



# Att leva med schizofreni

En litteraturstudie

# Living with schizophrenia

A literature review

**Maria Barman**

**Emma Ekebjär**

Kurs: O0009H, Examensarbete

Termin: VT17

Sjuksköterskeprogrammet: 180 hp

Handledare: Eija Jumisko

Att leva med schizofreni  
En litteraturstudie  
Living with schizophrenia  
A literature review

Maria Barman

Emma Ekebjär

Avdelningen för omvårdnad  
Institutionen för hälsovetenskap  
Luleå Tekniska Universitet

### **Abstrakt**

Schizofreni beskrivs som ett svårt psykiatriskt tillstånd och en komplex gåta. Det är inte en vanlig sjukdom men den utgör en av de mest betungande och kostsammaste i världen. Sjukdomen medför en ofrivillig isolering, ett outhärdligt lidande samt osäkerhet till livet i stort. Sjuksköterskor har en central roll i mötet med dessa patienter och för dess tillfrisknande. För detta krävs det att man förstår samt tar del av patientens unika livsvärld. Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva upplevelsen av att leva med schizofreni. Den systematiska litteratursökningen resulterade i 15 stycken vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats. Dessa analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys med fokus på det manifesta. Fem stycken slutkategorier kunde slutligen presenteras: att uppleva en förändrad verklighet, att uppleva maktlöshet och sociala utmaningar, att uppleva trygghet i sjukvården, att känna sig älskad och finna gemenskap samt att uppleva hopp och finna copingstrategier. Resultat visade att personer med schizofreni upplevde ensamhet till följd av förlorad självkontroll samt stigmatisering. Den förlorade kontrollen över tillvaron resulterade även i en känsla av maktlöshet. Slutsatser av denna litteraturstudie var att ökad kunskap gällande sjukdomen har en positiv inverkan på individens livskvalité. Kunskap avser så väl personens egen kunskap samt omgivningens förståelse för hur denna sjukdom ter sig.

**Nyckelord:** Schizofreni, inifrånperspektiv, litteraturstudie, kvalitativ innehållsanalys, upplevelser, omvårdnad.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen skall vård ges på samma villkor och med respekt för alla människors lika värde. Det innebär att alla människor oavsett kön, etnicitet, religiös tillhörighet samt ekonomisk situation har rätt till en god och kvalitetssäkrad sjukvård (Hälso- och sjukvårdslagen [HSL], SFS 1982:763, 2a §). Trots detta finns stora skillnader mellan individer i samhället. I mötet med hälso- och sjukvården har forskning visat att individer som lever med schizofreni riskerar sämre hälsa till följd av att de inte får en adekvat sjukvård. Dessa människor får inte bara en sämre somatisk sjukvård, de drabbas även i större utsträckning av allvarliga och livshotande komplikationer till följd av sin diagnos samt är överrepresenterade i självmordsstatistiken (Socialstyrelsen, 2011).

Schizofreni är en psykosjukdom. En psykos definieras som ett tillstånd av gravt störd verklighetsuppfattning. Psykoser kan pågå under allt ifrån några timmar till hela livet. Att leva med schizofreni innebär en förvriden och störd verklighet. Diagnosen innefattar specifika symtom vilka delas in i positiva och negativa. De positiva symtomen beskrivs som förvrängningar eller förstärkningar av normala funktioner. Dessa innefattar vanföreställningar gällande; röster, smak, lukt samt syn. Ett osammanhängande tal och avvikande rörelsemönster är även vanligt. De negativa symtomen yttrar sig i känslomässig utslätning vilket innebär obetydlig mimik samt minimalt kroppsspråk. Talet hos dessa individer är ofta monotont, livlöst och med ett fattigt ordförråd. Den kognitiva förmågan är även nedsatt och intresset för omvärlden är obefintligt. Individen drar sig undan och blir försjunken i sina egna tankar. Negativa symtom utgör en sämre prognos för tillfriskande hos individer med schizofreni (Allgulander, 2014, s. 127).

Symtomen skall vara påtagligt funktionsbegränsande samt pågått under minst sex månader för att diagnosen skall kunna fastställas. Sjukdomens orsak är ännu inte fastställd men det finns ett klart samband mellan arv och miljöfaktorer (Allgulander, 2014, s. 127-130). Det är beräknat att över 21 miljoner människor världen över har diagnosen men mörkertalet är mycket stort. Sjukdomen går att lindra och i vissa fall även bota helt. Detta med hjälp av effektiva behandlingsmetoder av läkemedel samt psykosocialt stöd. Över 50 % saknar dock adekvat vård (World Health Organization [WHO], 2016).

Samhällets syn på psykisk ohälsa har förändrats under historiens gång och i brist på vetenskapligt underlag har psykiatrisk vård präglats av en experimentell syn på oetisk grund (Qvarsell, 2001, s.101–113). Begreppet psykisk ohälsa beskrivs som ett samlingsnamn för både mindre allvarliga symtom så som oro, ångest och nedstämdhet till mer allvarliga symtom vilka

medför kriterier för psykiatrisk diagnos (Bremberg & Dalman, 2015). Att förstå och förklara psykiska sjukdomar samt integrera tillstånden inom de medicinska ramarna har under årens lopp involverat kulturer över hela världen. Genom historien har personer med psykisk sjukdom klassificeras med oprofessionella termer som galna, oberäknliga och farliga vilket har medfört en stigmatisering i samhället (Collier, 2008). Stigmatisering innebär att tillskriva människor missvisande egenskaper. Detta till följd av okunskap, samhällets attityder, normer samt förväntningar. Särskilt utsatta för stigmatisering i samhället är människor som lever med schizofreni. Detta yttrar sig vanligen genom socialt avståndstagande, misstro, rädsla eller upplevd diskriminering hos personer som lever med sjukdomen (Schulze & Angermeyer, 2003). Att leva med psykisk sjukdom beskrivs som dubbla bördor. Detta då individen först måste lära sig acceptera och leva med sin sjukdoms symtom, något som gör att personen sällan uppnår en tillfredställande livskvalitet samt självständighet. Därefter måste individen dessutom uppleva omgivningens nedvärderande och fördomsfulla förakt (Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005).

Studier (De Jacq, Norful & Larson, 2016) visar att personer som lever med schizofreni upplever att sjukvårdspersonalens attityder samt stigmatisering utgör ett stort hinder i mötet med hälso- och sjukvården. Det är något som skapar negativa vårdrelationer vilket leder till bristande följsamhet i behandlingen (ibid.). Även rädsla för långvariga behandlingsstrategier samt hospitalisering medför att individer med schizofreni inte uppsöker adekvat sjukvård. Det finns en problematik med detta menar Catts och O'Toole (2016) vilka beskriver att denna avsaknad av vård kan få livshotande konsekvenser. Detta då medicinering vid första gångs psykoser är en livräddande åtgärd och något som förhindrar återfall. Det handlar om en bestämd omsorg för patientens liv och behandlingen bör inte underskattas. Det finns en stor fara med att inte söka vård vid schizofreni då tidig diagnostisering samt tidiga behandlingsåtgärder är avgörande för sjukdomens prognos. Försenade behandlingsåtgärder mot psykoser kan leda till katastrofala följder för den enskilda individen. Som sjukvårdsutbildad personal måste man därför informera patienten samt närstående med faran med att låta bli att söka hjälp för sina symtom vid eventuell vårdkontakt (Catts & O'Toole, 2016).

Det är av stor vikt att skapa en följsamhet i behandlingen genom att göra patienten delaktig menar Stuart, Anthony och Chesson (2010). Författarna menar att man genom att ta del av patientens perspektiv skapar förutsättning för en förtroendefull vårdrelation vilket på sikt bidrar till en förbättrad följsamhet (ibid.). Även Svensk sjuksköterskeförening (SSF, 2016) menar att man genom att tillämpa en personcentrerad omvårdnad där patientens behov sätts i centrum framför sjukdomen kan ge individen bästa tänkbara förutsättningar i relation till sin egen hälsa.

SSF (2016) beskriver ohälsa som ett hot mot självet. Eftersom ohälsa skapar en distans mellan vad vi vill och vad kan göra (ibid.). En personcentrerad omvårdnad innefattar ett holistiskt synsätt där hela individens behov prioriteras och tillgodoses. Omvårdnaden bygger på att bemöta patienten med en öppenhet, individen ses som värdefull och kompetent samt vara lyhörd för eventuella önskemål. Denna omvårdnad innebär en vilja att förklara och förutse patientens behov utifrån individens sammanhang och livshistoria. Individen ses i sin helhet och inte bara som en diagnos eller ett tillstånd (SSF, 2016).

Forskning inom omvårdnad av personer med schizofreni har hitintills inte fokuserat på ett inifrånperspektiv. Därmed har människors verkliga känslor och upplevelse i dess kontext tagit skada. Det är därför av största vikt att omvårdnadsforskningen beträffande personer med schizofreni skiftar paradig. Detta för att inta ett holistiskt synsätt med människan unika livsvärld i fokus (Thornicroft, Brohan, Rose, Sartorius & Leese, 2009). Sjuksköterskors roll är att stödja individens upplevelse av hälsa trots sjukdom. För att kunna möjliggöra detta krävs ett inifrånperspektiv, vilket beskriver människans subjektiva och unika upplevelse av ett fenomen. Med ett inifrånperspektiv kan sjuksköterskor bättre förstå individuella behov, upplevelser samt hur sjukdom förändrar människan (Wiklund Gustin, 2014, s. 26–27). Detta blir en utmaning i mötet med människor som lever med schizofreni då deras förmåga att förmedla känslor samt upplevelser kan vara begränsade.

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva upplevelsen av att leva med schizofreni.

## Metod

För att beskriva personers upplevelse av att leva med schizofreni tillämpades en kvalitativ metod i denna litteraturstudie. Kvalitativ forskning syftar till att beskriva och förstå människors levda erfarenheter av en situation eller ett fenomen i dess naturliga miljö och kontext. Forskningen avspeglar ett inifrånperspektiv med fokus på individens unika upplevelse (Holloway & Wheeler, 2010, s. 10–11). En litteraturstudie syftar till att kritiskt granska evidens utifrån befintlig forskning inom ett område vilket ligger till grund för studiens syfte (Polit & Beck, 2012, s. 95).

## Litteratursökning

Inledningsvis genomfördes pilotsökningar i syfte att säkerställa att vetenskaplig litteratur fanns att tillgå. Detta är en nödvändig åtgärd enligt Willman, Stoltz & Bahtsevani (2011, s. 61) för att säkerställa att tillräcklig forskning finns inom området. Den systematiska litteratursökningen utfördes sedan i PubMed och CINAHL. Dessa databaser tillhandahåller fritt tillgängliga referenser inom bland annat biomedicin och omvårdnad (Willman, Stoltz & Bathsevani 2011, s. 80–81). För att utöka litteratursökningen användes även databasen PsycINFO. PsycINFO är enligt Backman (2008, s. 191) en referensdatabas av beteendevetenskapliga studier.

Inklusionskriterier för litteratursökningen var att artiklarna skulle vara av kvalitativ karaktär. Deltagarna i studierna skulle även vara individer över 18 år diagnostiserade med schizofreni. Begränsningar för studierna var att de skulle vara publicerade på engelska samt inom årtalen 2007–2017. De skulle också vara vetenskapligt granskade.

För att formulera relevanta sökord till sökning av artiklar tillämpades inledningsvis MeSH-termer och CINAHL headings. Sökningen kompletterades även med fritext. Sökord som användes samt kombinerades var schizophrenia, personal narratives, life experiences, qualitative research och quality of life. För att möjliggöra kombinationssökningar användes booleska sökoperatorer. Willman et al (2011, s. 72) beskriver booleska sökoperatörer som ett effektivt hjälpmedel för att kombinera söktermer med varandra. Författarna i denna studie använde ordet AND för att kombinera samt avgränsa den systematiska sökningen. Sökorden kombinerades tills inte några nya artiklar framkom. Genom att läsa titel, nyckelord i texten, abstrakt och metod noggrant identifierades relevanta artiklar kopplat mot studiens syfte. Litteratursökningen resulterade i totalt 19 stycken artiklar som valdes ut för vidare granskning. Litteratursökningen presenteras i tabell 1.

**Tabell 1. Översikt av litteratursökning**

Syftet med denna studie var att beskriva upplevelsen av att leva med schizofreni				
<b>PubMed 2017-01-25</b>				
Begränsningar; English, Adults: 19+ years, publication date 10 years, full text				
<b>Sökningar</b>	<b>*)</b>	<b>Söktermer</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Antal valda</b>
1	MSH	Schizophrania	16381	
2	MSH	Personal narratives	278	
3	FT	Life experiences	4756	
4	MSH	Qualitative reseach	14633	
5	MSH	Quality of life	50840	
6		S1 AND S2	23	2
7		S1 AND S3	248	
8		S1 AND S4	267	
9		S1 AND S5	1079	
10		S7 AND S4	23	2
11		S9 AND S4	29	4
12		S6 AND S4	5	2
13		S7 AND S5	110	
14		S13 AND S4	9	
15		S14 AND S2	0	

  

<b>CINAHL 2017-01-25</b>				
Begränsningar: English language, all adults, publication date 10 years, full text, peer reviewed				
<b>Sökningar</b>	<b>*)</b>	<b>Söktermer</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Antal valda</b>
1	CH	Schizophrania	1805	
2	CH	Personal narratives	82	
3	FT	Life experiences	3599	
4	CH	Qualitative reseach	1169	
5	CH	Quality of life	16212	
6		S1 AND S2	2	
7		S1 AND S3	34	4
8		S1 AND S4	10	2
9		S1 AND S5	130	
10		S7 AND S4	4	
11		S9 AND S4	1	
12		S6 AND S4	0	
13		S7 AND S5	5	
14		S13 AND S4	0	
15		S14 AND S2	0	

**Tabell 1. forts.**

<b>PsycINFO 2017-01-25</b>				
Begränsningar; English language, all adults, publication date 10 years, full text, peer reviewed, open access				
<b>Sökningar</b>	<b>*)</b>	<b>Sökterm</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Antal valda</b>
1	FT	Schizophrania	2036	
2	FT	Personal narratives	16	
3	FT	Life experiences	344	
4	FT	Qualitative reseach	557	
5	FT	Quality of life	1719	
6		S1 AND S2	2	
7		S1 AND S3	23	2
8		S1 AND S4	9	
9		S1 AND S5	166	
10		S7 AND S4	1	1
11		S9 AND S4	3	
12		S6 AND S4	0	
13		S7 AND S5	6	
14		S13 AND S4	1	
15		S14 AND S2	0	

\* MSH – MESH-term, FT- Fritext och CH- CINAHL headings

### **Kvalitetsgranskning av artiklar**

De 19 valda artiklarna kvalitetsgranskades i enighet med Willman et als (2011, s. 175–176) granskningsprotokoll för kvalitativa studier. Granskningsprotokolet modifierades för att passa aktuell granskning vilket innebar att frågor som ej var tillämpningsbara ströks. Artiklarna granskades inledningsvis var för sig, för att sedan granskas tillsammans. För att en studie skall vara av hög kvalitet skall det enligt Willman et al (2011, s. 106–109) finnas ett tydligt syfte och problemformulering som knyter an till tidigare vetenskap. Studiens kontext, urvalsförfarande, datainsamling samt analysmetod skall även finnas beskrivet. Forskarna bör också redovisa bortfall, bias samt deras egen förståelse. Slutligen skall ett etiskt resonemang redovisas och ett tydligt samt logiskt resultat.

För att klassificera artiklarna, besvarades frågorna utifrån granskningsprotokollet med ja, nej samt vet ej. Ett positivt svar gav ett poäng och ett negativt svar eller ett ofullständigt svar gav noll poäng. Varje artikels enskilda poäng sammanställdes sedan och omvandlades till en procentsats. Kvalitetsbedömningen i procent utgick ifrån förutbestämda kriterier. En låg kvalitet utgjorde 60–69%, medel kvalitet 70–79% och hög kvalitet innebar en procentsats mellan 80–100% (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006, s. 95–96).



Efter kvalitetsgranskningen kvarstod 15 stycken artiklar för analys. De artiklar som exkluderades, valdes bort på grund av irrelevans och lågt kvalitetsvärde i form av bristande metodbeskrivning samt bristande resultat. Utvalda och granskade artiklar till analysen presenteras i tabell 2.

**Tabell 2.** Översikt av artiklar ingående i analysen (n=15)

<b>Författare/ År/Land</b>	<b>Typ av studie</b>	<b>Deltagare</b>	<b>Metod Datainsamling/ analys</b>	<b>Huvudfynd</b>	<b>Kvalité</b>
Anderson (2014) USA	Kvalitativ	5	Djupgående intervjuer med fenomenologisk ansats. Metodologisk analys.	Hos samtliga fanns en vilja att leva ett normalt liv trots sin schizofrenidiagnos och att bli accepterad för den man var samt inte behöva dölja sina symtom. Närstående samt terapeuter utgjorde även ett centralt stöd för deltagarnas välmående.	Medel
De Jager et al. (2015) Australien	Kvalitativ	11	Frågeformulär besvarades därefter tillämpades semistrukturerade intervjuer med öppna frågor. Narrativ analys.	Två centrala metoder angavs för att hantera hörselhallucinationer: Att integrera rösten i vardagslivet genom personliga copingstrategier eller ta till medicinering och andra tillgängliga hjälpmedel för att kunna ignorera rösten, hårda ut och överleva.	Medel
Güner (2014) Turkiet	Kvalitativ	9	Djupgående och semistrukturerade intervjuer. Kvalitativ innehållsanalys.	Sjukdomen schizofreni hade en destruktiv effekt på samtligas liv. Deltagarna var medvetna om sina symtom men fann sjukdomen mycket komplex och svår att leva med.	Medel
Kalhovde, Elstad & Talseth (2014) Norge	Kvalitativ	14	Djupgående intervjuer. Hermeneutisk fenomenologisk analys.	Genom högst personliga strategier ansträngde sig deltagarna för att inte övervinnas av sina hallucinationer. Vikten av att finna någon att lita på och kunna dela med sig av sin börda, var även central för samtliga.	Hög

*Tabell 2. forts. Översikt av artiklar ingående i analysen*

<b>Författare/ År/Land</b>	<b>Typ av studie</b>	<b>Deltagare</b>	<b>Metod Datainsamling/ analys</b>	<b>Huvudfynd</b>	<b>Kvalité</b>
Liu, Ma & Zhao (2012) Kina	Kvalitativ	16	Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor. Kvalitativ analys med induktiv ansats.	Att leva med schizofreni innebar en känsla av maktlöshet och förlorad självkänsla. Att bli behandlad mot sin vilja skapade även en ambivalent relation till de som försökte hjälpa till.	Hög
Mauritz & Van Meijel (2009) Nederländerna	Kvalitativ	10	Semistrukturerade intervjuer. Grounded theory analys.	Deltagarna upplevde att sjukdomen orsakade stora förluster i livet. Stöd från andra med schizofreni samt vårdpersonal var centralt för att nå acceptans i sjukdomen. Att få kunskap om sjukdomen ansågs även viktigt.	Hög
Mazor & Doron (2010) Israel	Kvalitativ	15	Djupgående intervjuer. Fenomenologisk analys.	Vikten av att hjälpa hospitaliserade individer med schizofreni ut i samhället. Denna omställning kunde upplevas mycket skrämmande och traumatisk då ensamheten upplevdes väldigt smärtsam.	Medel
Nilsson, Nåden & Lindström (2008) Norge	Kvalitativ	8	Deltagande observation och kvalitativa konversations intervjuer. Hermeneutisk analys.	Ensamheten upplevdes så pass plågsam att självmord ansågs vara en möjlig befrielse eller utväg. Det fanns en längtan efter sällskap och efter allt som hade gått förlorat till följd av sin diagnos.	Hög
Noh, Choe & Yang (2008) Sydkorea	Kvalitativ	25	Djupgående intervjuer med semistrukturerade frågor. Kvalitativ innehållsanalys	För personer med schizofreni kunde hopp innebära energin för att finna mening i livet och förhoppningen om en bättre morgondag. Upplevelsen av hopp i samband med schizofreni skiljer sig inte ifrån övriga befolkningen.	Medel

*Tabell 2. forts. Översikt av artiklar ingående i analysen*

<b>Författare/ År/Land</b>	<b>Typ av studie</b>	<b>Deltagare</b>	<b>Metod Datainsamling/ analys</b>	<b>Huvudfynd</b>	<b>Kvalité</b>
Ogden (2014) USA	Kvalitativ	6	Fältobservationer samt semistrukturerade intervjuer. Tematisk narrativ innehållsanalys.	Deltagarna upplevde att etiketter så som "schizofren" marginaliserade deras liv. Alternativa etiketter så som "sjuk" upplevdes mindre stigmatiserande.	Hög
Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen & Välimäki (2009) Finland	Kvalitativ	35	Semistrukturerad intervjuer. Kvalitativ innehållsanalys.	Mental hälsa kan ha en djupgående inverkan på individens upplevelse av livskvalitet. Genom att bli medveten om schizofrenipatientens syn på livskvalitet kan skräddarsydda omvårdnads- interventioner skapas.	Hög
Redmond, Larkin & Harrop (2010) Storbritannien	Kvalitativ	8	Semistrukturerade intervjuer. Tolkande fenomenologisk analys.	Samtliga deltagare upplevde svårigheter att engagera sig i intima relationer. Alla stävade dock efter att ha en fungerande nära relation när de inte upplevde psykosor.	Hög
Shepherd, Depp, Harris, Halpain, Palinkas & Jeste (2010) USA	Kvalitativ	32	Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor. Grounded theory analys.	Denna studie samt tidigare forskning indikerar att positiva symtomen av schizofreni avtar med åren. Deltagarna menar även att återskapandet av hälsa är beroende av egna copingstrategier samt det sociala nätverket.	Hög
Tidefors & Olin (2010) Sverige	Kvalitativ	15	Fokusgrupps intervjuer med öppna frågor. Induktiv tematisk analys.	Det fanns en rädsla för att bli avfärdad som psykiskt sjuk och därmed inte få delta i beslutsfattande gällande sin egenvård. Ett tryggt socialt nätverk, att bli sedd samt lyssnad på var även centralt.	Medel

*Tabell 2. forts. Översikt av artiklar ingående i analysen*

<b>Författare/ År/Land</b>	<b>Typ av studie</b>	<b>Deltagare</b>	<b>Metod</b> Datainsamling /analys	<b>Huvudfynd</b>	<b>Kvalité</b>
Vandyk & Barker (2012) Kanada	Kvalitativ	18	Konversations intervjuer och öppna frågor. Constant comparison dataanalys.	Viktuppgång vid medicinering av schizofreni upplevdes som ett stort problem för deltagarna. Samtliga ville även ha mer information och hjälp gällande hälsa, nutrition samt motionsvanor	Hög

### **Analys**

För att analysera materialet tillämpades en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. I en kvalitativ innehållsanalys analyseras innehållet i skriftlig eller verbal kommunikation genom att bryta ner ämnet till mindre enheter. Detta gjordes i syfte att nå en djupare förståelse samt för att få en ökad kunskap om fenomenet som undersöktes. Detta anses vara en lämplig analysmetod att tillämpa vid forskning inom omvårdnad, då denna fokuserar på mellanmänskliga möten samt beskrivningar. Data analyserades i enighet med Graneheim och Lundman (2004) vilka beskriver en lämplig metod för kvalitativ manifest innehållsanalys med induktiv ansats. Det karaktäristiska i en kvalitativ innehållsanalys är att metoden fokuserar på subjektet och dess kontext. Det manifesta budskapet beskriver det synliga och uppenbara innehållet. Det sker ingen djupare tolkning, analysen är textnära och orden bevaras ordagrant (Graneheim & Lundman, 2004).

För att nå slutsatser analyserades data objektivt, systematiskt och mycket noggrant. Det utskrivna artiklarna lästes igenom flertalet gånger för att få en känsla för helheten samt till dess att författarna var helt bekanta med innehållet. Därefter markerades relevanta textenheter i artiklarna, det vill säga väsentliga fraser, ord samt meningar vilka överensstämde med studiens syfte. Textenheterna tilldelades en märkning för att lättare kunna hitta tillbaka till dem under analysens gång. Det första numret framför textenheten stod för artikeln och det andra numret för textenheten. Om en textenhet innehöll flera upplevelser delades och märktes textenheten förutom ovanstående märkning med bokstäver. Dessa märkningar följde med i alla steg i analysprocessen. Sammanlagt extraherades 342 textenheter vilka sammanfördes i en tabell. Dessa textenheter översattes, kondenserades samt kodades. Graneheim och Lundman (2004) beskriver kondensering som att data raffinerar utan att kärninnehållet går förlorat. Koderna utgjorde centrala ord utifrån de kondenserade textenheternas innehåll. En kategorisering i syfte att finna gemensamma nämnare utifrån koderna utfördes sedan. Detta för att nå en högre

abstraktnivå (jmf Graneheim & Lundman, 2004). Kategoriseringen utfördes i tre steg. I det första steget framkom 27 stycken subkategorier, vilka efter ytterligare granskning resulterade i 8 subkategorier för att slutligen nå 5 stycken slutkategorier vilka presenteras i tabell 3.

## Resultat

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva upplevelsen av att leva med schizofreni. Analysen av de 15 artiklarna resulterade i 5 kategorier. Resultatet presenteras med brödtext vilket sammanfattar innehållet i kategorin detta med relevanta citat utifrån källmaterialet.

### *Tabell 3 Redovisning av kategorier (n=5)*

---

Att uppleva en förändrad verklighet

Att uppleva maktlöshet och sociala utmaningar

Att uppleva trygghet i sjukvården

Att känna sig älskad och finna gemenskap

Att uppleva hopp och finna copingstrategier

---

#### **Att uppleva en förändrad verklighet**

Att inte kunna skilja på vad som var verkligt och överkligt utgjorde ett hinder för personer med schizofreni. När världen plötsligt blev främmande upplevdes känslor av skräck, rädsla och hot från den yttre omvärlden (Anderson, 2014; Güner, 2014; Liu et al., 2012; Tidefors & Olin, 2010). Det fanns även en rädsla för att tänka och handla på ett felaktigt sätt under psykos vilket ledde till stor osäkerhet. Denna osäkra tillvaro medförde ett konstant beredskapsläge, utmattningssyndrom eller social isolering vilket ofta resulterade i långvarig sjukhusvistelse (Mazor & Doron, 2010; Tidefors & Olin, 2010).

*Cause I can't distinguish the real from reality, I mean the fake from reality sometimes.*

*Sometimes it's kind of hard to distinguish the both of them, which is real and which is fake.*

(Anderson, 2014, s. 584)

Sjukdomen bidrog till förlorad självkontroll, låg självkänsla och förändrad självkänedom hos deltagarna. Personer med schizofreni beskrev även förlust av social status och tvivlade på sitt eget bidrag till samhället. Detta var något som ledde till känslor av underlägsenhet (De Jager et al., 2015; Güner, 2014; Liu et al., 2012). Hallucinationer ledde även till en deprimerad

sinnesstämning och förtvivlan (De Jager et al., 2015; Mauritz & Van Meijel, 2009; Ogden, 2014). Berättelser om förlust av framtidsutsikter samt om oförmåga att slutföra vanliga aktiviteter framkom också (Kalhovde et al., 2014; Mauritz & Van Meijel, 2009).

*How could I contribute (to society) if I had this prognosis? I think my self-esteem and everything was the lowest it could be. (De Jager et al., 2015, s. 1413)*

I studier (Güner, 2014; Kalhovde et al., 2014) framkom det att personer med schizofreni upplevde svårigheter att berätta om sin sjukdom för närstående på grund av en rädsla för att verka galen eller skrämja dem. Diagnosen väckte känslor av skam och ämnet beskrevs som smärtsamt att ta upp. Sjukdomen spelade också ett dubbelspel då den inte alltid syntes på utsidan och i episoder kände sig deltagare helt friska. Detta gjorde att det fanns en ständig oro över sin egen hälsa (ibid.). Att leva med schizofreni beskrevs som en oförutsägbar utmaning och förlamande sorg vilket gjorde livet till en mardröm och ibland fanns en vilja att ta sitt eget liv (De Jager et al., 2015; Güner, 2014; Liu et al., 2012; Nilsson et al., 2008; Ogden, 2014). Berättelser om fruktansvärd ensamhet, ångest, ett lågt självförtroende samt meningslösa röster vilka bidrog till en ofantlig trötthet och förtvivlan framkom (Anderson, 2014; De Jager et al., 2015; Liu et al., 2012; Nilsson et al., 2008; Noh et al., 2008).

*When I notice I am getting worse I just lie down and stay there, I dont eat and I refuse to see anybody. It's so awful. What I really want is someone who look after me, but at the same time I feel so ashamed (Nilsson et al., 2008, s. 164)*

De Jager et al. (2015) och Kalhovde et al. (2014) beskrev även positiva förändring i livet till följd av schizofrenin. De upplevde sig mer ödmjuka, mindre aggressiva, kände en ökad empati eller upplevde att hallucinationerna hade ett meningsbärande budskap. De önskade dock att få leva det liv man levde innan sjukdomen

### **Att uppleva maktlöshet och sociala utmaningar**

I Kalhovde et al. (2014) och Liu et al. (2012) studier beskrevs upplevelser av maktlöshet samt att individer med schizofreni upplevde sig vara styrda av sina inre röster. Detta ledde i flera fall till social isolering, vilket ofta uppmuntrades av deras röster. Det fanns även en rädsla för att bli i fråntagen sina barn om individen berättade om sina symtom och därför valde flertalet att dölja dessa (Kalhovde et al., 2014). Vetskapen om att sjukdomen kunde överföras till nästa generation hindrade också individerna från att bli med barn (Kalhovde et al., 2014; Liu et al.,

2012). Bland de som varit öppna med sin schizofreni återfanns erfarenheter av att ha förlorat vårdnaden om sina barn (Tidefors & Olin, 2010). Ett återkommande dilemma i berättelserna var även en vilja av att inte bli lämnad ensam och att samtidigt isolera sig av rädsla (Mazor & Doron, 2010).

*I couldn't handle myself alone anymore, I went into a state of existential fear ... I slept on alert, with one eye always open, and I got to a state of complete exhaustion, I wasn't eating properly, I didn't shower, I didn't shave, I didn't go out, I stayed in, I closed out the outside world and locked myself in, I was in a bad state, I felt like if I didn't get help I didn't know what I might do...* (Mazor & Doron, 2010, s. 356)

Komplexiteten med sjukdomen då den inte syntes på utsidan var ett återkommande problem i berättelserna. Detta beskrevs vara en stor anledning till ensamhet, på grund av en oförstående omvärld. Ensamheten beskrevs förvärra symtomen och upplevdes som smärtsam (De Jager et al. 2015; Kalthovde et al., 2014; Nilsson et al., 2008; Mauritz & Van Meijel, 2009).

*It's a sore in the soul to be left, there's a depth to loneliness... a pain.*  
(Nilsson et al., 2008, s. 165)

I De Jager et al. (2015) framkom berättelser om en önskan att bli sedd som ”en människa” för vilka de var och inte efter stereotyper. I Güner (2014) studie framkom även upplevelser av att bli förödmjukade och förlöjligade i sociala sammanhang på grund av sin sjukdom. Personer med schizofreni utsätts ofta för stigmatisering. Stigmatiseringen manifesterade sig genom att personerna med schizofreni blev tillskriva egenskaper och personlighetsdrag som de själva inte kunde identifiera sig med (Anderson, 2014; De Jager et al., 2015; Liu et al., 2012; Redmond et. al, 2010; Tidefors & Olin 2010).

*I realized that I had to get back into society and that was one of my goals is to be accepted again and show them that because I got an illness that doesn't mean I'm not a human being*  
(Anderson, 2014, s. 584)

Negativa attityder från andra samt sjukdomens symtom ledde till en upplevelse av maktlöshet. Denna maktlöshet beskrevs bero på att inte kunna arbeta, dålig ekonomi, förlust av bostad, att inte kunna upprätthålla sociala kontakter samt att tvingas acceptera en diagnos. I studier (Anderson, 2014; Güner, 2014) beskrevs frekventa förluster i studiedeltagarnas liv.

Förluster sågs både som ett resultat av sjukdomen och dess symtom samt en konsekvens av omgivningens reaktioner på diagnosen (Anderson, 2014; Güner, 2014; Kalhovde et al., 2014; Liu et al., 2012; Mauritz et al., 2009; Mazor et al. 2010; Nilsson et al., 2008; Noh et al., 2008; Ogden, 2014; Pitkänen et al. 2009). Maktlösheten bidrog till att deltagare tappade tron på framtiden då de kände att de inte hade kontrollen över sitt eget liv. Nilsson et al. (2008) studie vittnade även om upplevelser av att bli fängslade på grund av beteenden som individerna inte kunde kontrollera. I dessa situationer upplevde de att det fick väldigt lite eller inget stöd av något slag (Nilsson et al., 2008; Shepherd et al., 2010).

*They put hand-cuffs on me. I sat in the back seat between them the whole way to the hospital.*

*They took all my dignity from me, and I could hardly breathe, I was so afraid.*

(Nilsson et al., 2008, s. 165)

### **Att uppleva trygghet i sjukvården**

I studier (De Jager et al., 2015; Tidefors & Olin., 2010) framkom det att sjukvårdens kvalitet och hjälpinsatser varierade stort. Sjukvården upplevdes som positiv då deltagarna erbjöds individanpassad vård, medicineringen var effektiv, behandlingsstrategier utformades och valmöjligheter fanns att tillgå. Vikten av att bli förstådd och få kunskap av vårdpersonalen var även betydande samt att personalen visade medmänsklighet (ibid.). Även att läkare samt sjuksköterskor skulle informera närstående om sjukdomen, så att dessa fick en ökad förståelse var betydelsefullt (Liu et al., 2012; Vandyk & Barker, 2012; Tidefors & Olin, 2010). I Vandyk & Barker (2012) studie framkom det att individer med schizofreni fann en trygghet med att vara inlagd. Detta till följd av att se samma personal varje dag, ha rutiner i vardagen samt upplevelsen av att inte behöva vara ensam.

*I know that other people, I mean, doctors and nurses, have given me a lot of help and support. However, I feel they just want to help my family to control me. Actually, the thing I really want is their understanding and support. However, nobody really cares what I am thinking about. I do not think they respect or understand me.* (Liu et al., 2012, s. 1713)

Psykiatrin beskrevs dock som en skrämmande instans med egna regler och förhållningsätt. Vården skildrades som opersonlig och med ett centralt fokus kring medicinering (Kalhovde et al., 2014; Tidefors & Olin, 2010). Studier (Kalhovde et al., 2014; Liu et al., 2012; Nilsson et al., 2008; Tidefors & Olin, 2010) beskrev också situationer där läkare samt vårdpersonal hade



tolkningsföretråde. Detta medförde att patientens egna tankar, åsikter och värderingar åsidosattes (ibid.).

*I am controlled by the doctors and the medicine they prescribed. I even have no right to express my thoughts and feelings.* (Liu et al., 2012, s. 1711)

I studier (De Jager et al., 2015; Kalhovde et al., 2014; Nilsson et al., 2008; Tidefors & Olin, 2010) framkom det att individer med schizofreni av rädsla för tvångsåtgärder eftersträvade att vara ”goda patienter” eller valde att dölja sina symtom. Då tvång ändå tillämpades upplevdes en förlorad stolthet, autonomi och värdighet (Tidefors & Olin, 2010). Ett behov av att bli lyssnad på gällande framförallt medicinering uttrycktes, något som ofta möttes av ett svalt intresse (De Jager et al., 2015; Kalhovde et al., 2014; Nilsson et al., 2008; Tidefors & Olin, 2010). Ett centralt problem gällande medicinering var dess biverkningar. I flertalet studier (De Jager et al., 2015; Kalhovde et al., 2014; Nilsson et al., 2008; Shepherd et al., 2010; Vandyk & Barker, 2012) rapporterades kraftig viktuppgång som ett stort problem vilket på sikt ledde till hjärt- och kärlsjukdomar samt diabetsutveckling. Andra vanligt förekommande biverkningar var en minskad livslust och depressiva symtom. Flera individer slutade helt med medicineringen. Detta utan vårdpersonal och närståendes kännedom vilket ofta resulterade i återfall av psykotiska symtom (Kalhovde et al., 2014; Liu et al., 2012; Mauritz & Van Meijel, 2009; Shepherd et al., 2010).

*I didn't feel like myself... it [neuroleptica] changed the way I talked, so I talked slower, and didn't remember words... I was depressed the whole time. It wasn't like it made me happy.*  
(Kalhovde et al., 2014, s. 5)

Att sedan återvända tillbaka ut i verkligheten beskrev som ett trauma (Liu et al., 2012; Mazor & Doron, 2010; Tidefors & Olin, 2010). Att bli tilldelad nya roller och identiteter ute i samhället efter vistelse inom psykiatri var också vanligt, från att ha varit ”friska” till att bli stämplade som ”psykiskt sjuka” (Güner, 2014; Mazor & Doron, 2010; Tidefors & Olin, 2010).

*Well the release itself was a bit of a small trauma, because I was very dependant on the hospital, I developed this dependency which was very deep, especially with the people there, I was surrounded by people, nurses, the treatment staff and there was a protective greenhouse there.* (Mazor & Doron, 2010, s. 357)

### **Att känna sig älskad och finna gemenskap**

I studier (Andersson, 2014; De Jager et al., 2015; Güner, 2014; Tidefors & Olin, 2010) beskrevs upplevelser av ensamhet och en önskan av att finna gemenskap. Att knyta an till andra beskrevs dock som problematiskt. Detta då det fanns en tro om att de som själva inte delade sjukdomens ”bisarra” upplevelser kunde acceptera dem för vilka de var. Denna tro bidrog till en försiktighet med att skapa kontakter med friska individer (ibid.). De uttrycktes även ett behov av att samtala med andra som delade erfarenheten av schizofreni (Güner, 2014). De sammanhang där de mötte andra med samma diagnos beskrevs som positiva. I dessa situationer upplevde deltagarna att de fann förståelse, tröst och gemenskap. Denna kontakt beskrevs ofta som varmare än kontakten till den egna familjen (De Jager et al., 2015; Pitkänen et al., 2009; Shepherd et al., 2010)

*The people here, we talk, we laugh, we joke, and they're always there for me. If I feel bad, they're always there to help me go through it together. And I think I feel better about myself now than I did when I was a kid.* (Shepherd et al., 2010, s. 299)

*We've got a lot in common and help each other... she's a good friend to me... It's very comforting that she can be a friend, whereas my family is quite cold.*

(De Jager et al., 2015, s. 1416)

I Shepherd et al. (2010) studie framkom det att ett fåtal individer med schizofreni hade ett fungerande socialt nätverk. För många innebar schizofrenin förstörda relationer. De relationer som oftast bevarades var till familjemedlemmar dock var dessa ofta svårt sargade av psykotiska perioder (ibid.). Gemenskapen med andra människor avslutades ofta när sjukdomen bröt ut på grund av skammen över att vara annorlunda (Nilsson et al., 2008). Att ingå i en gemenskap ansågs även vara ett tecken på ”normalitet” och att vara frisk. Gemenskap ansågs även vara av stor vikt för bevarandet av den egna identiteten (Nilsson et al., 2008; Pitkänen et al., 2009)

*I have the boys in the band. When I play with them we meet in the music so to speak, which makes for a good fellowship between us. Then I'm no longer a patient, but one of the boys in the band.* (Nilsson et al., 2008, s. 165)

Studier (Nilsson et al., 2008; Redmond, et al., 2010) visade att det fanns en önskan om att finna en partner och att ingå i kärleksrelationer. Det beskrevs som ett ”essentiellt inslag av att

vara människa” och något som gav social status (ibid.). Dock upplevdes det svårt att komma en annan människa så nära och att berätta om sina psykotiska upplevelser (Nilsson et al., 2008; Redmond, et al., 2010). Sjukdomen i sig sågs som ett direkt hinder för kärlek då de ansåg att de med denna förlorat sin sociala status samt varken kunde lita på sig själva eller andra (Ogden, 2014; Redmond, et al., 2010). Kärleksrelationer upplevdes också som sårbara för ”granskandet” och ”dömandet” av andra. Det fanns även de som hade en ”traumatisk” syn på relationer (Redmond, et al., 2010).

*I wasn't open to meeting anybody and I didn't want to meet anybody. I still feel that way... I can't cope with the problems that comes with having a husband... But I'm sorry I didn't have anymore children.* (Ogden, 2014, s. 1349)

Det fanns ett behov av trygga, tillitsfulla relationer och att bli sedd med ”vänliga ögon” för att kunna hantera en ”överväldigande” omvärld. Dessa behov gällde även i relationer med vårdpersonal (Mauritz & Van Meijel, 2009, Shepherd et al., 2010; Vandyk & Barker, 2012; Tidefors & Olin, 2010).

### **Att uppleva hopp och finna copingstrategier**

Hoppet beskrevs som en drivkraft och en källa till liv (Mauritz & Van Meijel, 2009; Noh et al., 2008). Det fanns även en stark vilja att lägga de psykotiska erfarenheterna bakom sig och leva ett lyckligt liv med andra i samhället istället för i ensamhet (De Jager et al., 2015; Mauritz & Van Meijel, 2009; Noh et al., 2008; Redmond et al., 2010).

*I'm not just hiding behind my mental health problems... I'm getting on with life and doing things just like any other young woman.* (Redmond et al., 2010, s. 159)

I studier (Mauritz & Van Meijel, 2009; Mazor & Doron, 2010; Shepherd et al., 2010) framkom det att individer med schizofreni kunde finna hopp genom att ha ett arbete att gå till och att få känna sig behövd samt självständig. Att arbeta medförde en sysselsättning vilket motverkade hallucinationer samt vanföreställningar (Mauritz & Van Meijel, 2009). Att känna sig älskad, att tillbringa tid med familjen eller att ingå i intima relationer var också något som ingav hopp. Hopp återfanns även genom Gud och naturen, vilka sågs som en källa till tillfrisknande (Güner, 2014; Noh et al., 2008; Shepherd et al., 2010). Faktorer vilka ansågs avgörande för tillfrisknade och för att kunna känna hopp var att få hjälp från närståendes samt deras attityder till sjukdomen. Goda relationer till vårdpersonal och egna copingstrategier

ansågs även viktigt (Anderson, 2014; Güner, 2014; Liu et al., 2012; Noh et al., 2008). Att känna stolthet var något som flera förknippade med hopp. När individer med schizofreni upplevde hopp försvann ångestfyllda känslor, avund, hat och lidandet till följd av sin diagnos. Dock fanns det även berättelser där livet upplevdes hopplöst (De Jager et al., 2015; Noh et al., 2008).

*I couldn't see any hope... basically I suppose I felt if things didn't get better then what's the point of living?* (De Jager et al., 2015, s. 1413)

I De Jager et al. (2015) och Kalhovde et al. (2014) studier framkom flera olika och högst personliga copingstrategier för att hantera sin sjukdom samt dess symtom i det dagliga livet. Strategierna kunde bestå av att avleda symtom genom aktiviteter. Att tillämpa religiösa inslag, använda humor samt ifrågasätta rösterna var även vanligt (De Jager et al. 2015; Güner, 2014; Kalhovde et al., 2014; Ogden, 2014). Att kommunicera med sina röster på ett beslutsamt sätt snarare än fientligt ansågs också som effektivt (Kalhovde et al., 2014). Deltagare beskrev att de hade slutat jämföra sig med ”normala” människor. De jämförde sig nu mer med de som hade det sämre i samhället vilket fick deras eget liv att framstå som ”himlen” (Shepard et al., 2010). Det som beskrevs vara viktigast i hanteringen av sjukdomen var dock kunskap. Genom att vara medveten om sina symtom kunde individer med schizofreni med resonans dra rimliga slutsatser för vad som var verkligt och vad som var överkligt (Shepard et al., 2010). Annan kunskap som ansågs viktig var självkänedom. Med detta menades att vara medveten om den egna problematiken, identiteten samt vilka platser som kändes trygga (Shepard et al., 2010; Tidefors & Olin, 2010).

*Every time I pass a group of people... I think they're talking about me... Then I realize that I'm able to reason my way through it and say, well, wait a minute, it doesn't ring true. Why would they be talking about me?* (Shepard et al., 2010, s. 299)

I Kalhovde et al. (2014) studie framkom även att individer med schizofreni använde sig av alkohol och droger för att få tyst på sina röster, dock menade de att denna metod sedan ledde till en intensifiering av dessa. Andra hade även försökt tysta rösterna genom självmordsförsök, att skada sig själva eller isolera sig från omvärlden vilket emellertid gav dålig effekt (Shepard et al., 2010; Redmond et al., 2010; Kalhovde et al., 2014).

*I'd heard that many people ... harmed themselves, so I tried it just a couple of times. But it didn't do anything for me, so I just quit.* (Kalhovde et al., 2014, s. 4)

## Diskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva upplevelsen av att leva med schizofreni. De kategorier som analyserades fram var; Att uppleva en förändrad verklighet, att uppleva maktlöshet och sociala utmaningar, att uppleva trygghet i sjukvården, att känna sig älskad och finna gemenskap, att uppleva hopp och finna copingstrategier. Resultatet kommer att diskuteras utifrån teoretiska referensramar samt kopplas mot relevanta omvårdnadsinterventioner.

I kategorin *att uppleva en förändrad verklighet* beskrev deltagarna att diagnosen utgjorde ett hinder i vardagen då det var svårt att skilja på vad som var verkligt och överkligt. De upplevde även en social isolering samt ett lågt självförtroende, något som gjorde att många tvivlade på sitt eget bidrag till samhället. I likhet med litteraturstudiens fynd så beskriver Lundman och Jansson (2006) att leva med kronisk sjukdom som att allt det kända blir okänt samt en förlust av självkontroll. En vardag som förändras och som kräver nya rutiner inverkar även på personens självkänsla. Den kroniska sjukdomens inverkan på livet försvårade också att delta i arbete och vardagliga aktiviteter vilket även visade sig i litteraturstudiens resultat.

Utifrån litteraturstudiens resultat blir det därför av största vikt att som sjuksköterska bekräfta patienten samt fortlöpande arbeta med självförtroende samt självkänslan. Som sjuksköterska gör man detta enligt Sarvimäki och Stenbock-hult (2012, s 24–25) genom att visa känslomässigt engagemang, kunna känna empati samt genom att visa en vilja att förstå en annan människas livsvärld. Vidare menar författarna att det är en öppenhet och äkthet som kännetecknar en god omvårdnad men att detta också gör en sårbar. Att känna sig utsatt och sårbar som sjuksköterska innebär att man tar till undvikande strategier och avståndstagande (Sarvimäki & Stenbock-hult, 2012, s 17). Ur ett omvårdnadsperspektiv bör man vara medveten om detta för att inte förstärka den utsatthet som många med schizofreni upplever.

I kategorin *att uppleva maktlöshet och sociala utmaningar* framkom det att människor som lever med schizofreni upplever känslor av maktlöshet. Detta till följd av en förlorad kontroll över den egna tillvaron. Denna kontrollförlust beskrevs som ett resultat av sjukdomens symtom och omgivningens stigmatisering. Sheilds et als. (2015) studie om att leva med

humant immunbristvirus (HIV) stödjer vårt resultat. De menar att personer med en kronisk sjukdom kan uppleva en känsla av maktlöshet samt stigmatisering. Sjukdomen beskrevs som en ihållande osäkerhet vilket genomsyrade hela individens liv. Upplevelsen av stigma påverkade även individen i negativ mening och därför valde många att hålla sjukdomen hemlig. Omgivningens attityder ledde till en känsla av isolering och att leva med en kronisk sjukdom beskrevs som en smärtsam upplevelse samt något som orsakade stort lidande.

Vilhauer (2017) beskriver i sin studie stigmatisering som något socialt isolerande samt något som har en destruktiv inverkan på individers självkänsla och hopp. Författaren menar att kunskap måste spridas inom ämnet för att reducera stigmatiseringen av personer med schizofreni. Genom ökad kunskapsspridning inom området menar också Martínez-Zambrano et al. (2013) att stigmatiseringen av personer med schizofreni kan reduceras. Stigmatiseringen har en mycket negativ inverkan på individens livsvärld då det försämrar rehabilitering samt tillgång till samhällets resurser. Interventionsprogram för allmänheten vilka syftar till att öka kunskapen om sjukdomen har visats sig ha en positiv inverkan då det gäller att reducera stigmatiseringen (Martínez-Zambrano et al., 2013).

För att stärka personen med schizofrenis värdighet och självbild blir det centralt att som sjuksköterska stärka patienternas empowerment enligt vår mening. Empowerment beskrivs som ett betydande begrepp kopplat till sjukdomen enligt Jana, Ram och Praharaj (2014). Detta då dessa individer ofta saknar egenmakt och beslutsfattarett. Att stärka empowerment har visat sig gynnsamt för schizofreni patienters tillfriskande och skall ses som ett grundläggande inslag inom all omvårdnad menar Jana et al. (2014). Park och Sung (2012) stödjer även denna typ av intervention. De menar att genom att stärka patientens egenmakt kan öka individens livskvalité och tillfriskande. Resultatet utifrån intervention visade att en ökad känsla av empowerment stärkte känsla av kontroll och minskade upplevelsen av maktlöshet. De betonar också att se de personliga effekterna av schizofrenin och att man genom att stärka patienters egna styrkor kan reducera återfall samt ge hopp om framtiden.

I kategorin *att uppleva trygghet i sjukvården* beskrevs hälso- och sjukvården som en plats där du förlorar din autonomi men samtidigt är skyddad och trygg. Psykotiska perioder, biverkningar samt bristande tillit till vårdgivare angavs som orsak till utebliven medicinering. Vården beskrevs som positiv då det fanns trygga relationer till vårdpersonal och vården var personcentrerad. Nilsson, Lindberg, Skär och Söderberg (2016) stödjer vårt resultat gällande behovet av tillitsfulla vårdrelationer. I deras studie beskrivs även en önskan om att få vara

delaktiga i beslutsfattandet. Enligt vår mening kan följsamheten stärkas genom patientutbildning och att vara ett stöd för patienten. Denna utbildning bör behandla kunskap om sjukdomen och dess symtom, vikten av följsamheten i behandling samt konsekvenser av att avstå. Det är även betydande att vara öppen angående biverkningar samt att erbjuda socialt stöd och verktyg för att hantera dessa. Denna typ av interventions effektivitet stöds av Matsuda och Kohno (2016) som påvisar effekten av patientutbildning.

Att lyssna på hur individen själv upplever sin diagnos samt behandling blir något centralt. Målet skall vara att tillämpa en personcentrerad omvårdnad. Denna omvårdnad bygger enligt Svensk sjuksköterskeförening (SSF, 2016) på en humanistisk människosyn där man respekterar samt värnar om patientens autonomi och värdighet. Det gäller att tillsammans med patienten finna alternativa lösningar för att förhindra återfall av psykotiska symtom och även suicid. Även Bornheimer och Nguyen (2016) fastslår att det är av största vikt att som sjukvårdsutbildad personal finna lämpliga omvårdnadsinterventioner samt prata med patienten själv. Detta i syfte att förebygga suicid hos dessa individer, då det har visat sig att 40–50% av personer med schizofreni har suicida tankebanor. Enligt vår mening krävs det ett mod från sjuksköterskans sida, att lyfta detta svåra men viktiga samtalsämne.

Utifrån kategorin *att känna sig älskad och finna gemenskap* framkom det att deltagarna upplevde en ensamhet och en önskan av att finna gemenskap. Något som beskrevs som problematiskt till följd av sin diagnos. Sjukdomen utgjorde ett hinder för kärlek och att ingå i intima relationer var för deltagarna av stor betydelse. Detta då det ansågs vara ett tecken på normalitet och att vara frisk. Deltagare fann gemenskap och kärlek hos den egna familjen, även om dessa starka band inte alltid var okomplicerade. Det uttrycktes även ett behov av att samtala med andra som delade erfarenheten av schizofreni.

Enligt Cheng och Schepp (2016) har involverandet av familjemedlemmar visats sig ha en mycket gynnsam effekt gällande reducering av psykotiska symtom samt sjukdomens prognos för personer med schizofreni. Familjeinterventioner syftar bland annat till att förbättra närståendes kunskap gällande sjukdomen. Det kan bland annat innebära att se tidiga tecken på psykos, finna lämpliga copingstrategier, identifiera källor till stress eller utveckla förebyggande handlingsplaner. Interventionerna kan även innefatta kommunikationsträning, problemlösning samt stresshantering (Cheng & Schepp, 2016). Även Rössler et al. (2005) beskriver att en kombination av familjeutbildning, regelbundenhet i medicinering samt stöd från närstående kan reducera återfallen från 50 % till mindre än 10 %.

Många som lever med kronisk schizofreni saknar social kompetens menar Seo, Ahn, Byun och Kim (2007). De kan inte på ett effektivt sätt kommunicera med andra vilket utgör ett hinder för att få vänner samt ingå i nära relationer. Att genomföra sociala färdighetsinterventioner i grupp med andra med likartade symtom är en möjlig väg att gå. Detta för att förbättra den sociala kompetensen, något som har visat sig ha en positiv effekt både gällande självkänslan men också för en förbättrad anpassning till samhället efter vistelse inom psykiatri (Seo et al., 2007). Även i Jormfeldt, Rask, Brunt, Bengtsson och Svedberg (2012) studie genomfördes fokusgruppsintervjuer i syfte att deltagarna skulle få en möjlighet att dela erfarenheter med andra vilka hade likartade diagnoser. Studien visade att man genom ett ömsesidigt stöd, gemenskap och kunskap kunde öka gruppmedlemmarnas självkänsla. Gemenskap beskrivs som avgörande för att omvandla personliga strategier till handling och uppnå personliga mål.

I kategorin *att uppleva hopp och finna copingstrategier* skildrades hopp som en tro om en bättre morgondag och en källa till liv. Hos deltagarna fanns det en stark vilja att lägga de psykotiska erfarenheterna bakom sig och leva ett normalt liv med andra i samhället. Att finna copingstrategier var även centralt. Detta för att kunna hantera den interna och externa stress vilket sjukdomen medförde.

Enligt vår mening går hopp och copingstrategier hand i hand. Detta då det ena inte kan existera utan det andra. Hopp beskrivs som en drivkraft för att komma vidare i livet och för att kunna möjliggöra detta krävs copingstrategier. Duggleby et al. (2011) beskriver hopp som en viktig psykologisk resurs för personer med kroniska sjukdomar. Författarna definierar hopp som ett flerdimensionellt begrepp med en säker men ändå osäker förväntan om framtiden. Hopp och enskilda copingstrategier skall ses som två dynamiska processer vilka förhåller sig till varandra. Hopp kan hjälpa människor att finna mening på nytt och något som leder till nya möjligheter i livet. Att uppmuntra individer med schizofreni att sätta upp personliga mål har en positiv inverkan gällande upplevelsen av hopp. Denna form av intervention menar Kylmä et al. (2006) är lämplig. Vi menar att i rollen som sjuksköterska bör man stödja patienten i utformandet av målen. Detta för att finna målsättningar som är realistiska att uppnå inom en rimlig tidsram.

Humphrey Beebe et al. (2010) visade att motiverande samtal kopplat till fysisk aktivitet för personer med schizofreni har en positiv inverkan vid utformandet av copingstrategier. Som sjuksköterska menar vi att man genom motiverande samtal med patienten kan stödja denne att finna lämpliga copingstrategier. Detta möjliggörs genom en personcentrerad omvårdnad.



Välämäki, Hätönen, Lahti, Kuosmanen och Adams (2013) studie stödjer även vårt resultat gällande kunskap. En ökad kunskap hos patienter med schizofreni ledde till en bättre följsamhet i läkemedelsbehandling, reducerade återfall samt minskade prevalensen av sjukhusbesök. Med en utökad kunskap minskade även hallucinationernas påverkan. Individerna upplevde även mindre nedstämdhet och vanföreställningar. Detta medans den sociala återanpassningen till samhället ökade (ibid.).

## Metoddiskussion

Metoddiskussionen avspeglar litteraturstudiens kvalitet, fördelar samt begränsningar relaterat till begreppet trovärdighet. I kvalitativa studier utvärderas trovärdigheten med stöd av begreppen; pålitlighet, överförbarhet, bekräftbarhet samt tillförlitlighet. Tillförlitligheten i denna studie har dock inte gått att kontrollera då begreppet syftar till hur väl deltagarna i studien kan känna igen sig i författarens resultat (Holloway & Wheeler, 2012, s. 302–203). Syftet med litteraturstudien var att beskriva upplevelsen av att leva med schizofreni. Detta genom en fördjupning i kvalitativa studier med fokus på ett inifrånperspektiv. Kvalitativa artiklar utgör enligt Henricson och Billhult (2012, s.130) en god grund för att svara på studier vilka förmedlar individuella upplevelser samt erfarenheter av ett fenomen.

Trovärdigheten i en studie förstärks då fler än en databas används under datainsamlingen menar Henricsson (2012, s. 473) så var även fallet i denna litteraturstudie. Under litteratursökningen användes inte de booleska söktermerna OR och NOT. Detta är något vi är medvetna om och möjligen gjorde detta sökningen mer invecklad än nödvändigt. Det bör dock nämnas att resultatet inte hade blivit annorlunda. Trovärdigheten av en studie är även beroende av att det undersökta svarar mot studiens syfte. Det menar vi att denna litteraturstudie gör. Under analysens gång har författarna tillsammans kontrollera att det manifesta budskapet inte gick förlorat. Detta utfördes för att bibehålla kärnan i innehållet vilket Graneheim och Lundman (2014) beskriver som lämpligt. Textenheterna har också märkts med siffror för att enklare finna en spårbarhet till originaltexten under processens gång. Trovärdigheten i en studie kan även stärkas genom korrespondens från en tredje part menar Graneheim och Lundman (2004). Detta genomfördes med hjälp av handledare och till viss del genom opponering ifrån kurskamrater. Trovärdigheten i studien har ytterligare förstärks genom användandet av citat från originalkällor i resultatet vilket även Graneheim och Lundman (2004) beskriver.

För att en studie ska anses som pålitlig bör alla steg i tillvägagångssätt samt beslutsfattande vara noggrant beskrivna. Detta för att demonstrera hur forskaren har kommit fram till sina slutsatser samt för att kunna reproducera och utvärdera studien (Holloway & Wheeler, 2012, s. 303). I metod delen finns litteratursökningen utförligt återgivet både i löpande text samt i översiktstabeller. Analysprocessen är noggrant systematiskt utförd och författarna har ständigt utgått ifrån originaltexten för att säkerställa kvalitet. Tillvägagångssättet för analysen utgår ifrån Graneheim och Lundmans (2004) metodartikel. Det bör även tilläggas att författarna har en begränsad erfarenhet av att utföra denna typ av studie och detta kan påverka arbetets pålitlighet.

I kvalitativa forskning finns det flera olika utgångspunkter för hur man kan se på överförbarheten, då dessa studier inte går att generalisera. Däremot ger dessa studier ett mer djupgående resonemang och kan avspegla likheter mellan sammanhang eller ingående undersökningar av ett fenomen (Statens beredning för medicinsk utvärdering, [SBU], 2014). I vår litteraturstudie har en kvalitativ innehållsanalys med manifest ansats tillämpas. De 15 studier som inkluderas i vår studie var från olika länder. Detta kan anses som negativt då upplevelsen av att leva med schizofreni kan skilja sig beroende av vilken kontext dessa personer befinner sig i och mer homogent urval av artiklar hade styrkt varandra. Dock kan det även vara positivt att ha ett världsomfattande perspektiv då faktorer som är betydande för upplevelsen av att leva med sjukdomen kan skönjas. En studies överförbarhet menar Holloway och Wheeler (2012, s. 302) är beroende av om resultatet kan överföras till en liknande kontext. Vi menar att schizofreni är en komplex sjukdom och därmed blir överförbarheten av resultatet svårt till flertalet sjukdomar. Vi anser dock att vårt resultat kan överföras till liknande psykosjukdomar globalt då vi valt att undersöka fenomenet i ett internationellt perspektiv.

I litteraturstudiens diskussionsdel presenteras även ett bredare kontext för materialet. Här diskuteras studiens fynd mot annan relevant forskning i syfte att få en djupare förståelse av upplevelsen av att leva med schizofreni. Det lyfts även fram interventioner för identifierade problem relaterade till resultatet. Detta i syfte att visa att liknande forskning har genomförts och liknande problemområden har identifierats tidigare. Det är dock viktigt att komma ihåg att denna studie handlar om människors upplevelser och eftersom alla individer är olika kan också våra upplevelser av samma händelse upplevas annorlunda.

En studies bekräftbarhet bygger på om forskaren har ett objektivt förhållningssätt samt har hanterat sin egen förförståelse i relation till studien. Data skall även kunna härledas till sin ursprungliga källa (Holloway & Wheeler, 2012, s. 303). I litteraturstudien går även all data att härleda till sin ursprungliga källa genom att referenser angetts. Att en kvalitativ innehållsanalys med manifest metod tillämpades innebar även att vi arbetade textnära utan att tolka innehållet något som Holloway och Wheeler (2010, s. 303) beskriver som en styrka relaterat till bekräftbarheten. I litteraturstudien har endast studier med engelsk text inkluderats. Dessa texter har sedan översatts till svenska något som Graneheim och Lundman (2004) menar är kritiskt då nyansskillnader i språket kan gå förlorade. Det bör även tilläggas att engelska inte är vårt modersmål och i vissa fall har översättningsverktyg används avseende enstaka ord. Något som kan påverka studiens bekräftbarhet negativt.

### **Slutsatser**

Att leva med schizofreni innebär en förändrad verklighet. Sjukdomen har en stor negativ inverkan på personens vardagliga liv och hälsa. Individer med schizofreni lider i stor utsträckning av omgivningens oförståelse och okunskap vilket manifesterar sig genom en stigmatisering. Individerna upplever en känsla av maktlöshet, förlorad autonomi och ofrivillig isolering som en följd av sjukdomens symtom och vårdpersonalens bemötande av dessa. Det framkom att ökad kunskap gällande sjukdomen har en positiv inverkan på dessa individers livskvalité. Denna kunskap avser så väl personens egen kunskap om sjukdomen samt omgivningens förståelse för hur denna sjukdom ter sig. En kunskapsspridning om hur det är att leva med schizofreni skulle kunna öka förståelsen samt minska stigmatiseringen av denna grupp människor. Som sjuksköterska kan man även i mötet med dessa patienter förmedla kontakter vidare till andra professioner för att minska den ensamhet som många upplever anser vi. Det handlar också om att förmedla trygghet. Att dessa patienter skall känna sig välkomna och bli sedda för dem de är i mötet med hälso- och sjukvården. Denna litteraturstudie kan verka som en påminnelse om omvårdnadens värdegrund, det vill säga att bemöta alla människor med respekt samt värna om enskilda individers värdighet.

### **Fortsatta studier**

Av vår studies resultat framkom det att personer med schizofreni upplever en otrygg tillvaro. Därför anser vi att det finns ett behov av kunskap om lämpliga omvårdnadsinterventioner i hur vi som sjuksköterskor kan stödja dessa personers upplevelse av trygghet.

**Klinisk relevans**

Ett fokus på individens upplevelse av att leva med schizofreni är av stor relevans för sjuksköterskeprofessionen. Detta då denna grupp individer har ett större somatiskt vårdbehov än övriga individer. Biverkningar av den psykofarmaka som förskrivs till denna grupp är bland annat metabola och hjärt-kärlsjukdomar vilket innebär att grundutbildade sjuksköterskor kommer att möta dessa personer oavsett vårdavdelning. Med ökad kunskap och förståelse för hur dessa individer upplever sin tillvaro ges underlag för utformandet av omvårdnadsinterventioner, betydelsen av bemötandet samt särskilda behov i och med sjukdomens komplexitet. För att möjliggöra sjuksköterskans uppdrag att främja hälsa och lindra lidande krävs en bred kompetens därför är denna kunskap av betydelse.

## Referenser

(\* artiklar som ingått i analysen)

Allgulander, C. (2014). *Klinisk psykiatri* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

\*Anderson, L. B. (2014). African American males diagnosed with schizophrenia: A phenomenological study. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(8), 580-587. doi: 10.3109/01612840.2013.867464

Bornheimer, L. A., & Nguyen, D. (2016). Suicide among individuals with schizophrenia: A risk factor model. *Social Work in Mental Health*, 14(2), 112-132. doi: 10.1080/15332985.2014.946549

Bremberg, S., & Dalman, C. (2015). *Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – En kunskapsöversikt*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Från <http://forte.se/wp-content/uploads/2014/12/kunskapsöversikt-begrepp.pdf>

Catts, S. V., & O'Toole, B. I. (2016). The treatment of schizophrenia: Can we raise the standard of care?. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(12), 1128–1138. doi: 10.1177/0004867416672725

Cheng, S. C., & Schepp, K. G. (2016). Early intervention in schizophrenia: A literature review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2016), 774–781. doi: 10.1016/j.apnu.2016.02.009

Collier, E. (2008). Historical development of psychiatric classification and mental illness. *British Journal of Nursing*, 17(14), 890–894.

De Jacq, K., Norful, A. A., & Larson, E. (2016). The variability of nursing attitudes toward mental illness: An integrative review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), 788–796. doi: 10.1016/j.apnu.2016.07.004

\*De Jager, A., Rhodes, P., Beavan, V., Holmes, D., McCabe, K., Thomas, N., ... Hayward, M. (2015). Investigating the lived experience of recovery in people who hear voices. *Qualitative Health Research*, 26(10), 1409-1423. doi: 10.1177/1049732315581602

Duggleby, W., Hicks, D., Nekolaichuk, C., Holtslander, L., Williams, A., Chambers, T., & Eby, J. (2011). Hope, older adults, and chronic illness: a metasynthesis of qualitative research. *Journal of advanced nursing*, 68(6), 1211-1223. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05919.x

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., & Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centred care – Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248–251.

Falkum, E., Klungsøyr, O., Ullevoldsæter Lystad, J., Bull, H. C., Evensen, S., Martinsen, E. W., Friis, S., & Ueland, T. (2017) Vocational rehabilitation for adults with psychotic disorders in a Scandinavian welfare society. *BMC Psychiatry*, 17(1), 24. doi: 10.1186/s12888-016-1183-0

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105–112.

\*Güner, P. (2014). Illness perception in Turkish schizophrenia patients: A qualitative explorative study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(6), 405–412. doi: 10.1016/j.apnu.2014.08.016

Henricson, M. (2012). Diskussion. I. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (s.471-479). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I. M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (s.129-137). Lund: Studentlitteratur.

Holloway, I., Wheeler, S. (2012). *Qualitative research: in nursing and healthcare* (3rd ed.). Oxford: Wiley- Blackwell.

Humphrey Beebe, L., Smith, K., Burk, R., Dessieux, O., Velligan, D., Tavakoli, A., & Tennison, C. (2010). Effect of a motivational group intervention on exercise self-efficacy and outcome expectations for exercise in schizophrenia spectrum disorders. *Journal of the American Psychiatric*, 16(2) 105–113. doi: 10.1177/1078390310364428

Jana, A. K., Ram, D., & Praharaj, S. K. (2014). Empowerment and its associations in schizophrenia: A cross-sectional study. *Community Mental Health Journal, 50*(6), 697-701. doi: 10.1007/s10597-014-9729-4

Jormfeldt, H., Rask, M., Brunt, D., Bengtsson, A., & Svedberg, P. (2012) Experiences of a person-centred health education group intervention—A qualitative study among people with a persistent mental illness. *Issues in Mental Health Nursing, 33*(4), 209-216. doi: 10.3109/01612840.2011.653041

\*Kalhovde, A. M., Elstad, I., & Talseth, A.-G. (2014). “Sometimes I walk and walk, hoping to get some peace.” Dealing with hearing voices and sounds nobody else hears. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 9*(0), 1-12. doi: 10.3402/qhw.v9.23069

Kylmä, J., Juvakka, T., Nikkonen, M., Korhonen, T., & Isohanni, M. (2006). Hope and schizophrenia: an integrative review. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 13*(6), 651–664. doi: 10.1111/j.1365-2850.2006.01012.x

\*Liu, L., Ma, X., & Zhao, X. (2012). What do psychotic experiences mean to Chinese schizophrenia patients? *Qualitative Health Research, 22*(12), 1707–1716. doi: 10.1177/1049732312460589

Lundman, B., & Jansson, L. (2006). The meaning of living with a long-term disease. To revalue and be revalued. *Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses, 16*(2), 109-115. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01802.x

Martínez-Zambrano, F., García-Morales, E., García-Franco, M., Miguel, J., Villellas, R., Pascual, G., Arenas, O., & Ochoa, S. (2013). Intervention for reducing stigma: Assessing the influence of gender and knowledge. *World Journal of Psychiatry, 3*(2), 18-24. doi: 10.5498/wjp.v3.i2.18

\*Mauritz, M., & Van Meijel, B. (2009). Loss and grief in patients with schizophrenia: on living in another world. *Archives of Psychiatric Nursing, 23*(3), 251–260. doi: 10.1016/j.apnu.2008.06.006

Matsuda, M. & Kohno, A. (2016). Effects of the nursing psychoeducation program on the acceptance of medication and condition-specific knowledge of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing, 30*(5), 581-586. doi: 10.1016/j.apnu.2016.03.008

\*Mazor, U., & Doron, I. (2011). The meaning of community rehabilitation for schizophrenia patients in Israel. *Community Mental Health Journal, 47*(3), 351-360. doi: 10.1007/s10597-010-9324-2

Mingrone, C., Montemagni, C., Sandei, L., Bava, I., Mancini, I., Cardillo, S., & Rocca, P. (2016). Coping strategies in schizoaffective disorder and schizophrenia: Differences and similarities. *Psychiatry Research, 244*(2016), 317–323. doi: 10.1016/j.psychres.2016.06.059

Mittal, D., Corrigan, P., Sherman, M. D., Chekuri, L., Xiaotong, H., Reaves, C., ... Sullivan, G. (2014). Healthcare providers' attitudes toward persons with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 37*(4), 297–303. doi: 10.1037/prj0000095

\*Nilsson, B., Näden, D., & Lindström, U. Å. (2008). The tune of want in the loneliness melody- loneliness experienced by people with serious mental suffering. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 22*(2), 161-169.

Nillson, C., Lindberg, B., Skär, L., & Söderberg, S. (2016). Meanings of balance for people with long-term illnesses. *British Journal of Community Nursing, 21*(11), 563-567.

\*Noh, C., Choe, K., & Yang, B. (2008). Hope from the perspective of people with schizophrenia (Korea). *Archives of Psychiatric Nursing, 22*(2), 69–77.  
doi:10.1016/j.apnu.2007.10.002

\*Ogden, L. P. (2014). "My life as it is has value": Narrating schizophrenia in later years. *Qualitative Health Research, 24*(10), 1342–1355. doi: 10.1177/1049732314546752

Park, S. A., & Sung, K. M. (2012) The effects on helplessness and recovery of an empowerment program for hospitalized persons with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care, 49*(2013), 110–117. doi: 10.1111/ppc.12002



\*Pitkänen, A., Hätönen, H., Kuosmanen, L., & Välimäki, M. (2009). Individual quality of life of people with severe mental disorders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(1), 3-9. doi: 10.1111/j.1365-2850.2008.01308.x.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Qvarsell, R. (2001). *Vårdens idehistoria*. Carlsson bokförlag: Stockholm.

Sarvimäki, A., & Stenbock-Hult, B. (2012). *Omvårdnadens etik: Sjuksköterskan och det moraliska rummet*. Stockholm: Liber.

\*Redmond, C., Larkin, M., & Harrop, C. (2010) The personal meaning of romantic relationships for young people with psychosis. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 15(2), 151-170. doi: 10.1177/1359104509351447

Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529-539. doi:10.1016/j.eurpsy.2005.04.004

Rössler, W., Salize, H. J., Van Os, J., & Riecher-Rössler, A. (2005). Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 399-409. doi: 10.1016/j.euroneuro.2005.04.009

Sarvimäki, A., & Stenbock-Hult, B. (2008). *Omvårdnadens etik: Sjuksköterskan och det moraliska rummet*. Stockholm: Liber.

SBU. (2014). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok*. (2 uppl.). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Sheilds, L., Molzahn, A., Bruce, A., Schick Makaroff, K., Stajduhar, K., Beuthin, R., & Shermak, S. (2015). Contrasting stories of life-threatening illness: A narrative inquiry. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 207-215. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.10.008

Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56(2003), 299–312. doi: 10.1016/S0277-9536(02)00028-X

Seo, Ahn, Byun & Kim (2007). Social skills training as nursing intervention to improve the social skills and self-esteem of inpatients with chronic schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(6), 317–326. doi: 10.1016/j.apnu.2006.09.005

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 19 januari, 2017, från Riksdagen, [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763\\_sfs-1982-763](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763)

\*Shepherd, S., Depp, C. A., Harris, G., Halpain, M., Palinkas, L. A., & Jeste, D. V. (2010). Perspectives on schizophrenia over the lifespan: a qualitative study. *Schizophrenia Bulletin*, 38(2):295-303. doi: 10.1093/schbul/sbq075

SOSFS 2011-6-15. *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom – akut hjärtinfarkt*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-6-15/Sidor/default.aspx#>

Stewart, D. C., Anthony, G. B., & Chesson, R. (2010). 'It's not my job. I'm the patient not the doctor': patient perspectives on medicines management in the treatment of schizophrenia. *Patient Education and Counseling*, 78(2), 212-217. doi: 10.1016/j.pec.2009.06.016

Svensk sjuksköterskeförening (2016). *Personcentrerad vård*. Svensk sjuksköterskeförening. Från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk\\_sjukskoterskeforening\\_om\\_personcentrerad\\_vard\\_oktober\\_2016.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf)

Tham, X., Xie, H., Chng, C. M., Seah, X. Y., Lopez, V., & Klainin-Yobas, P. (2016). Factors affecting medication adherence among adults with schizophrenia: A literature review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30, 797–809. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu>.

Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet*, 373(9661), 408–415. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61817-6

\*Tidefors, I., & Olin, E. (2010). A need for 'good eyes': Experiences told by patients diagnosed with psychosis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 6(1), 1-9. doi: 10.3402/qhw.v6i1.5243

\*Vandyk, A. D., Baker, C. (2012). Qualitative descriptive study exploring schizophrenia and the everyday effect of medication-induced weight gain. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(4), 349-57. doi: 10.1111/j.1447-0349.2011.00790.x

Vilhauer, R. P., (2017) Stigma and need for care in individuals who hear voices. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(1), 5–13. doi: 10.1177/0020764016675888

Välimäki, M., Hätönen, H., Lahti, M., Kuosmanen, L., & Adams, C. E. (2013). Information and communication technology in patient education and support for people with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 39(3), 496–498. doi: 10.1093/schbul/sbt042

Wiklund Gustin, L. (2014). Att närma sig det svårförståeliga. I L. Wiklund Gustin (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa: På avancerad nivå* (2. uppl., s. 21-37). Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtzevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning & klinisk verksamhet* (2. uppl.). Studentlitteratur: Lund

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2012). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning & klinisk verksamhet* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization (2016). Schizophrenia. Hämtad 20 januari 2017, från World health Organization, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>