutsetningene, rammefaktorene, målet, innholdet, metoden og vurderingen virker sammen som en helhet (Hiim & Hippe, 2009, s.34-35).

2.6 Lovverk og yrkesetikk

Som sykepleier forutsetter det at en har kunnskaper om lover og forskrifter som gjelder for utøvelsen av pleie, omsorg og behandling, og det er helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven som er de viktigste sykepleier skal forholde seg til (Molven, 2016, s.20). I Pasient- og Brukerrettighetsloven §3-1 (1999) om medvirkning står det at bruker eller

pasient skal ha retten til medvirkning ved gjennomføring av en eller flere helse- og omsorgstjenester, og det skal være tilpasset hver enkeltes evner til å gi og ta imot informasjon. Videre i §3-2 står det i første ledd at pasienten skal ha den nødvendige informasjonen vedrørende hans helsetilstand, helsehjelp og mulig risikoer og bivirkninger. I andre ledd står det at informasjonen ikke skal gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det kan forebygge skader ved helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Når helsepersonell informerer en mottaker skal den være tilpasset de ulike forutsetninger som alder, erfaring, kultur- og språkbakgrunn, og den skal bli gjort på en hensynsfull måte (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). Helsepersonell skal gjennomføre sitt arbeid i samsvar med de bestemmelser som gjelder faglig forsvarlighet og omsorgsfull tjeneste som kan forventes av dem, og den aktuelle situasjonen (Helsepersonelloven, 1999, §4).

Som sykepleier er det også regler og retningslinjer som sier noe om hva som er etisk og passende oppførsel i yrkesutøvelsen (Slettebø, 2013, s.16). I retningslinjene om sykepleieren og pasienten, skal sykepleieren blant annet sikre en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom. Sykepleieren skal ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg, samt yte omsorgsfull helsehjelp og lindre lidelse. Sykepleieren skal også gi mulighet for at pasienten kan ta selvstendige valg basert på tilstrekkelig, tilpasset og forståelig informasjon som han får, og en skal respektere valgene som pasienten tar på egenhånd (Norsk sykepleieforbund, 2016).

Autonomi er retten til å både få informasjon og til å kunne ta egne valg. For at pasienten skal kunne ta gode og selvstendige valg forutsetter det at han har fått så tilpasset og relevant informasjon som mulig om de mulige alternativene pasienten har med de positive og negative konsekvenser som følger (Brinchmann, 2016, s.89-90). Selvbestemmelse og mestring av egne problemer er grunnleggende for at en person skal ha et godt liv og det er sykepleier sitt ansvar å bistå pasienten til å gjenvinne egen autonomi (Nordtvedt, 2008, s.90).

3. Metode

3.1 Valg av metode

I følge Dalland (2017, s.52) kan metoden sammenlignes med et redskap som brukes i en undersøkelse. Det kan også beskrives som en vei mot målet, der en må beskrive veien og gjøre rede for valgene som har blitt gjort underveis (Dalland, 2017, s.54). Dette er en litterær oppgave, noe som innebærer å finne data fra eksisterende teori, forskning og fagkunnskap (Dalland, 2017, s.207). I søk etter forskningslitteratur var jeg ute etter å finne kvalitative studier fremfor kvantitative. En kvalitativ metode tar for seg meninger og opplevelser, mens en kvantitativ metode viser til data av målbare enheter (Dalland, 2017, s.52). Det har vært mest aktuelt med kvalitative studier for å svare på problemstillingen, men jeg har også benyttet oversiktsartikler.

3.2 Litteratursøk

Litteraturen som har blitt brukt til denne oppgaven er hovedsakelig fra LDH sitt bibliotek og forskningslitteratur fra LDH sine medisinske databaser. Litteraturen jeg fant på biblioteket ble funnet ved hjelp av Oria der jeg fant fagbøker innen psykiatri og psykisk helse, pedagogikk, generell sykepleie, sykepleieteori og etikk. Jeg har også gjort manuelle søk der jeg har gått gjennom referanser i bøker og artikler for å finne annen aktuell og relevant litteratur for oppgaven. Ellers har jeg brukt lover, yrkesetiske retningslinjer, pensumlitteratur og helsefaglige nettsider som helsedirektoratet og norsk helseinformatikk.

I søk etter forskningsartikler benyttet jeg databasene CINAHL, MEDLINE, Google scholar, Tidsskriftet og PubMed. I starten gjorde jeg brede søk i de forskjellige databasene for å finne ut hva slags forskning det var til temaet og brukte søkeordene: «schizophrenia», «mental health», «sleep», «mental health nursing», «sleep problems», «sleep disturbance», «sleep quality», «interventions», «patient education», «nursing», «psychiatric ward» og «experiences». Jeg kombinerte søkeordene på ulike måter, både med OR og AND. Det var en utfordring å finne artikler med sykepleiefaglig relevans. I CINAHL som jeg tidligere har god erfaring med, fikk jeg mange resultater, men svært få relevante artikler. Etter hvert begrenset jeg søkeordene basert på artiklenes emneord, og endte med på finne tre av fire av de valgte forskningsartiklene i PubMed. Jeg avgrenset søket fra 2009-2019 for å sikre oppdatert kunnskap og jeg fokuserte på forskning fra vestlige land som omhandlet schizofreni eller

psykiske lidelser og søvnproblemer. Alle artiklene er fagfellevurdert. I tabellen under vises søkestrategien jeg har benyttet for å finne de valgte forskningsartiklene.

Søkeord	Database	Avgrensninger	Resultater	Valgt artikkel
“Schizophrenia” AND “sleep disturbance” AND “patient experiences”	PubMed	Ikke eldre enn 10 år. Full tekst. Engelsk språk. Sortert med «best match».	21 resultater	Experiences, perspectives and priorities of people with schizophrenia spectrum disorders regarding sleep disturbance and it’s treatment: a qualitative study
“Schizophrenia” AND “sleep” AND “nurses experience”	PubMed	Ikke eldre enn 10 år. Språk på engelsk. Full tekst. Sortert med «best match»	3 resultater	Nurses experiences in using physical activity as complementary treatment in patients with Schizophrenia
“Schizophrenia” AND “sleep problems” AND “interventions”	PubMed	Ikke eldre enn 10 år. Språk på engelsk. Full tekst. Sortert med «best match»	26 resultater	Treating sleep problems in patients with schizophrenia
[“Schizofreni” OR “psykiske lidelser”] AND [søvn OR søvnproblemer]	Tidsskriftet	Ikke eldre enn 10 år. Oversiktsartikler.	16 resultater	Søvnforstyrrelser ved psykiske lidelser.

For å finne de mest aktuelle artiklene gikk jeg gjennom abstraktet til de resultatene som hadde relevante og interessante overskrifter. Videre så jeg på landområder der studiene var utført og utelukket blant annet asiatiske land da jeg ønsket mest mulig relevans til det norske samfunn. Dette til tross for at det kunne se ut til at flere studier har blitt gjort i blant annet Kina. Søkeordene som er listet opp har blitt avgrenset flere ganger basert på tidligere søk, og det var med disse søkeordene jeg til slutt fant de valgte artiklene.

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk er en vurdering og karakterisering av den valgte litteraturen for oppgaven. Her skal det redegjøres for de ulike kriteriene som har blitt benyttet ved valg av litteratur, der

hensikten er å dele refleksjonene med leseren rundt relevant litteratur for å belyse problemstillingen (Dalland & Trygstad, 2017, s.158). Jeg har forsøkt å bruke bøker som ikke er eldre enn 10 år for å sørge for oppdatert kunnskap, men har likevel benyttet noen eldre bøker, for eksempel i kapittelet om Orem sin egenomsorgsteori. «Nursing concepts of practice» (2001) er skrevet av Dorothea Orem, noe som gjør at jeg anser den som troverdig og aktuell til tross for at den er gammel. Samtidig er den skrevet på engelsk, noe som kan være årsak til misforståelser og feiltolkninger i teksten. Jeg har derfor også benyttet meg av «Orems sykepleiemodell i praksis» (1999) av Stephen Cavanagh som er på norsk og derfor enklere å forstå og bruke. Her har jeg også benyttet meg av Marit Kirkevold sin bok «Sykepleieteorier – analyse og evaluering» (2001) som er svært anerkjent.

Sidsel Tveiten er sykepleier og professor, og har skrevet flere bøker om veiledning (Tveiten, 2016). Boken «Helsepedagogikk» (2016) tar for seg både veiledning og den didaktiske relasjonsmodellen og har blitt hyppig brukt i oppgaven. Jeg anser den som svært aktuell da det gis en god forklaring på hva veiledning dreier seg om, og sykepleierens rolle i en veiledningssituasjon.

Jeg har vurdert de valgte artiklene til å være relevante da de blant annet tar for seg erfaringer både fra pasienter og helsepersonell. Dette kan også være en svakhet da intervjuerne kan ha feiltolket svar og observasjoner underveis (Dalland, 2017, s.60). Forfatterne av de valgte forskningsartiklene har relevant bakgrunn som sykepleiere, professorer, psykologer eller andre sentrale roller innenfor helsesektoren, og jeg anser derfor deres erfaringer som svært troverdig og aktuell. Hensikten med studien kommer også tydelig frem i alle artiklene. Tre av fire forskningsartikler er engelskspråklige og det kan derfor ha skjedd misforståelser eller feiltolkninger underveis når jeg har benyttet meg av disse artiklene.

4. Funn

Nr.	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Faulkner & Bee, 2017	Experiences, perspectives and priorities of people with schizophrenia spectrum disorders regarding sleep disturbance and it's treatment: a qualitative study	BMC psychiatry	Å utforske ulike perspektiver og prioriteringer som personer med schizofreni spektrum lidelser har til søvn og søvnproblemer, samt deres syn på aktuelle behandlingsmetoder.	Kvalitativ studie der data ble innhentet gjennom dybdeintervjuer av 15 personer med en form for schizofreni og ulik grad av søvnforstyrrelse.	Søvnforstyrrelser ble knyttet til redusert evne eller mulighet til å delta i ulike aktiviteter og påvirket selvbildet i form av et ønske om å oppfattes som kontrollert og våken.
2	Carlbo, Claesson & Årström, 2018	Nurses experiences in using physical activity as complementary treatment in patients with Schizophrenia	BMC psychiatry	Å beskrive sykepleieres erfaring med fysisk aktivitet som en komplementær behandling av pasienter med schizofreni.	En kvalitativ studie der det ble gjort intervjuer i tre fokusgrupper på ca.50 min hver, med 12 sykepleiere fra et sykehus i Sverige. Fokusgruppene bestod av diskusjoner der intervjueren stilte stort sett åpne spørsmål.	Fysisk aktivitet ble ofte benyttet og flere sykepleiere rapporterte at pasienter var positivt innstilte og at det bidro til økt livs- og søvnkvalitet og mindre angst.
3	Waite et al., 2015	Treating sleep problems in patients with schizophrenia	Behavioral and cognitive psychotherapy	Å beskrive faktorer som kan gi søvnproblemer, og ulike metoder tilknyttet disse faktorene.	En studie som tar for seg eksisterende data og kliniske erfaringer.	Det er en økende anerkjennelse til søvnproblematikk hos personer med schizofreni, men mye mindre fokus på behandling av det.
4	Holsten, Pallesen & Sivertsen, 2011	Søvnforstyrrelser ved psykiske lidelser	Tidsskriftet for den norske legeförening	Søvnforstyrrelser blir ofte sett på som sekundærsymptomer til psykiske lidelser. Hensikten er derfor å opplyse om sammenhengen mellom søvnproblematikk og psykiske lidelser.	Det er en oversiktsartikkel der forfatterne har benyttet seg av egen klinisk erfaring og artikler fra ikke-systematiske søk i PubMed.	Søvnproblemer er ikke bare symptomer på annen sykdom, og det er også vist å være en sterk risikofaktor for utvikling psykose og angst. Effektiv behandling av den psykiske lidelsen vil ikke nødvendigvis gjøre noe med søvnproblemet.

5. Drøfting

I dette drøftingskapittelet vil jeg forsøke å besvare hvordan sykepleier kan veilede personer med schizofreni til å ivareta sitt behov for søvn. Den didaktiske relasjonsmodellen vil her bli brukt som mal for drøftingen, der hoveddelen av drøftingen vil være under punkt 5.4 Innhold. Det vil også drøftes hvilke elementer som kan påvirke situasjonen, hvordan de kan påvirke hverandre, og hvilken metode som er mest hensiktsmessig å benytte.

5.1 Schizofreni og forutsetninger

Forutsetninger for læring er de kunnskaper og erfaringer som pasienten har til egen sykdom, og det kan det være nødvendig å etterspørre hvilke opplevelser, meninger og behov pasienten har (Tveiten, 2016, s.83-84). Schizofreni er en lidelse som reduserer livskvaliteten og påvirker de grunnleggende behovene hos en person (Ververda & Bjørnstad, 2018). Basert på Orem sin teori om egenomsorg vil man ved sykdom, skade eller funksjonssvikt, bli utsatt for helsesviktrelaterte egenomsorgskrav. Evnen til å utføre de ulike kravene er individuell, men dersom det oppstår en ubalanse mellom kapasitet og krav til egenomsorg, vil det utvikles en egenomsorgssvikt (Cavanagh, 1999, s.23-25). En person med schizofreni er altså utsatt for å oppleve svikt i egenomsorgen, og det er i følge Ververda og Bjørnstad (2018) behov for søvn og fysisk aktivitet som er blant de utsatte områdene.

I følge Holsten, Pallesen og Sivertsen (2011, s.690) kan det være positivt og nyttig med veiledning om søvn til personer med schizofreni da mange ofte er innlagt over lengre tid og da er mottagelige for tiltak vedrørende søvn. I denne oppgaven blir det tatt utgangspunkt i at personen er i en post-psykotisk fase. Dette innebærer først en periode med depressivitet, passivitet og inaktivitet som over tid kan være årsak til søvnproblemer fordi en er for lite aktiv på dagtid (von Krogh, 2005, s.112). Dette underbygger Hummelvoll (2016, s.361) som nevner hvordan mangel på motivasjon kan medføre søvnproblemer i form av økt behov for søvn. Pallesen og Bjorvatn (2016, s.198) forteller derimot hvordan mangelen på søvn kan medføre lite overskudd og mangel på motivasjon, noe som kan påvirke innsatsen i å ta hånd om sine psykiske vansker. Det kan derfor se ut til at det er ulikt hvilke problemer som oppstår først. I følge Kringlen (2011, s.306) vil forløpet til en schizofrenilidelse være varierende fra person til person der symptomene kan forandre seg. Motivasjonen er selve drivkraften til vår atferd, og det er viktig at motivasjonen vektlegges i en læresituasjon (Tveiten, 2016, s.57). Det blir derfor et viktig poeng å møte pasienten der han er (Tveiten, 2016, s.84).

I studien til Faulkner og Bee (2017, s.8) var det flere av deltakerne som ga uttrykk for ulik grad av håp og aksept. Noen så på sitt søvnproblem som en permanent diagnose de aldri ville bli kvitt, i motsetning til andre som mente at de ville klare å forbedre søvnkvaliteten så lenge de var bestemte på å klare det. Det kunne også se ut til at flere hadde akseptert sitt søvnproblem og brukte ulike strategier som humor og under- eller overdrivelse når det gjaldt søvnproblemet. Det var likevel mange som fortalte at søvnmangel kunne være en advarsel eller noe som trigget tilbakefall. Sykepleier skal i følge de yrkesetiske retningslinjene understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2016). Å etterspørre hvilken erfaring personen har og hvordan en stiller seg til egen situasjon kan si noe om hvilke holdninger og forståelsesgrunnlag han har (Tveiten, 2016, s.83).

Veiledningen skal tilpasses den enkeltes kompetanse, og helsepersonell skal lytte til hvilke behov som pasienten har (Tveiten, 2016, s.62). Dette står lovfestet i Pasient- og Brukerrettighetsloven der tjenesten skal være tilpasset den enkeltes evner til å gi og ta imot informasjon (1999, §3-1). Den skal også tilpasses forutsetninger som alder, erfaring og kultur, og gjøres på en hensynsfull måte (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). Det er likevel viktig at informasjonen ikke gis mot pasientens vilje (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). I en slik situasjon stiller jeg spørsmål til hvorvidt pasienten er «veiledbar». Frustrasjon over å ikke få sove kan innvirke og en kan ha lite interesse av å finne egne løsninger. Å møte pasienten der han er anses igjen å være et viktig poeng i veiledningen der sykepleier ser han, finner ut hva som er viktig for han, og oppnår tillit som kan bli et godt utgangspunkt for veiledningen (Tveiten, 2016, s.121)

Et samarbeid basert på kommunikasjon og gjensidig forståelse bør vektlegges da dette kan være av stor betydning for pasienten og motvirke deres passivitet og sosiale tilbaketrekning (Hummelvoll, 2016, s.351). Å se pasienten i et helhetsperspektiv er også viktig, der en lytter og klarer å lese mellom linjene. Samtidig kan det være utfordrende å få til et samarbeid der begge har forståelse for hverandre. Veilederen skal anerkjenne personens autonomi, men i noen tilfeller kan det være vanskelig dersom personen anser seg selv som ekspert og styrer samtalen. Det kan i en slik situasjon være nødvendig at veilederen blir mer bevisst på hvilke behov den andre faktisk har, der støtte er det som blir viktig for pasientens mestring (Tveiten, 2016, s.118-119).

5.2 Rammefaktorer

I en veiledningssituasjon kan det være ulike faktorer som påvirker og som derfor bør vurderes (Tveiten, 2016, s.85). Disse faktorene kan ha mye å si for hvordan veiledningen blir. Mangel på ro, gjentatte avbrytelser og ringende telefoner kan påvirke veiledningen svært negativt (Hiim & Hippe, 2009, s.182). Planlegging og vurdering av tid er også av stor betydning for å oppnå hensikten, da mangel på det kan bidra til svekket læring. Det kan være nyttig å gjøre dette i samarbeid med pasienten da dette kan gi en følelse av økt innflytelse på egen situasjon (Tveiten, 2016, s.87). Pasienten har dessuten rett til medvirkning av sine tjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Samtidig hevder flere sykepleiere fra en studie at tid er en stor utfordring (Carlbo, Claesson & Årström, 2018, s.603-604). Dette er spesielt knyttet til å utføre fysisk aktivitet med pasientene, men på bakgrunn av egen erfaring kan dette også knyttes til tid for veiledning. Begrenset tid og dårlig bemanning skapte mye stress og det ble satt høyere krav til sykepleierne (Carlbo Claesson & Årström, 2018, s.604). Dersom man kun har noen minutter til rådighet kan dette påvirke konsentrasjonen til sykepleier og reduserer kvaliteten da en blir mer opptatt av tiden enn å høre på hva den andre personen sier. Å sette av nok tid er derfor viktig for kvaliteten på veiledningen og det kan være nyttig å reflektere over hvordan tiden blir brukt (Tveiten, 2016, s.105-106).

Det er fordelaktig at veiledningen skjer på et tidspunkt der pasienten innehar en optimal konsentrasjon. En pasients konsentrasjon sentrerer ofte til det behovet som er størst, og som sykepleier blir det derfor viktig å legge merke til hva som opptar pasientens fokus (Tveiten, 2016, s.86). Pasienten kan oppleve hallusinasjoner eller vrangforestillinger, i tillegg til svekket flyt av tankegang eller manglende oppmerksomhet (Kringlen, 2011, s-304). Vurdering av varighet bør derfor også gjøres i samarbeid med pasienten da de ulike symptomene kan påvirke veiledningen (Tveiten, 2016, s.87).

Valg av rom har stor betydning for veiledningen da et rom med dårlig luft og forstyrrende elementer kan påvirke oppmerksomheten og muligheten for læring (Tveiten, 2016, s.88). Dette tenker jeg er ekstra viktig for personer med schizofreni som opplever ulike symptomer og som i seg selv kan være veldig stressende og utfordrende. Veiledningen kan imidlertid ofte skje uplanlagt, og det kan i slike tilfeller bli vanskelig å tilrettelegge omgivelsene slik det burde ha vært (Tveiten, 2016, s.88).

5.3 Mål

I følge Orem er sykepleierens mål å bidra til selvstendighet i de aktiviteter som er mulig for personen å utføre selv (Kirkevold, 2001, s.128). Dette er i tråd med Hummelvoll (2016, s.351) som hevder at et betydningsfullt mål for sykepleien er myndiggjøring, der personen blir involvert i å beskrive sitt problem og mål for egen behandling. Videre hevdes det at personens lidelse skal lindres slik at en kan få overskudd og styrke til å få et mer selvstyrt og meningsfullt liv. Målet med veiledningen er at mestringskompetansen skal økes der personen bruker tid til å tenke og reflektere på egenhånd, samt oppdage og lære nye ting. Veilederen skal altså ikke gi svar, men forsøke å hjelpe den andre til å finne svar selv (Tveiten, 2016, s.93).

At målet er konkret, tidfestet og realistisk vil skape et bedre grunnlag for å gjøre vurderinger og valg underveis, både for veilederen og pasienten (Tveiten, 2016, s.85). Positive symptomer ved schizofreni kan være utfordrende å bli kvitt, men et realistisk mål kan være å hjelpe personen til å klare å leve med dem (Martinsen, 2011, s.133). Det er likevel viktig at uansett hvor realistisk eller konkret målet er, så er det veilederens oppgave å ivareta det relasjonelle i situasjonen (Tveiten, 2016, s.85). I følge Ververda og Bjørnstad (2018) har det mye å si for utføringen av det helsefremmende arbeidet at sykepleier og pasient har en god relasjon. Dette ble også diskutert mellom sykepleiere som mente at samhandling og det å bygge en relasjon ville bidra til en økt følelse av normalitet hos pasientene (Carlbo, Claesson & Årström, 2018, s.603). Personer med schizofreni kan derimot være mer opptatt av sine egne tanker og at de skal klare seg selv. De kan kjenne på en blanding av å ønske kontakt med andre, og ha en frykt for det. Sykepleieren må derfor være åpen for pasienten sine personlige opplevelser og legge vekt på disse som kan være utgangspunkt for læringen (Hummelvoll, 2016, s.356).

Livsstilproblematikk er en stor helsetrussel og et av myndighetens mål er å bedre folkehelsen ved bruk av fysisk aktivitet. Sykepleiere har derfor en viktig oppgave med å blant annet veilede pasienten om hvilke uheldige konsekvenser som kan oppstå ved å ikke være fysisk aktiv og hvordan det kan forebygges (Skaug, 2016, s.334).

Å gjøre en person bevisst på veiledningens hensikt kan i seg selv være en del av innholdet. Det kan innebære at veilederen stiller spørsmål om hva personen er opptatt av, hva han vil bruke samtalen til, hva som er viktig å fokusere på under dagens veiledning eller hva han mener at veilederen kan bidra med for at en skal oppnå hensikten (Tveiten, 2016, s.94).

5.4 Innhold

Innholdet i læresituasjoner kan være ferdigheter, holdninger eller ny kunnskap og det skal være i sammenheng med målene (Tveiten, 2016, s.86). I denne oppgaven er hovedmålet å svare på hvordan sykepleier kan veilede personer med schizofreni til å ivareta sitt behov for søvn. Søvnvansker er nemlig vist å være et av Norges mest undervurderte folkehelseproblem (Helsedirektoratet, 2017), og det er en sterk risikofaktor for utvikling av angst og psykose (Holsten, Pallesen & Sivertsen, 2011, s.690-691). Dette kan settes i sammenheng med stress-sårbarhetsmodellen der mangel på søvn og svekket egenomsorg kan være sårbarhetsfaktorer for utvikling av psykose (Hummelvoll, 2016, s.354). I tillegg til fare for psykose er søvnvansker også vist å øke selvmordsrisikoen (Faulkner & Bee, 2017, s.2). Søvnvansker hos personer med schizofreni kan altså ha alvorlige konsekvenser for en persons liv og det er sykepleiers ansvar å fremme søvn hos pasienten (Ververda & Bjørnstad, 2018).

5.4.1 Faktorer som påvirker søvnen

I en studie beskrives det 12 ulike faktorer som kan frembringe søvnproblemer hos personer med schizofreni. To av faktorene er mangel på dagaktivitet og forstyrret døgnrytme. Å ikke ha noen planlagte dagaktiviteter kan redusere motivasjonen til å stå opp om morgenen og føre til at pasienten sover mye på dagtid. Dette kan redusere den dype søvnen om natten og gi dårligere humør (Waite et al., 2015, s.277). Etter en psykose med mye søvnløshet kan pasienten ha behov for å sove mye for å forhindre nye tilbakefall eller for å takle sine psykotiske symptomer. Dette kan derimot gjøre det vanskeligere å sove den neste natten, og bli en ond sirkel der det veksler mellom for mye og for lite søvn, og stor variasjon til når en legger seg og når en står opp (Waite et al., 2015, s.281). Dagslys og regelmessige miljøforandringer er en del av reguleringen av døgnrytmen. At gardinene er trukket for hele dagen på grunn av paranoia er et eksempel på lite kunnskap om dette (Faulkner & Bee, 2017, s.12). Samspillet mellom den homeostatiske faktoren og døgnrytmefaktoren er av stor betydning for reguleringen av søvn. Likevel er begge ofte i en ubalanse, der vaner og atferd spiller en stor rolle (Holsten, Pallesen & Sivertsen, 2011, s.688). En gåtur om morgenen vil ikke bare sikre aktivisering og eksponering for dagslys, men vil også forbedre døgnrytmen (Waite et al., 2015, s.277). Dette er i tråd med studien som ble gjort i Sverige der sykepleierne rapporterte hvordan fysisk aktivitet kunne se ut til å gi økt grad av søvnkvalitet hos personer med schizofreni (Carlbo, Claesson & Årström, 2018, s.605).

5.4.2 Fysisk aktivitet som selvhjelpsmetode

Selvhjelpsmetoder for søvn kan være en del av bedringsprosessen med læring og selvpoppdagelse. Læringen kan inkludere kunnskap om søvn og ulike selvhjelpsmetoder, samt egen vurdering av hvilke behov en har og bestemme tiltak ut i fra dette (Faulkner & Bee, 2017, s.11). Fysisk aktivitet kan fungere som en selvhjelpsmetode der personer selv kan ivareta sin psykiske helse (Helsedirektoratet, 2010, s.4). Balanse mellom aktivitet og hvile er viktig for forebygging av utmattelse og stress (Cavanagh, 1999, s.20). Fysisk aktivitet kan bidra til bedre søvnkvalitet, mer overskudd og mindre stress. Det virker også positivt for pågangsmot og selvbilde (Helsedirektoratet, 2010, s.8). Fysisk aktivitet som behandlingsmetode er derimot ikke bevist å ha noen spesiell effekt for de med schizofreni (Helsedirektoratet, 2010, s.10). Det er imidlertid vist å redusere negative symptomer, i motsetning til de positive symptomene som er vanskelig å bli kvitt (Martinsen, 2011, s.132). Likevel hevder Helsedirektoratet (2010, s.10) at fysisk aktivitet kan bidra som en demper og distraksjon fra de psykotiske symptomene, der pasienter har gitt uttrykk for at hallusinasjonene ble mindre plagsomme når de var aktive. Slike tilfeller kan være en ledetråd til mer læring, der en for eksempel kan stille reflekterende spørsmål vedrørende stemmene som svekkes ved aktivitet. Er de egentlig så farlige som de virker? Stemmene kan på denne måten oppleves og tolkes på andre måter, noe som kan gjøre det lettere for personen å leve med (Martinsen, 2011, s.136).

I studien til Faulkner og Bee (2017, s.7) var det en felles prioritet for pasientene å kunne fungere på dagtid, men mangel på søvn kunne komme i veien for dette i form av redusert dagfunksjon med forverring av symptomer. På den ene siden kan det være utfordrende for sykepleiere å motivere personer med schizofreni til å utføre fysisk aktivitet, da de lett kan miste motivasjonen underveis. På den andre siden har sykepleierne en stor innvirkning på pasientens motivasjon. Dette kan tilknyttes stress-sårbarhetsmodellen der sykepleiere spiller en viktig rolle i å aktivisere pasientene for å skape et større forsvar mot deres egen sårbarhet. Det kan se ut til at dette gir pasienter større mulighet for mestring av egen situasjon, da de ser på sin egen lidelse som en reaksjon på en sårbarhet (Carlbo, Claesson & Årström, 2018, s.604). Det er mye stigma og selvstigma rundt schizofreni og det kan påvirke måten en ser på seg selv på og hva en tror at andre tenker om en. Stigmatisering består samtidig av mye antakelser, og det viktigste virkemiddelet mot det er kunnskap (Thorsen & Bjørnstad, 2011, s.69). Mestring av egen lidelse og sårbarhet kan derfor tenkes å ha en stor innvirkning på motivasjon og selvbildet.

5.4.3 Konsekvenser av lidelsen

Personer med schizofreni er utsatt for å utvikle metabolske bivirkninger som følge av medisiner og inaktivitet (Carlbo, Claesson & Årström, 2018, s.601). Overvekt er vanlig og kan være problematisk, i tillegg til at blodsukkeret kanskje stiger og det kan oppstå en ugunstig endring av fettstoffer i blodet. Det er en økt dødelighet og redusert forventet levealder på minst ti år, der kardiovaskulære sykdommer og diabetes spiller en stor rolle (Martinsen, 2011, s.130-131). Søvnapne er også noe som kan oppstå som følge av overvekt og medisiner (Holsten, Pallesen & Sivertsen, 2011, s. 690). Det er lite tvil om at fysisk aktivitet bidrar til å forebygge ulike sykdommer, både fysiske og psykiske. I 2003 ble det innført fysisk aktivitet på resept, der leger og annet helsepersonell ordinerer råd om fysisk aktivitet til de som er i risiko for overvekt og livsstilssykdommer (Lerdal & Grov, 2016, s.828). Til tross for dette kan det se ut til at det er lite fokus på kroppen i den psykiatriske behandlingen (Martinsen, 2011, s.27). Sykepleiere mener at årsaken til dette er mangel på kunnskap om effekten av fysisk aktivitet (Carlbo, Claesson & Årström, 2018, s.605). Fra pasientene sin side er det ønskelig med mer kunnskap om selve kroppen og personlig veiledning til fysisk aktivitet (Martinsen, 2011, s.27). Carlbo, Claesson og Årström (2018, s.605) hevder hvor viktig det er med dedikerte sykepleiere for å beholde interessen og motivasjon hos pasientene. Derimot var det flere sykepleiere som ikke var spesielt engasjerte til fysisk aktivitet, og det var en tydelig sammenheng mellom hvem som var på jobb og hvor fysisk aktive pasientene var i løpet av en dag (Carlbo, Claesson & Årström, 2018, s.605). Det er derfor viktig at det spres kunnskap om effekten av fysisk aktivitet ved psykiske lidelser til ansatte som jobber i psykisk helsevern slik at det får et større fokus (Helsedirektoratet, 2010, s.4).

5.4.4 Svekket funksjonsnivå

Egenomsorgssvikt har tre begrensinger og begrenset evne til å utføre de handlingene som gir resultater er en av dem (Kirkevold, 2001, s.132-133). Dette ser jeg for meg at kan sammenlignes med mangel på fysisk aktivitet og søvn. Søvnighet kommer ofte som følge av tretthet etter dagens arbeid eller fysisk aktivitet (Bastøe & Frantsen, 2016, s.348). Personer med schizofreni har ofte et svekket funksjonsnivå når det gjelder jobb, skole og sosialt, og det er kun et fåtall som mestrer å ha en vanlig betalt jobb (Martinsen, 2011, s.130). Det bør derfor legges vekt på samarbeid og diverse aktiviteter som kan gi mening og som støtter personens dagligdagse funksjonsevne. Dette inkluderer veiledning for bedre ivaretagelse av egenomsorg

og sosialt liv (Hummelvoll, 2016, s.351). Dersom en finner en aktivitet der en får kontakt med andre mennesker og oppnår et sosialt miljø kan dette bidra til økt livskvalitet, da det kan gi et meningsfullt innhold til livet (Martinsen, 2011, s.132). Dette kan også påvirke homeostasen da en får et økt søvnbehov ved å være våken over lenger tid (Pallesen & Bjorvatn, 2016, s.199). I tillegg at man kommer seg opp av sengen og kanskje lærer å kun benytte den til søvn og dermed får en bedre assosiasjon til sengen (Waite et al., 2015, s.274).

5.4.5 Ulike aktiviteter og tilrettelegging

Fysisk aktivitet trenger ikke være organisert trening og det er viktig at alle typer av fysisk aktivitet fremmes i hverdagen (Mæland, 2016, s.188). Aktivisering av de store muskelgruppene er det som anbefales og det kan for eksempel gjøres ved å sykle, svømme eller å gå en tur, for eksempel til og fra butikken (Skaug, 2016, s.334-335). Sosiale utfordringer er et kjent problem for mennesker med schizofreni. Å være med på lagsport med andre individer vil kunne sikre både sosial interaksjon og god fysisk bevegelse (Carlbo, Claesson & Årström, 2018, s.603). Ulike former for dans kan også bidra til god trening og økt motivasjon der musikk kan gi en større lyst til å bevege seg (Helsedirektoratet, 2010, s.16). Samtidig er det flere med alvorlige psykiske lidelser som har vært svært lite i fysisk aktivitet og som dermed har en dårlig fysisk form. I slike tilfeller kan det være nyttig med hjelp for å komme i gang og helsepersonell spiller en viktig rolle med å tilrettelegge for dette (Helsedirektoratet, 2010, s.4).

Tid og ressurser er derimot en utfordring for utførelsen av fysisk aktivitet (Carlbo, Claesson & Årström, 2018, s.603-604). For hvordan kan egentlig sykepleiere tilrettelegge for fysisk aktivitet? Sykepleiere mener fysisk aktivitet på resept kan bidra til at fysisk aktivitet blir en del av behandlingen (Carlbo, Claesson & Claesson, 2018, s.605). Det kan tenkes at dette gir bedre muligheter for nok tid til fysisk aktivitet da dette blir prioritert som en del av et behandlingsforløp. I følge Helsedirektoratet (2010, s.6) er det ledelsen sitt ansvar å legge til rette for at det settes av nok tid og ressurser til fysisk aktivitet. Dette forutsetter også økt kunnskap hos de ansatte som ledelsen har ansvar for å formidle. Samtidig har sykepleiere et eget ansvar om å holde seg faglig oppdatert. Dette er både lovfestet i Helsepersonelloven §4 (1999) om forsvarlighet og er en av de yrkesetiske retningslinjene, som også viser til et ansvar om å videreformidle den nye kunnskapen slik at den blir utført i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2016).

5.4.6 Kartlegging av søvn

Det er individuelt for hver enkelt hva som kan forbedre søvnen og i noen tilfeller er det kun noen små endringer som skal til (Ververda & Bjørnstad, 2018). Kartlegging av søvnvaner og søvnmønster kan derfor være nyttig for å vite hvilke forhold som skal tilrettelegges. Spørsmål som sykepleier kan stille da kan for eksempel være om pasienten kan beskrive sitt søvnproblem eller fortelle hva en har mest problemer med, og deretter stille mer utdypende spørsmål relatert til pasientens situasjon (Bastøe & Frantsen, 2016, s.357-358). Endring av søvnvaner kan derimot være utfordrende og ta tid, noe som gjør at pasienten kan ha veldig behov for hjelp fra sykepleier til å ivareta motivasjonen gjennom denne prosessen (Ververda & Bjørnstad, 2018). Samtidig er pasienten i en post-psykotisk fase som kan innebære en depresjon (von Krogh, 2005, s.111). En kan være lite mottakelig for informasjon (Helsedirektoratet, 2010, s.12) og ser muligens ikke noe mening med eller behov for endring (Ververda & Bjørnstad, 2018). For at pasienten skal kunne benytte seg av sin autonomi og kunne ta egne valg, forutsetter det at en har fått nødvendig og tilpasset informasjon med de fordeler og ulemper som følger ved å ta et valg (Brinchmann, 2016, s.89-90). Målet kan da være å heller utforske hvilket syn pasienten har til fysisk aktivitet, der en forsøker å øke bevisstheten rundt inaktiviteten og få et innblikk i hvilke kunnskaper pasienten har til fysisk aktivitet og effekten av det (Helsedirektoratet, 2010, s.12). Ro og skjerming i starten kan være nødvendig der en etter hvert forsøker å motivere pasienten til fysisk aktivitet (Thorsen & Johannesen, 2013, s.68). Det kan tenkes at dette kan bidra til en raskere overgang fra post-psykotisk depresjon til restitusjonsfasen dersom sykepleier klarer å motivere pasienten til å være fysisk aktiv over tid.

5.4.7 Forebygging av tilbakefall

I følge Spesialisthelsetjenesteloven skal tjenesten bidra til å fremme folkehelse, og forebygge skade og sykdom (1999, §2-1a). Dette innebærer diagnostikk og behandling, men gjelder også sekundærforebygging der det tilbys veiledning og rådgivning knyttet til for eksempel fysisk aktivitet der hensikten er atferdsendring (Mæland, 2016, s.218). Veiledning er altså en viktig del av det forebyggende arbeidet. Schizofreni er en lidelse som påvirker den fysiske formen negativt og gjør at personen blir fysisk inaktiv, men årsakene til selve lidelsen er uklare og derfor vanskelig å forebygge (Martinsen, 2011, s.131). Tilbakefall er derimot mulig å forebygge, og er et av målene ved det sykdomsfrembyggende arbeidet

(Mæland, 2016, s.16). Bekymring for tilbakefall og at en ikke skal klare å håndtere sine psykotiske symptomer kan være årsak til søvnproblemer. Kroppen klarer ikke å slappe av og det kan være en trigger til angst (Waite et al., 2015, s.285). Tilbakefall bør betraktes som en helt normal del av endringsprosessen (Helsedirektoratet, 2010, s.14). Å gå gjennom tidligere tilbakefall og finne ut hvilke situasjoner som påvirket kan gi informasjon om hva som kan forebygges for å unngå et nytt tilbakefall (Waite et al., 2015, s.285). Dersom en da blir klar over hvilke situasjoner som kan trigge og klarer å kjenne det igjen når disse oppstår, kan det øke sannsynligheten for at en klarer å unngå tilbakefall (Mæland, 2016, s.119). Dette kan bidra til at en lærer av sine feil og oppnår en økt mestringfølelse (Helsedirektoratet, 2010, s.14).

5.5 Valg av læringsmetode

Valg av læringsmetode skal vurderes i sammenheng med forutsetninger, rammefaktorer, mål og innhold (Tveiten, 2016, s.88). Når metode skal velges er det hensiktsmessig å stille spørsmål til hvilke arbeidsmåter som kan tenkes å være gode for pasienten, om den ivaretar innholdet for læringen og om det kan være positivt med kombinasjon av ulike metoder (Hiim & Hippe, 2009, s.109).

Veiledning er en nyttig metode som lar personen ta egne valg og vurdere selv, med hjelp fra helsepersonell. Det er en god samarbeidsmetode og henger ofte sammen med støtte-metoden. Å støtte en annen går ut på mye av det samme som veiledning, men skal da unngå at pasienten tar uheldige eller urealistiske valg for seg selv. En sykepleiers støtte kan være tilstedeværelse eller noen ord som bidrar til at en person kommer seg opp av sengen og ut på en gåtur. Det er ikke alltid like mye behov for dialog, i motsetning til veiledning som er avhengig av en god dialog mellom begge parter. Begge metodene krever derimot at pasienten har evne og motivasjon til å utføre de aktuelle handlingene på egen hånd (Orem, 2001, s.57-58). Det blir derfor viktig å vurdere de ulike forutsetningene og møte pasienten der han er (Tveiten, 2016, s.88).

Norske pasienter er stort sett fornøyde med behandlingen de får, men ønsker mer informasjon om blant annet hvordan de kan forebygge tilbakefall. Pasientundervisning er derfor et godt tiltak der pasienten får nødvendig informasjon om dette (Mæland, 2016, s.126). Undervisning er en nyttig metode dersom pasienten er åpen for læring og ønsker økt kunnskap. Det

forutsetter at sykepleieren er klar over hva pasienten trenger å vite og hvilken bakgrunn han har (Orem, 2001, s.59-60). Dette er derimot noe som ofte må følges opp og blir sjeldent gjort bare én gang. Mangel på tid og ressurser er et kjent problem på sykehus og det kan bli en utfordring med for mye informasjon på en gang som pasienten ikke klarer å ta til seg der og da (Mæland, 2016, s.126-127). Selvhjelp kan da være en annen metode der pasienten lærer å gjøre aktiviteter på egen hånd, og som kan bidra i en del av bedringsprosessen (Faulkner & Bee, 2017, s.11). Samtidig er det igjen viktig å vurdere pasienten sine forutsetninger for læring (Tveiten, 2016, s.88). På den ene siden kan selvhjelpsmetoder bidra til økt kunnskap og selvoppdagelse, der en lærer nye ting og får muligheten til å finne ut hva som passer best for sin egen del (Faulkner & Bee, 2017, s.11). På den andre siden kan pasienten ha manglende motivasjon til å utføre selvhjelp over tid (Carlbo, Claesson & Årström, 2018, s.604). Motivasjon er en viktig del av læreprosessen og man er avhengig av dette for at læringen skal være god og varig (Hiim & Hippe, 2009, s.112). Mange deltakere fra studien til Faulkner og Bee (2017, s.11) ga uttrykk for at de hadde behov for støtte fra andre for å klare å oppnå atferdsendring, ofte på grunn av lite selvdisiplin. Kanskje er det derfor behov for at sykepleierne fortsetter å bruke ulike strategier for å motivere pasientene (Carlbo, Claesson & Årström, 2018, s.604).

Gruppebaserte metoder kan være en fin mulighet for pasienter å dele erfaringer (Mæland, 2016, s.128) og det bidrar til sosial interaksjon mellom pasientene (Carlbo, Claesson & Årström, 2018, s.603). Det er effektivt og kan bidra til økt grad av egenomsorg for pasienter med kroniske lidelser (Mæland, 2016, s.128). Det er derimot viktig å understreke at de andre deltakerne i gruppen ikke har en juridisk taushetsplikt i motsetning til helsepersonell, og det er derfor viktig at pasienten er oppmerksom på hva en deler med de andre (Tveiten, 2016, s.165). Samtidig ser jeg for meg at det kan være problematisk med alle symptomene og inntrykkene som påvirker en persons tilstand og oppmerksomhet. Kanskje kan det på bakgrunn av dette være mest hensiktsmessig å kun jobbe individuelt med pasienten? Tveiten (2016, s.88) hevder imidlertid at en kombinasjon av flere metoder kan være nyttig for å oppnå hensikten. En kan da vurdere hvorvidt en kombinasjon av gruppebasert og individuell veiledning eller undervisning vil være et godt alternativ for personen (Hiim & Hippe, 2009, s.109).

5.6 Vurdering

Etter veiledningen får sykepleier og pasient en god mulighet for refleksjon og til å dele sin forståelse av innholdet der begge kan komme med sine tanker til hva som skal skje videre, hva som kan gjøres bedre til neste gang eller hva som kunne vært annerledes (Tveiten, 2016, s.98). Dette er en viktig prosess som kan gi en større forståelse for det aktuelle problemet og hvordan man skal forholde seg til det, og det kan bidra til å styrke relasjonen mellom sykepleier og pasient (Hummelvoll, 2016, s.353).

Personer med schizofreni har vist å ha en svært god effekt av å få mer kunnskap om sin sykdom (Thorsen & Johannessen, 2011, s.69). Samtidig er søvnproblemer et 24-timers problem på lik linje som schizofreni (Holsten, Pallesen & Sivertsen, 2011, s.691) og som det har blitt belyst i oppgaven er dette noe som innebærer mange ulike symptomer. Sett i lys av dette skal sykepleier bidra til å fremme helse, forebygge sykdom og lindre lidelse (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Motivasjon er en viktig del av prosessen og er spesielt viktig i startfasen av en endring (Ververda & Bjørnstad, 2018). I dårlige perioder kan det derfor være nødvendig med motiverende samtaler eller støtte i ulike situasjoner, og det er viktig at sykepleier ofte kommer med råd, støtte og konstruktive løsninger (Helsedirektoratet, 2010, s.24).

Slik jeg ser det er det altså flere ting som sykepleier må ta hensyn til og tilrettelegge for, og pasienten sine forutsetninger har mye å si for innholdet i veiledningen og hva som er aktuell læringsmetode. At sykepleier har en tillitsfull relasjon til pasienten, som er basert på kommunikasjon og forståelse, er et gjennomgående viktig poeng som må prioriteres (Hummelvoll, 2016, s.351). Samtidig kan det tenkes at det ikke bare er én pasient som har behov for veiledning og motivasjon i hverdagen, der sykepleiere kan oppleve å ikke strekke til og at det er for lite tid. Ansvar for å veilede og fremme fysisk aktivitet skal derimot ikke falle kun på enkeltpersoner. Det er flere som kan ha ansvaret for dette (Helsedirektoratet, 2010, s.6). Kanskje kan det være en god løsning å dele på ansvaret med for eksempel en fysioterapeut, helsefagarbeider eller noen andre?

6. Avslutning

I denne oppgaven har jeg fått en større forståelse for schizofreni og hvordan problemer med søvn kan påvirke lidelsen i svært negativ grad. Ved hjelp av fag- og forskningslitteratur har det blitt belyst hvor viktig det er at søvnproblemene får et større fokus, da det kan ha store konsekvenser for en persons liv. Blant annet inaktivitet, ustabil døgnrytme og det kan øke risikoen for psykose. Fysisk aktivitet er et godt tiltak for bedring av søvn, stabilisering av døgnrytme og er forebyggende mot livsstilssykdommer. Det har derimot lite bevist effekt på selve schizofrenilidelsen. Samtidig er det mye som tyder på at det kan fungere som en distraksjon fra hallusinasjoner, og kan dessuten bidra til økt livskvalitet.

Sykepleiere spiller en viktig rolle med å informere og veilede personer med schizofreni slik at de får økt kunnskap om lidelsen, konsekvenser av den og hvordan det er mulig å oppnå bedring. Like viktig er det at pasienten får medvirke i denne prosessen og får muligheten til å ta egne valg. Det er derimot ikke noe som tilsier at en atferdsendring skjer over natten. Det er en lang og krevende prosess, og tilbakefall er en naturlig del av dette. En tillitsfull relasjon mellom pasient og sykepleier er viktig for å opprettholde motivasjon hos personen med schizofreni. Økt kunnskap blant helsepersonell om søvnproblemer hos personer med schizofreni, og effekten av fysisk aktivitet er viktig for å forebygge en rekke konsekvenser. Sykepleiere har derfor et ansvar med å både tilegne seg ny kunnskap og forskning, og til å videreformidle det slik at det kan bli tilrettelagt og utført i praksis.

Referanser

Bakken, L.N. (2015). Søvn. I E.K. Grov & I.M. Holter (Red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5.utg, s.839). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Bastøe, L.K.H. & Frantsen, A.M. (2016). Behovet for søvn og hvile. I N. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.A., Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov*. (3.utg, s.348-350, s.357-358, s.361). Oslo: Gyldendal Akademisk

Brataas, H.V. (2011). Pasientsentrert sykepleiepedagogisk praksis. I H.V. Brataas (Red.) *Sykepleiepedagogisk praksis – pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brinchmann, B.S. (2016). De fire prinsippers etikk. I B.S. Brinchmann (Red.). *Etikk i sykepleien*. (4.utg, s.89-90). Oslo: Gyldendal Akademisk

Carlbo, A., Claesson, H.P. & Årström, S. (2018). Nurses experiences in using physical activity as complementary treatment in patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 39(7), 600-607. Hentet fra: <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1429508>

Cavanagh, S.J. (1999). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg, s.158). Oslo: Gyldendal akademisk

Faulkner, S. & Bee, P. (2017). Experiences, perspectives and priorities of people with schizophrenia spectrum disorders regarding sleep disturbance and it's treatment: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 17(158). Hentet fra: <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1329-8>

Helsedirektoratet. (2017). *Søvn og søvnvansker*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/sovn-og-sovnvansker>

Helsedirektoratet. (2010). *Fysisk aktivitet og psykisk helse*. Hentet fra:
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-om-tilrettelegging-og-planlegging-av-fysisk-aktivitet-for-mennesker-med-psykiske-lidelser-og-problemer>

Helsenorge. (2018). *Frivillig psykisk helsevern*. Hentet fra:
<https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/psykisk-helsevern/frivillig-psykisk-helsevern>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. (LOV-07-02-64). Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Hiim, H. & Hippe, E. (2009). *Undervisningsplanlegging for yrkesutøvere*. (3.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Holsten, F., Pallesen, S. & Sivertsen, B. (2011). Søvnforstyrrelser ved psykiske lidelser. *Tidsskriftet – den norske legeforening*, 11(7) 688-691. Hentet fra:
<https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2011--688-91.pdf>

Hummelvoll, J.K. (2016). *Helt – ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7.utg) Oslo: Gyldendal Akademisk

Kaskie, R.E., Graziano, B. & Ferrarelli, F. (2017). Schizophrenia and sleep disorders: links, risks, and management challenges. *Nature and science of sleep*. 2017(9). 227-239. Hentet fra: <https://doi.org/10.2147/NSS.S121076>

Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kringlen, E. (2011). *Psykiatri*. (10.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra:
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Lerdal, A.V. & Grov, E.K. (2015). Aktivitet. I E.K. Grov & I.M. Holter (Red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5.utg, s.819-822, 828). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Martinsen, E.W. (2011). *Kropp og sinn*. (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget
Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus*. (5.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Mæland, J.G. (2016). *Forebyggende helsearbeid – folkehelsearbeid i teori og praksis*. (4.utg.) Oslo: Universitetsforlaget.

Nordtvedt, P. (2008). *Sykepleiens grunnlag - historie, fag og etikk*. (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget

Norsk helseinformatikk. (2018). *Schizofreni – omfang og betydning*. Hentet fra: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/schizofreni/schizofreni-forekomst/>

Norsk helseinformatikk. (2017). *Hva er søvn?* Hentet fra: <https://nhi.no/kroppen-var/funksjoner/hva-er-sovn/>

Norsk Rikskringkasting. (2017). *Helene sjekker inn*. Hentet fra: <https://tv.nrk.no/serie/helene-sjekker-inn/2017/MDHP12700117>

Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Norsk sykepleierforbund. (2008). *Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/Content/135904/Sykepleie%25202008.pdf>

Orem, D.E. (2001). *Nursing concepts of practice*. (6.utg). St. Louis: Mosby.

Pallesen, S. & Bjorvatn, B. (2016). Søvnlidelser. I R. Hagen & L.E.O. Kennair (Red.) *Psykiske lidelser*. (s.198-199). Oslo: Gyldendal akademisk

Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stanicke, E. (2016). *Psykatrieboken: sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Skaug, E. A. (2016). Aktivitet. I N. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.A., Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov*. (3.utg, s.334-335). Oslo: Gyldendal Akademisk

Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk*. (6.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk

Spesialisthelsetjenesten. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialist>

Thorsen, G.B & Johannessen J.O. (2013). *Schizofreni*. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning.

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. (2.utg). Oslo: Fagbokforlaget

Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk*. Oslo: Fagbokforlaget

Ververda, J. & Bjørnstad, M.M. (2018). Slik kan sykepleiere bedre helsen til personer med schizofreni. *Sykepleien fagutvikling*. Hentet fra: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.65895>

Von Krogh, G. (2005). *Begreper i psykiatrisk sykepleie – sykepleiediagnoser, ønsket pasientstatus og sykepleieintervensjoner*. (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Waite, F., Myers, E., Harvey, A.G., Espie C.A. Startup, H., Sheaves, B. & Freeman, D. (2015). Treating sleep problems in patients with schizophrenia. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 44(3) 273-287. Hentet fra: <https://doi.org/10.1017/S1352465815000430>