

Campus Elverum  
Avdeling for Folkehelse, BASY 2014

Bacheloroppgave i sykepleie  
4BACH

Elin Magnusson og Therese Hatlevik Sorknes

# **Veiledning for å bedre søvnhygiene hos pasienter med schizofreni**

Guidance for better sleep hygiene in  
patients with schizophrenia

2017

Veileder: Dina Bjørlo Strande

Antall ord: 13 183

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA  NEI



## SAMMENDRAG

**Tittel:** «Veiledning for å bedre søvnhygiene hos pasienter med schizofreni», «Guidance for better sleep hygiene in patients with schizophrenia».

**Bakgrunn:** Lidelsen schizofreni har, gjennom psykiatripraksisen, fanget vår interesse. Vi har fått inntrykk av at det er lite fokus på behovet for søvn. Vi vet at veiledning er en viktig sykepleiefunksjon. Liv Strand tar for seg prinsipper som omhandler sykepleie til pasienter med psykoselidelse. På bakgrunn av dette ønsker vi å finne ut hvordan sykepleiere kan veilede pasienter med schizofreni i forhold til søvnforstyrrelser, gjennom å bruke noen av disse prinsippene.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleiere veilede pasienter med schizofreni slik at behovet for søvn blir ivaretatt?

**Metode:** Oppgaven er en fordypningsoppgave med litteraturstudie som tilnæringsmetode. Oppgaven baserer seg på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, forskning og egne erfaringer.

**Resultat:** Forskning viser at 80 % av pasienter med schizofreni opplever søvnforstyrrelser. Dette kan skyldes blant annet forstyrrelser i den sirkadiske rytmen og forskyvning i melatoninproduksjonen. Søvnforstyrrelser kan føre til økt selvmordsrisiko, og sykepleierens veiledning i forhold til søvnproblematikk kan være avgjørende for å øke pasientens livskvalitet. Resultat av forskning viser at søvnforstyrrelser hos pasienter med schizofreni bør behandles ved hjelp av forskningsbaserte tiltak.

**Konklusjon:** Sykepleiere må tilby kontakt og regelmessighet, kjenne pasientens grenser, og vite hvor mye sykepleie pasienten har behov for, for å kunne skape en relasjon og dermed gi tilpasset veiledning med god kvalitet. Disse faktorene har også stor betydning for at tiltak i forhold til søvnforstyrrelser skal ha god effekt.

**Nøkkelord:** Sykepleie, sykepleiere, lidelse, schizofreni, livskvalitet, søvn, søvnproblemer, søvnforstyrrelser, sirkadisk rytme, melatonin.

# INNHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG .....	2
<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>5</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	5
1.2 CASE .....	6
1.3 PRESENTASJON OG AVGRENSNING AV PROBLEMSTILLING .....	7
1.4 OPPGAVENS DISPOSISJON .....	9
1.5 ETISKE OVERVEIELSER .....	9
<b>2. METODE .....</b>	<b>10</b>
2.1 HVA ER METODE? .....	10
2.1.1 <i>Kvantitativ og kvalitativ metode</i> .....	10
2.1.2 <i>Hva er litteraturstudie?</i> .....	11
2.2 FREMGANGSMÅTE FOR SØK .....	11
2.3 KILDEKRITIKK .....	13
<b>3. PRESENTASJON AV ARTIKLER .....</b>	<b>15</b>
3.1 «SLEEP DISTURBANCES AND SUICIDE RISK IN AN 8-YEAR LONGITUDINAL STUDY OF SCHIZOPHRENIA-SPECTRUM DISORDERS» .....	15
3.2 «QUALITY OF LIFE OF PERSONS SUFFERING FROM SCHIZOPHRENIA, PSORIASIS AND PHYSICAL DISABILITIES» .....	16
3.3 «SLEEP AND CIRCADIAN RHYTHM DISRUPTION IN SCHIZOPHRENIA» .....	17
3.4 «TREATING SLEEP PROBLEMS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA» .....	18
3.5 «SØVNFORSTYRRELSER VED PSYKISKE LIDELSER» .....	19
<b>4. TEORI .....</b>	<b>21</b>
4.1 PASIENTER MED SCHIZOFRENI .....	21

4.1.1	<i>Om schizofrenilidelsen</i> .....	21
4.1.2	<i>Søvn og søvnforstyrrelser ved schizofreni</i> .....	25
4.2	<b>SYKEPLEIE</b> .....	26
4.2.1	<i>Sykepleieteori</i> .....	26
4.2.2	<i>Veiledning</i> .....	29
<b>5.</b>	<b>DRØFTING</b> .....	<b>31</b>
5.1	<b>SØVNFORSTYRRELSER HOS PASIENTER MED SCHIZOFRENI</b> .....	31
5.1	<b>FORUTSETNINGER FOR Å KUNNE VEILEDE</b> .....	33
5.1.1	<i>Kontinuitet og regelmessighet</i> .....	34
5.1.2	<i>Nærhet og avstand</i> .....	35
5.2	<b>TILTAK FOR GOD SØVNHYGIENE</b> .....	36
5.2.1	<i>Tilpassing av søvmiljø</i> .....	37
5.2.2	<i>Daglig aktivitet</i> .....	38
5.2.3	<i>Oppnåelse av sirkadisk rytme</i> .....	39
5.2.4	<i>Generelle tiltak</i> .....	40
<b>6.</b>	<b>KONKLUSJON</b> .....	<b>42</b>
<b>7.</b>	<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>43</b>

# 1. INNLEDNING

Vi er to studenter, som i denne oppgaven skal fordype oss i lidelsen schizofreni og søvnforstyrrelser. Vi har sett på Helse Sør-Øst RHF sitt oppdragsdokument for 2017, som blant annet sier at det skal være større fokus på å prioritere psykisk helsevern. Deres formål er at pasientene skal oppnå mest mulig mestring av eget liv (Det kongelige helse- og omsorgsdepartement, 2017, s. 4). Psykisk helsevern er altså et aktuelt tema nå i dag.

Vi vil i dette kapittelet presentere bakgrunnen for hvorfor vi har valgt å fordype oss i akkurat disse teamene, og legge frem en case som vi vil bruke som et utgangspunkt gjennom oppgaven. En problemstilling vil bli presentert med avgrensninger i forhold til hva vi vil legge vekt på og hva vi kommer til å utelukke. Deretter vil oppgavens disposisjon bli presentert, samt en beskrivelse av hvilke etiske hensyn vi har tatt.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Oppfatningen av psykiske lidelser har forandret seg mye gjennom tiden. Det har stadig dukket opp flere ulike synspunkter og større forståelse for psykiske lidelser (Hermundstad, 1999, s. 25). I 1853 definerte Benedict Morel (1857) det vi i dag kaller schizofreni, som *démence précoce*. Dette ble oversatt til «tidlig demens» og ble omtalt som en lidelse, som i hovedsak påvirket tenåringer og unge voksne. Emil Kraepelin (1889) brukte i stedet uttrykket *dementia praecox*, og beskrev dette som en alvorlig sinnssykdom som inkluderte både hebefreni og katatoni. Hebefreni og katatoni blir nå betegnet som to av de tre ulike formene for schizofreni. Eugen Bleuler (1911) erstattet navnet *demetia praecox* med *schizofreni* og en definisjon som er lik den vi har i dag (Hermundstad, 1999, s. 60).

Å møte pasientene i psykiatripraksisen gjorde stort inntrykk på oss. Vi møtte flere pasienter med schizofreni, der symptomene var svært fremtredende hos enkelte. Vi har sett en serie som heter «Stemmene i hodet». Serien handler om det å leve med en schizofrenilidelse (Norsk Rikskringkasting [NRK], 2017). Dette har medført en større interesse og et ønske om å lære mer om lidelsen.

Vi har erfaringer med at søvnforstyrrelser ofte er et problem som blir oversett og som det er manglende kunnskaper om. Vi tror det kan være nyttig å få en økt forståelse for hva

søvnforstyrrelser kan dreie seg om. Vi har erfart i praksis at pasienter med schizofreni, som har dårlig søvnhygiene over lengre tid, har mer symptomer enn pasienter med god søvnhygiene. I senere tid har vi lest forskning som sier at mange pasienter som lider av schizofreni sliter med søvnforstyrrelser. Vi har på bakgrunn av dette valgt å ha fokus på søvnforstyrrelser hos personer med schizofreni. Med dette ønsker vi også å øke vår teoretiske kunnskap om temaene schizofreni og søvnforstyrrelser og sammenhengen mellom disse.

Vi har, fra praksis, erfaringer med at sykepleierens veiledende funksjon er svært viktig for pasientens kunnskapsnivå og forståelse. Oppgaven vil derfor legge vekt på sykepleierens veiledende funksjon.

Vi har i løpet av sykepleierstudiet fått stor kjennskap til Strand, og hennes 12 prinsipper for egostyrkende sykepleie. Vi vet at Strand i hovedsak har fokus på pasienter innen psykiatrifeltet. Gjennom oppgaven har vi derfor valgt å bruke hennes sykepleieteori.

På bakgrunn av det overnevnte ønsker vi å fordype oss i lidelsen schizofreni, søvnforstyrrelser og sykepleierens funksjon i forhold til veiledning om tiltak for bedre søvnhygiene.

## **1.2 Case**

Karl er 35 år, og fikk for fem år siden diagnosen paranoid schizofreni. Da Karl var preget av sykdommens utvikling med vrangforestillinger og hallusinasjoner fikk han plass i en døgnbemannet omsorgsbolig for personer med psykiske lidelser. Han trives i omsorgsboligen. Karl er uføretrygdet og fyller dagene med daglige gjøremål, som handling og husarbeid. Dette får han hjelp til av sykepleierne. Han er glad i å tegne og lage mat. Karl har en bror som pleier å ta han med på kafé og spaserturer to ganger i uken. Karl bruker medisiner for å redusere symptomene. Han har selv innsikt i sin lidelse.

Karl har gode og dårlige perioder. I sine gode perioder har han mindre vrangforestillinger og hallusinasjoner, og føler seg mer opplagt. Sykepleierne har observert at Karl har hatt flere dårlige perioder det siste halvåret. Han har da vrangforestillinger om at sykepleierne i omsorgsboligen er ute etter ham og vil forgifte ham da han skal sove, og at de andre

beboerne roter på rommet hans om nettene. Han har i flere tilfeller mistolket både det beboerne og sykepleierne har sagt. Selv om Karl sier han nå er i en god periode, har han sett mye sliten og trøtt ut. Han står opp sent og sover mye på dagen. Sykepleierne har ved besøk observert at Karl ofte spiser store mengder middag og drikker mye kaffe og cola i leiligheten sent om kvelden. Han er mer avvikende og tilbringer mye tid i leiligheten. Da broren kommer for å ta han med på kafé og spaserturer, sier han at han ikke orker. Han vil heller ikke ta imot hjelpen han får av sykepleierne. Leiligheten er rotete og det er skittent på både benker og gulv. Sykepleierne har også lagt merke til at det henger flere dystre bilder og plakater på veggene på soverommet hans.

Sykepleier, som er Karl sin primærkontakt, har en samtale med Karl hvor det kommer frem at han holder seg mye våken om nettene da han har dårlige perioder. Han sier at han, også i de gode periodene, ikke lenger klarer å sove på nettene, og at han pleier å sovne på sofaen rundt 6-tiden på morgenen. Det viser seg at Karl oftere opplever vrangforestillinger og hallusinasjoner, selv i de gode periodene. Han sier at han er bekymret på kveldene og redd for å oppleve hallusinasjoner og vrangforestillinger. Han er oppgitt, frustrert og sliten. Han spør sykepleier hva han kan gjøre for å bedre situasjonen.

På grunn av uforutsette grunner har Karl nå fått en ny sykepleier som primærkontakt. Karls nye primærkontakt har fått informasjon angående Karl sin situasjon, og prøver å finne ut hva som skal til for at han skal få tilfredsstilt sitt behov for søvn.

### **1.3 Presentasjon og avgrensning av problemstilling**

Hvordan kan sykepleiere veilede pasienter med schizofreni slik at behovet for søvn blir ivaretatt?

I vår oppgave vil vi ta utgangspunkt i caset ovenfor som handler om Karl på 35 år. Vi vil altså ha fokus denne aldersgruppen, og da ikke trekke inn hensyn som må tas dersom pasienten er et barn eller en ungdom. Lidelsen schizofreni deles inn i flere undergrupper med ulike symptomer, men vi velger å fokusere på undergruppen paranoid schizofreni for å begrense teoriomfanget. Vi vil ikke beskrive de symptomene som, i teorikapittelet, blir beskrevet som ikke fremtredende. Når vi drøfter tiltak for bedre søvnhygiene vil vi ta



utgangspunkt i at sykepleien gis når pasienten er i en god periode med mindre psykosesyntomer. Vi vil ta utgangspunkt i at pasienten bor i en omsorgsbolig, og at sykepleier har mulighet til å følge opp pasienten over en lengre periode.

Sykepleiere har mange funksjoner i møte med pasienter og deres behov. Vi mener det er mest hensiktsmessig å bruke den veiledende funksjon når sykepleier skal hjelpe pasienten med hans søvnproblem. Å gi veiledning i dette tilfelle, er viktig for at pasienten i vår case skal få økt kunnskap og forståelse om viktigheten av søvn og av tiltak som kan bidra til å ivareta egen helse. Veiledning blir sykepleierens funksjon i oppgaven.

Pasienter med schizofreni har ofte behov for sykepleie som styrker deres ego slik at de kan møte normer og verdier, og samfunnets krav (Hummelvoll, 2012, s. 342). Vi velger derfor å anvende Liv Strand sine prinsipper for egostyrkende sykepleie. Vår oppgave vil ha fokus på tre av de 12 egostyrkende sykepleieprinsippene: kontinuitet og regelmessighet, nærhet og avstand og fysisk omsorg. Disse prinsippene bør brukes for at veiledning til pasienter med schizofreni skal lykkes. Under kapittelet om sykepleieteori og de tre prinsippene vil vi trekke inn annen teori som vi mener er relevant i bruken av prinsippene.

I vår oppgave har vi valgt å bruke ulike forskningsartikler for å besvare vår problemstilling. Vi har blant annet valgt ut en forskningsartikkel som beskriver livskvaliteten til pasienter med schizofreni. Denne artikkelen er tatt med selv om livskvalitet ikke blir et hovedfokus eller brukt som et nøkkelbegrep gjennom oppgaven.

I tillegg til bruk av ordet «sykepleier» vil vi bruke «hun», og når vi omtaler pasienten vil vi bruke «han». Vi velger å skrive «pasienter med schizofreni», «pasienter med paranoid schizofreni» og «pasienter i psykose» når vi omtaler Karl og pasientgruppen for øvrig. Når vi snakker om veiledning vil vi også bruke begrepene «informere» og «tilrettelegge», da veiledning også omhandler dette (Granum, 2003, s. 44-45). Ved omtale av søvnforstyrrelser vil vi også skrive «søvnproblemer». Når vi omtaler egne tanker, tolkninger og erfaringer, vil vi skrive blant annet «vi tenker...», «vi tolker...» og «vi har erfaringer med...».

Vår oppgave vil i hovedsak handle om hvordan veilede pasienter med schizofreni, som har søvnproblemer. Vi vil ha fokus på hva det innebærer å veilede, hvordan sykepleier kan anvende de egostyrkende sykepleieprinsipper og hvilke tiltak sykepleier kan veilede i for at

pasienten skal oppnå bedre søvnhygiene. Vår oppgave vil besvares ved å drøfte teori, forskningsartikler og egne erfaringer.

## **1.4 Oppgavens disposisjon**

I denne oppgaven vil vi dele inn kapitlene i tre kapittelnivåer, med 6 hovedkapitler, og herunder, to nivåer av underkapitler. Kapittel 1 er innledning. I kapittel 2, metodedelen, skal vi beskrive hva metode er, med ulike metoderetninger, samt beskrive fremgangsmåte for søk av artikler og kildekritikk av kilder. I kapittel 3, presentasjon av artikler, vil vi presentere de forskningsartiklene vi har valgt å bruke i oppgaven med fokus på artiklenes formål, metode, resultat og kildekritikk. Kapittel 4, teoridelen, vil være vårt begrepsmessige rammeverk, som inneholder relevant litteratur i forhold til det valgte temaet. I kapittel 5, drøftingsdelen, skal vi tolke og drøfte teori og forskning for å få svar på vår problemstilling. Konklusjonen vil komme til slutt i kapittel 6.

## **1.5 Ethiske overveielser**

Ethiske overveielser handler om å ivareta personvernet og sikre troverdighet av forskningsresultater (Dalland, 2012, s. 96).

I oppgavens case presenteres en fiktiv person, som vil si at personen i caset og hans situasjon er diktet opp og basert på egne erfaringer og kunnskaper. Etersom personen i caset ikke er igjenkjennbar er de etiske retningslinjene for personvern overholdt. Vi overholder også den lovpålagte taushetsplikten da vi ikke angir navn eller personopplysninger ved anvending av egne erfaringer.

Vi har søkt i Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (2017), hvor det viser seg at alle forskningsartiklene er fagfellevurdert. Artiklene er altså vurdert, kvalitetssikret og godkjent av eksperter innenfor fagfeltet (Utdanningsforbundet, 2016).

Vi har vært tro mot kildene som er brukt i oppgaven, da vi har henvist ved bruk av APA-standard. Vi har anerkjent artiklenes forfattere med deres bidrag i denne oppgaven, ved å henvise til dem som kilde.

## **2. METODE**

I dette kapittelet vil vi starte med en generell beskrivelse av hva metode er og gå inn på noen metoderetninger. Deretter vil vi beskrive fremgangsmåten for søk av våre valgte forskningsartikler.

### **2.1 Hva er metode?**

En metode kan ses på som et redskap som blir brukt i møte med noe man vil undersøke. Metoden forteller noe om hvordan man har gått til verks for å fremskaffe aktuell kunnskap (Dalland, 2012, s. 111).

Sosiologen Vilhelm Aubert (1985) sin definisjon av metode lyder slik: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2012, s. 111).

I forskning blir ofte to typer orienterte metoderetninger brukt; kvantitativ og kvalitativ metode (Dalland, 2012, s. 112).

#### **2.1.1 Kvantitativ og kvalitativ metode**

Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter. Det blir her innhentet et lite antall opplysninger, med faste svaralternativer, om mange undersøkelsesenheter uten at forskerne har direkte kontakt med feltet. Man går her i bredden og får frem det som er felles, altså et gjennomsnitt. Spørreskjema blir ofte benyttet. Resultatene fremstilles systematisk og strukturert, gjerne i form av statistikk (Dalland, 2012, s. 112-113).

Kvalitativ metode har som hensikt å fange opp meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes eller måles. Det blir her innhentet mange opplysninger, uten faste svaralternativer, om få undersøkelsesenheter. Her blir intervju ofte benyttet, hvor man går i dybden og får frem det særegne og eventuelt det avvikende. Innsamlet data tar sikte på å få frem sammenheng og helhet (Dalland, 2012, s. 112-113).

### **2.1.2 Hva er litteraturstudie?**

En litteraturstudie er en metode som i hovedsak bygger på skriftlige kilder, der man benytter allerede eksisterende teori og forskning for å belyse en problemstilling. Man kan i tillegg anvende egne erfaringer og refleksjoner. I en litteraturstudie danner forskningsprosessen idealet for arbeidet. Det er de skriftlige kildene i form av kildekritikk og vurderingene av dette som vil være det metodiske redskapet (Dalland, 2012, s. 123-124).

Formålet med en litteraturstudie vil være å øke kunnskap og forståelse innenfor faget, eller å avdekke noe man mener bør forbedres (Dalland, 2012, s. 223-224).

Denne bacheloroppgaven er en fordypningsoppgave hvor vi bruker litteraturstudie som tilnæringsmetode. Vi har brukt pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, forskningsartikler og egne erfaringer. Dette har hjulpet oss til å samle inn data og informasjon som er aktuell for å belyse oppgavens problemstilling. Vi vil videre vise hvordan vi har gått frem for å fremskaffe forskningsartiklene vi har valgt å bruke i oppgaven.

## **2.2 Fremgangsmåte for søk**

Fremgangsmåten for søk gjør rede for valg av litteratur. Her beskrives det konkret hvordan man har gått frem, med avgrensninger man har foretatt og søkerord som er brukt (Dalland, 2012, s. 228).

For å finne aktuelle søkord, har vi benyttet oss av MeSH. Dette er en database som benyttes for å finne synonymer og definisjoner av det man søker etter, både på norsk og på engelsk (Helsebiblioteket, 2016). Ved søk av artikler har vi brukt følgende søkeord: nursing (sykepleie), nurse (sykepleier), suffering (lidelse), disorder (lidelse), schizophrenia (schizofreni), quality of life (livskvalitet), sleep (søvn), sleep problems (søvnproblemer), sleep disturbances (søvnforstyrrelser), circadian rhythm (sirkadisk rytme), melatonin (melatonin).

De fire første forskningsartiklene som presenteres har vi funnet ved å gå inn på Helsebiblioteket.no. Under linken som heter *databaser* har vi gått inn på *PubMed – fulltekst*. Vi har, fra tidligere, gode erfaringer med å bruke PubMed som database ved systematiske

søk. For å få oppdatert forskning, ha tilgang til hele artikler og dermed begrense antall treff, har vi filtrert søkene. Vi har under *Publication dates* valgt at treffene ikke skal være mer enn ti eller fem år gamle, og under *Text availability* krysset av for *Free full text*. Vi har også valgt avansert søk hvor vi har bestemt at søkeordene skal være i artikkelens tittel. Vi har erfaring med at dette øker relevansen i treffene vi får.

**Forskningsartikkel 1:** Her brukte vi søkeordene «Schizophrenia AND Sleep disturbances» og fikk to treff, hvorav den ene handlet om søvnforstyrrelser og selvmordsrisiko hos personer med schizofreni. Denne heter «Sleep Disturbances and Suicide Risk in an 8-Year Longitudinal Study of Schizophrenia-Spectrum Disorders». Vi valgte å bruke denne da den kartlegger viktigheten av at pasienter med schizofreni får veiledning i forhold til søvn- og døgnrytmeproblematikk.

**Forskningsartikkel 2:** Vi brukte søkeordene «Suffering AND Schizophrenia AND Quality of life» og fikk opp tre treff. Vi valgte å bruke den som heter «Quality of Life of Persons Suffering from Schizophrenia, Psoriasis and Physical Disabilities». Denne handler om hvordan livskvaliteten hos personer med schizofreni er i forhold til personer som har psoriasis eller en fysisk funksjonshemming. Vi valgte å bruke denne artikkelen da den kartlegger livskvaliteten til personer med schizofreni. Vi tenker at veiledning i forhold til søvnproblematikk kanskje kan bidra til økt livskvalitet.

**Forskningsartikkel 3:** Vi brukte her søkeordene «Schizophrenia AND Circadian rhythm». Da vi ikke filtrerte søket kom det opp åtte treff, men da vi krysset av for *10 years* og *Free full text* ble det bare ett treff. Denne artikkelen heter «Sleep and circadian rhythm disruption in schizophrenia», og omhandler forekomsten og årsaker til søvnforstyrrelser hos pasienter med schizofreni. Vi valgte å bruke denne da det er viktig å få frem at søvnproblematikk faktisk er et reelt problem hos flere pasienter med schizofreni.

**Forskningsartikkel 4:** Vi brukte søkeordene «Schizophrenia sleep problems». Da vi ikke brukte avansert søk fikk vi 24 treff. Da vi brukte avansert søk med søkeordene «Schizophrenia AND Sleep problems», og valgte å søke i tittel, fikk vi bare ett treff. Denne artikkelen heter «Treating sleep problems in patients with schizophrenia», og tar for seg ikke-medikamentell behandling i forhold til pasienter med schizofreni som sliter med søvn.

Denne er relevant da den fokuserer på andre behandlingsmetoder og tiltak, som sykepleier kan veilede i forhold til.

**Forskningsartikkel 5:** Denne forskningsartikkelen har vi funnet ved å gå inn på Tidsskriftet.no. Her brukte vi søkeordene «Schizofreni søvnforstyrrelser» og fikk da opp 13 treff. Vi valgte da å filtrere søket. Vi brukte de samme søkeordene, men krysset av for *oversiktsartikler* under artikkeltype, og valgte å søke i tittel/sammendrag. Det kom da bare opp ett treff. Denne artikkelen heter «Søvnforstyrrelser ved psykiske lidelser». Vi valgte å bruke denne da vår oppgave omhandler søvnproblemer ved schizofreni, som er en psykisk lidelse.

### **2.3 Kildekritikk**

Kildekritikk benyttes for å vurdere om en kilde er troverdig. Det vil si at man vurderer og karakteriserer kilden ved å se på kildens relevans, holdbarhet og troverdighet. Relevans har vi brukt for å vurdere hvilken verdi kilden har for vår problemstilling. Holdbarhet handler om når teksten er skrevet, og dermed hvor gjeldene teksten er den dag i dag. Troverdighet dreier seg om hva slags tekst det er, hvem som har skrevet teksten, med forfatterens akademiske grad og tekstens formål (Dalland, 2012, s. 67-74). Disse faktorene har vi brukt som kriterier ved valg av både teori og forskningsartikler. Vi har sett at de valgte artiklene er bygd opp etter IMRaD-strukturen, som står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Dette vil si at artiklene er bygd opp etter en norm om hvordan en artikkel skal se ut (Dalland, 2012 s. 79). Vi tenker at dette øker troverdigheten av artiklene.

Ved bruk av kilder fra internett har vi brukt vår digitale kompetanse og bearbeidingskompetanse. Dette er kompetanse som må til for å kunne mestre bruken av digitale verktøy og medier, og gjenbruke og forstå informasjon fra internett (Dalland, 2012, s. 66). Vi har ikke brukt mange nettsider i vår oppgave, men de vi har brukt er anerkjente. Vi har blant annet brukt helsedirektoratets sider, som er underlagt helse- og omsorgsdepartementet og som er kunnskapsbasert (Helsedirektoratet, 2017). På bakgrunn av dette ser vi på kilden som troverdig og relevant. Vi har ved ett tilfelle henvist til Store norske leksikon, som er et oppslagsverk skrevet av fagfolk (Om store norske leksikon, s.a.). Vi ser

noe kritisk på bruk av denne kilden, da nettsiden ikke er sykepleiefaglig. Vi har likevel valgt å henvise til siden, for å definere et begrep.

Vi har brukt teori fra pensumlitteratur og faglitteratur som omhandler sykepleie og sykepleiefaget for øvrig. Forfatterne her er anerkjente. På bakgrunn av dette er pensumlitteratur og faglitteratur brukt hyppig gjennom oppgaven. Erfaringer vi har anvendt i oppgaven er reelle opplevelser fra vår psykiatripraksis.

Kildekritikk i forhold til hver enkelt forskningsartikkel står skrevet under kapittel 3. Vi vil likevel her nevne noen felles faktorer som vi ser kritisk på i forhold til artiklene. Vi har blant annet brukt søkeordene nursing (sykepleie) og nurse (sykepleier) hyppig i kombinasjon med flere søkeord. Resultatene vi fikk opp omhandlet medikamentell behandling av søvnproblemet, men dette er ikke relevant for vår oppgave. Da vår oppgave er sykepleiefaglig, er dette noe vi ser kritisk på. Selv om vi ikke har funnet forskningsartikler som inneholder søkeordene «nurse» og «nursing», har vi likevel brukt artikler som retter seg mot tiltak for bedre søvnhygiene, noe sykepleier kan veilede i. Vi har ikke funnet artikler som omhandler veiledning av pasienter med schizofreni. Vi har derimot funnet teori som handler om hvordan man kan hjelpe og samhandle med disse pasientene gjennom egostyrkende sykepleie, og dette mener vi er godt nok.

Artiklene vi har funnet er basert på kvantitative forskningsmetoder hvor spørreskjemaer og analytiske undersøkelser, som for eksempel urinprøver, er brukt. Forskerne har her innhentet data og opplysninger uten direkte kontakt med feltet. Dette er noe vi ser kritisk på da forskerne ikke har sett sammenhengen og helheten og heller ikke fått innsikt i pasientenes egne opplevelser og erfaringer.

Ved vurdering av forskningsartiklenes holdbarhet, har vi sett at alle artiklene er skrevet i løpet av de ti siste årene. Artiklene som er brukt i oversiktsartikkelen og sekundærstudien er også fra nyere tid. Vi ser derfor på alle artiklene som holdbare med tanke på dette.

### 3. PRESENTASJON AV ARTIKLER

Vi vil her presentere de fem forskningsartiklene vi har valgt å bruke i oppgaven. Vi vil presentere artiklenes formål, forskningsmetode og resultat med konklusjon. Vi vil også vurdere artiklene ved bruk av kildekritikk.

#### 3.1 «Sleep Disturbances and Suicide Risk in an 8-Year Longitudinal Study of Schizophrenia-Spectrum Disorders»

**Formål:** Formålet med denne studien var å undersøke forekomsten av søvnproblematikk hos pasienter med schizofreni, og sammenhengen mellom søvnproblematikk og risiko for selvmordsforsøk (Li et al., 2016).

**Forskningsmetode:** Undersøkelsen er basert på en såkalt langsgående metode (Li et al., 2016). Man følger da en person eller en gruppe med personer over en lengre periode, ofte over flere år (Svartdal, 2016). 388 personer, diagnostisert med schizofrenilignende lidelser, deltok ved å besvare et detaljert spørreskjema som omhandlet søvn. Det ble også innhentet relevant klinisk informasjon fra tilfeldige notater i perioden juni 2007 til oktober 2014 (Li et al., 2016).

**Resultat:** Resultatet viser at 19 % av pasientene slet med hyppig søvnløshet mens 9 % slet med hyppige mareritt. Hyppige mareritt alene øker ikke risikoen for selvmordsforsøk, mens samtidig tilstedeværelse av mareritt og søvnløshet øker risikoen. Videre viser funnene at hyppig søvnløshet har en signifikant forbindelse med økt selvmordsrisiko (Li et al., 2016). Konklusjonen er at søvnforstyrrelser kan forutse en økt risiko for selvmordsforsøk hos pasienter med schizofrenilignende lidelser (Li et al., 2016).

**Kildekritikk:** Artikkelen er skrevet av Shirley Xin Li, Siu Ping Lam, Jihui Zhang, Mandy Wai Man Yu, Joey Wing Yan Chan, Cassandra Sheung Yan Chan, Colin A. Espie, Daniel Freeman, Oliver Mason og Yun-Kwok Wing. Forfatterne arbeider innenfor psykologi, medisin, søvn og søvnforstyrrelser, nevrovitenskap og forskning innenfor feltet. Selv om dette er den første studien som illustrerer temaene schizofreni, søvn og selvmordsrisiko, anser vi denne artikkelen som troverdig på bakgrunn av forfatternes akademiske grad, og at de har utgitt flere forskningsartikler tidligere.



Dette er en primærstudie, altså en originalartikkel, der forfatterne selv har gjort undersøkelsene. Vi får her se hele artikkelen og ikke bare deler av den. Vi anser den derfor som troverdig. Vi vet ikke om en kvalitativ metode med for eksempel intervju, ville vist et annet resultat.

Artikkelen er relevant for vår oppgave da den understreker behovet for kartlegging og behandling av søvnforstyrrelser hos pasienter med en schizofrenilignende diagnose. Artikkelen kan anvendes som en begrunnelse for hvorfor vår problemstilling er viktig å belyse.

### **3.2 «Quality of Life of Persons Suffering from Schizophrenia, Psoriasis and Physical Disabilities»**

**Formål:** Formålet med denne studien var å sammenligne livskvaliteten til personer med schizofreni med livskvaliteten til personer som har psoriasis eller en fysisk funksjonshemning (Palijan, Kovačević, Vlastelica, Dadić-Hero & Sarilar, 2016).

**Forskningsmetode:** I denne studien deltok tre grupper av personer med kroniske sykdommer; 88 pasienter med schizofreni, 57 pasienter med psoriasis og 60 pasienter med en fysisk funksjonshemning, som for eksempel multippel sklerose og cerebral parese. I denne undersøkelsen ble det benyttet kvantitativ metode med et spørreskjema som omhandlet pasientenes tilfredshet med ulike faktorer som blant annet venner, familie og følelsesmessige forhold (Palijan et al., 2016).

**Resultat:** Resultatet viste at personene med en schizofrenilignende diagnose var mindre fornøyd med utdanningsnivået og det sosiale livet enn personer med psoriasis og personer med en fysisk funksjonshemning. Samtidig viser resultatene at personer som har schizofreni også har høyere forventninger til fremtiden (Palijan et al., 2016). Konklusjonen er at pasienter med schizofreni har lavere livskvalitet sammenlignet med pasienter med psoriasis og pasienter med en fysisk funksjonshemning (Palijan et al., 2016).

**Kildekritikk:** Artikkelen er skrevet av Tija Žarkovi Palijan, Dražen Kovačević, Mirela Vlastelica, Elizabeta Dadić-Hero og Marijana Sarilar. Forfatterne arbeider innenfor nevropsykiatri, rettsmedisin, medisin og forskning innenfor feltet. På bakgrunn av

forfatterens yrkesfelt og at de har utgitt flere forskningsartikler, anser vi artikkelen som troverdig.

Denne primærstudien er en originalartikkel, der forfatterne selv har gjort undersøkelsene. Da den ikke er blitt reanalysert og vi her får en oversikt over hele studien og ikke bare deler av den, anser vi den som troverdig. Artikkelen tar for seg et ulikt antall personer i tre grupper. Vi vet ikke om resultatet ville vist noe annet dersom det var et likt antall personer i de ulike gruppene. Vi vet heller ikke om resultatet ville vist noe annet dersom det hadde blitt benyttet kvalitativ metode i form av for eksempel intervju istedenfor kvantitativ metode med spørreskjema.

Artikkelen er relevant for vår oppgave da vi tenker at behandling av søvnproblemer kan bedre pasientens livskvalitet. Vi har i tankene at økt livskvalitet vil være et langsiktig mål av behandlingen. Artikkelen kan også anvendes som en begrunnelse for at vår problemstilling er viktig å belyse.

### **3.3 «Sleep and circadian rhythm disruption in schizophrenia»**

**Formål:** Opptil 80 % av personer med schizofreni opplever søvnforstyrrelser i form av søvnløshet. Formålet med denne studien var å undersøke den sirkadiske rytmen hos personer med schizofreni i forhold til personer uten noen form for psykiske lidelser. Et sirkadisk system er en kroppsklokke som justerer søvn i den mørke fasen og aktivitet i den lyse fasen gjennom et 24-timers døgn. Den sirkadiske rytmen/døgnrytmen styres av det sirkadiske systemet (Wulff, Dijk, Middleton, Foster & Joyce, 2012).

**Forskningsmetode:** Deltakerne i denne undersøkelsen var inndelt i to grupper. Den ene gruppen bestod av 20 pasienter med schizofreni. Kontrollgruppen bestod av 21 arbeidsledige personer uten noen form for psykiske lidelser. Aktigrafisk registrering ble benyttet over 6 uker, med lyseksponering, samt urinprøver for å måle melatoninnivået (Wulff et al., 2012). En aktigraf er et måleinstrument, som sier noe om når og hvordan man sover (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitetet, s.a.). En rekke spørreskjemaer ble også besvart. I denne undersøkelsen ble altså en kvantitativ forskningsmetode benyttet (Wulff et al., 2012).

**Resultat:** Urinprøvene viste en normal produksjon av hormonet melatonin hos kontrollgruppen, mens produksjonen hos personene med schizofreni var mindre. Resultatet viste videre at det var store forstyrrelser i den sirkadiske rytmen hos alle personene med schizofreni (Wulff et al., 2012). Konklusjonen er at personer med schizofreni har alvorlige forstyrrelser i den sirkadiske rytmen til tross for stabilitet i humør, mental tilstand og nyere antipsykotisk behandling (Wulff et al., 2012).

**Kildekritikk:** Artikkelen er skrevet av Katharina Wulff, Derk-Jan Dijk, Benita Middleton, Russell G. Foster og Eileen M. Joyce. Forfatterne arbeider innenfor nevrologi, øyelidelser og forskning innenfor medisin og søvn. Forfatterne har også utgitt flere forskningsartikler, og vi anser derfor artikkelen som troverdig.

Artikkelen er en primærstudie, ettersom forfatterne selv har gjort undersøkelsene. Vi ser kritisk på at resultatet baserer seg på to grupper med bare 20-21 personer i hver gruppe. Vi tenker at resultatet kanskje ville blitt forsterket og tydeligere eller eventuelt vist noe annet dersom flere hadde deltatt.

Artikkelen er relevant for vår oppgave da den beviser at søvnproblematikk hos pasienter med schizofreni faktisk er et reelt problem. Da vi her får kunnskaper om at pasienter med schizofreni har forstyrrelser i den sirkadiske rytmen, kan vi i drøftingsdelen drøfte tiltak som har fokus på å bedre den sirkadiske rytmen.

### **3.4 «Treating sleep problems in patients with schizophrenia»**

**Formål:** Søvnforstyrrelser hos personer med schizofreni blir stadig mer kjent som et problem. Likevel er det ikke mye fokus på behandling. Målet med denne studien var å beskrive faktorer som kan føre til søvnproblemer og ulike kliniske behandlingsmetoder i forhold til disse (Waite et al., 2015).

**Forskningsmetode:** Dette er en sekundærstudie som tar for seg allerede eksisterende data fra flere primærstudier. Disse primærstudiene tar for seg til sammen 12 faktorer som alle presenteres i denne artikkelen (Waite et al., 2015).

**Resultat:** Resultatet er at de 12 faktorene, som presenteres i artikkelen, kan føre til søvnproblemer. Noen av disse faktorene er dårlig søvnmiljø, mangel på dagaktiviteter og forstyrret sirkadisk rytme. Resultatet viser også at behandling av de 12 faktorene, bidrar til å bedre søvnkvaliteten og redusere psykotiske opplevelser som hallusinasjoner og vrangforestillinger (Waite et al., 2015).

**Kildekritikk:** Artikkelen er skrevet av Felicity Waite, Elissa Myers, Allison G. Harvey, Colin A. Espie, Helen Startup, Bryony Sheaves og Daniel Freeman. Forfatterne arbeider innenfor nevrovitenskap, søvn og forskning. På bakgrunn av dette og at de har utgitt flere forskningsartikler, anser vi artikkelen som troverdig.

Dette er en sekundærstudie som vi ser på som troverdig, da resultatet baserer seg på flere allerede eksisterende primærstudier, som er blitt kritisk vurdert.

Artikkelen er i stor grad relevant for vår oppgave da den beskriver faktorer som vi kan bruke i forhold til hva sykepleier kan veilede om til pasienter med schizofreni og søvnproblematikk.

### **3.5 «Søvnforstyrrelser ved psykiske lidelser»**

**Formål:** Ved de fleste psykiske lidelser er søvnforstyrrelser et vanlig problem. I denne artikkelen var formålet å belyse sammenhengen mellom søvnforstyrrelser og psykiske lidelser (Holsten, Pallesen & Sivertsen, 2011).

**Forskningsmetode:** Denne artikkelen er en oversiktsartikkel, som er basert på egen klinisk erfaring og forskningsbasert erfaring, samt artikler funnet ved ikke-systematiske søk i PubMed (Holsten, Pallesen & Sivertsen, 2011).

**Resultat:** Resultatet viser at effektiv behandling av en psykisk lidelse ikke nødvendigvis vil bedre søvnforstyrrelsen. Derimot kan effektiv behandling av søvnforstyrrelser bedre symptomer og prognose ved den psykiske lidelsen. Dette gjelder spesielt ved psykiske lidelser som affektive lidelser, angstlidelser og schizofreni. Det er dokumentert at den beste behandlingen ved kronisk insomni er kognitiv atferdsterapi, hvor søvnhygiene,

stimuluskontroll, avslapningsøvelser, søvnrestriksjon og det å arbeide med pasientens oppfatning av søvn står sentralt (Holsten, Pallesen & Sivertsen, 2011).

**Kildekritikk:** Artikkelen er skrevet av Fred Holsten, Ståle Pallesen og Børge Sivertsen. Holsten og Sivertsen arbeider innenfor klinisk medisin og forskning innenfor psykologi, samt i det nasjonale kompetansesenteret for søvnsykdommer. Vi anser artikkelen som troverdig på bakgrunn av forfatterens akademiske grad og at alle tre har utgitt flere forskningsartikler.

Vi ser på denne oversiktsartikkelen som troverdig, fordi resultatet baserer seg på både kliniske og forskningsbaserte erfaringer, samt flere allerede eksisterende forskningsartikler.

Artikkelen er i stor grad relevant for vår oppgave da den bekrefter at fokus på veiledning i forhold til søvnproblemer, er viktig. Artikkelen kan brukes i forhold til hvorfor og hvordan sykepleier kan veilede pasienter med schizofreni i forhold til søvnforstyrrelser.

## 4. TEORI

Vi vil i dette kapitlet beskrive de vanligste symptomene ved paranoid schizofreni, samt nevne noen årsaker og noen ikke-medikamentelle behandlingsmetoder. Vi vil også ha et kapittel som omhandler søvn og hva som påvirker søvnen. Vi vil bare beskrive kort søvnforstyrrelser hos pasienter med schizofreni i dette kapitlet, da dette er beskrevet grundig i presentasjon av artiklene. Det siste kapitlet vil omhandle sykepleie og sykepleierens veiledende funksjon. Vi vil omtale Strand og hennes syn på sykepleie og hva tre av de 12 egostyrkende prinsippene går ut på.

### 4.1 Pasienter med schizofreni

Psykotiske lidelser kan deles inn i flere grupper, og lidelsen schizofreni er en av dem. Det å være psykotisk karakteriseres ved at man har en forandret virkelighetsoppfatning, altså en realitetsbrist (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 303). Cullenberg (2007) beskriver schizofreni som en «gjennomgripende forandring i tankefunksjoner, persepsjon og følelsesliv» (Håkonsen, 2014, s. 359-360).

#### 4.1.1 Om schizofrenilidelsen

For å diagnostisere lidelsen paranoid schizofreni bruker man ICD-10 (Kringlen, 2011, s. 300). ICD-10 står for International Classification of Diseases, som på norsk oversettes til internasjonal klassifisering av sykdommer (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 79). Diagnosen paranoid schizofreni stilles dersom allmenne kriterier for schizofreni er oppfylte, vrangforestillinger eller hallusinasjoner er dominerende, og affektavflatning- eller inkongurens, katatone symptomer og disorganisert tale ikke er fremtredende hos pasienten (Videbech, Kjølbye, Sørensen & Vestergaard, 2010, s. 87). For å kunne stille diagnosen kreves det at disse kriteriene har vedvart i minst en måned (Kringlen, 2011, s. 300). Etter første gang en opplever symptomer knyttet til schizofreni, kan utfallene være mange. Noen kommer seg fullstendig, mens andre kan ha lengre perioder med gjentakende symptomer (Jones & Buckley, 2008, s. 7).

Ego er den delen av personligheten som sanser og tolker, opplever, reflekterer, foretar avgjørelser, lider og styrer personens handlinger. Ego innebærer det å ha evne til

impulskontroll og til å vurdere. Ego tar vare på ens egen integritet, regulerer selvbildet og vedlikeholder balansen mellom verdier og impulser (Hummelvoll, 2012, s. 342-343). Egofunksjonene blir bestemt ut i fra pasientens forhold til seg selv, til andre og til dagliglivets aktiviteter. Helt fra fødsel har man evner som innebærer hukommelse, persepsjon og motorikk. Disse funksjonene må ligge til grunn for å senere kunne utvikle egofunksjonene. Strand (1990, s. 39) ramser opp Killingmos (1980) fremstilling av de 7 egofunksjonene: Realitetstesting, objekttilknytning, regulering av selvfølelse, toleranse for dyforisk affekt, utsettelse av tilfredsstillelse, syntetisk funksjon og forsvarrets avtrapping. Disse funksjonene skal hjelpe individet med å orientere seg. Kringlen (2011, s. 89) skriver at de egosterke har evnen til å tolerere frustrasjon, motstå fristelser, være utholdende i motgang og at de har en sterk vilje, læringsevne og livsglede. Når en person er i psykose vil egofunksjonene bli rammet, og det oppstår symptomer. Man ser ofte på pasienter som lider av schizofreni som egosvake (Hummelvoll, 2012, s. 342-343). Vi skal ikke gå nærmere inn på egofunksjonene, men derimot beskrive de ulike symptomene som kan oppstå hos pasienter med paranoid schizofreni som følge av svekkede egofunksjoner.

### **Symptomer**

De allmenne kriterier for schizofreni er «fundamentale og karakteristiske endring av tekning og persepsjon ...» (Helsedirektoratet, 2015, s. 161). Dette vises hos pasienter med paranoid schizofreni. Pasienter med schizofreni har vanligvis opprettholdelse av klar bevissthet og intellektuell kapasitet, men det kan likevel utvikles en kognitiv forstyrrelse. Tankeekko, tankekringkasting og tankepåføring eller tanketyveri er viktige fenomener når det gjelder persepsjon og kontroll, influens eller passivitetsbevissthet (Helsedirektoratet, 2015, s. 161). Symptomene som kjennetegnes ved paranoid schizofreni utvikler seg vanligvis i 30-35-års alderen (Kringlen, 2011, s. 303).

Symptomer på schizofreni kan deles inn i positive og negative symptomer. De positive symptomer oppfattes å falle utenfor den erfaring som ses på som normal (Hummelvoll, 2012 s. 347).

En av forstyrrelsene i ego-funksjonene er persepsjonsforstyrrelser. Dette innebærer forstyrrelser i sansene, som lukt, smak, syn, hørsel og berøring. Når det snakkes om persepsjonsforstyrrelser forbindes disse med illusjoner og hallusinasjoner. Ved illusjoner har

man en feilaktig tolkning av reelle sansestimuli, mens hallusinasjoner er opplevelser som er like virkelig som et syns- eller hørselsinntrykk. Syns- og hørselshallusinoser er de vanligste ved psykose og innebærer at man ser eller hører illusoriske skikkelser som om de var virkelige. Disse skikkelsene tillegges menneskelige karaktertrekk og har sin rot i tidligere opplevelser. Ofte vil disse skikkelsene forandres over tid, fra å være hjelpende, til å bli terroriserende og nedvurderende (Hummelvoll, 2012, s. 345-346).

Vrangforestillinger blir definert som feilaktige ideer som kan omhandle personen selv, andre mennesker eller omgivelsene (Hummelvoll, 2012, s. 343). Vrangforestillinger er dominerende hos pasienter med paranoid schizofreni. Personer med vrangforestillinger kan for eksempel ha storhetsideer som innebærer at de tror de er en kjent eller berømt person. De kan også ha forfølgelsesideer. Dette er forestillinger om at noen er etter dem, og at noen prøver å bryte de ned eller frata det som tilhører dem (Håkonsen, 2014, s. 355). Det er også vanlig å tro at de blir utspionert og er i livsfare (Videbech et al., 2010, s. 86). Personer med paranoid schizofreni kan også ha ideer om å være kontrollert og styrt. De kan oppleve at de selv og deres tanker er styrt fra utsiden (Håkonsen, 2014, s. 355).

Negative symptomer kan de fleste erfare, også de som ikke har en schizofrenidiagnose (Hummelvoll, 2012, s. 347). Pasienter med schizofreni kan ha flere ulike negative symptomer, som affektavflatning og manglende vilje, men som skrevet tidligere er ikke dette fremtredende hos pasienter med paranoid schizofreni. Apati, altså tap av motivasjon og anhedoni, manglende evne til å glede seg over ting, kan derimot ses hos pasienter med paranoid schizofreni (Helsedirektoratet, 2013).

### **Årsaker**

Det sies at psykotiske episoder kan utløses av stress. Det er her snakk om det stresset man har opplevd gjennom livet. Dersom unge mennesker opplever mer stress enn de klarer å mestre kan det utløses en psykosetilstand (Thorsen & Johannessen, 2008 s. 13). Hos de personene som i større grad er sårbare, vil det å takle stress være vanskeligere. Dersom en person både opplever sårbarhet og stress, som han ikke klarer å takle, kan det utvikles en psykisk lidelse. Dette kalles sårbarhet-stress-modellen. De fleste psykiske lidelser skapes nettopp av disse to faktorene da dette kan føre til at personen bryter sammen. Stress blir i denne sammenhengen brukt som et begrep for de faktorene som truer den psykiske



likevekten hos en person. Hos ungdommer kan sårbarhet være et resultat av medfødte forhold og hvordan de har utviklet personlighetstrekk og mestringsmekanismer. Stress kan skyldes både utløsende faktorer som mobbing eller tap av en venn, og vedlikeholdene faktorer som langvarig venneløshet og sosial isolasjon. Stress kan utvikles av tilfeldigheter, som når en i nær familie rammes av alvorlig sykdom. Stress kan også utløses av frivillige valg en har tatt, som å utføre en kriminell handling (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2015, s. 222).

### **Behandling**

Behandlingen av schizofreni består vanligvis av mange forskjellige elementer som medikamenter, individuell psykoterapi og psykoedukativt familiearbeid (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2013, s. 330).

Psykoterapi er en samtalebasert behandlingsform (Skårderud, 2016, s. 189). Psykoterapi kan fremme pasientens sykdomsforståelse og det å akseptere lidelsen, samt fremme kommunikasjonen med omgivelsene og tilpasningen i samfunnet. Det finnes flere psykoterapeutiske teknikker som blant annet kognitiv terapi, atferdsterapi og psykodynamisk psykoterapi. Disse teknikkene utføres gjennom veiledning og rådgivning (Videbech et al., 2010, s. 97). Kognitiv atferdsterapi er effektivt for å redusere symptominntrykk og lidelse i alle faser av lidelsen. Kognitiv terapi går blant annet ut på å endre måten man forholder seg til symptomer på. Dette kan føre til at man lettere lærer å leve med sykdommen (Løberg & Johnsen, 2016, s. 113-114).

Miljøterapi er en form for psykoterapi (Skårderud, 2016, s. 189). Miljøterapi «...går ut på å legge til rette betingelsene for terapeutisk virkende erfaringer på en koordinert og systematisk måte i, og ved hjelp av det sosiale og materielle miljø i en institusjon» (Hummelvoll, 2012, s. 471). Miljøterapi brukes i alle hverdagens gjøremål for å støtte den lidende pasientens behov for å etablere stabile og bæredyktige kontakter i omgivelsene og for å lære sosial atferd og ferdigheter (Videbech et al., 2010, s. 97). Miljøterapi kan innebære å utføre daglige aktiviteter i avdelingen, som matlaging, rengjøring og drøfting av regler i avdelingen. I en avdeling eller bolig hvor det bor pasienter med psykotiske lidelser bør miljøterapien legges til rette slik at miljøet er støttende, stimulustilpasset og aksepterende. I det fysiske miljøet bør arealet være begrenset og oversiktlig med skilting. Gjenstander og

bilder bør være konfliktfrie, og TV og radio bør være dempet (Hummelvoll, 2012, s. 471-473).

#### **4.1.2 Søvn og søvnforstyrrelser ved schizofreni**

Bastøe & Frantsen (2011) skriver at søvn er «en tilstand av bevisstløshet som mennesket kan vekkes opp fra ved hjelp av nye sanseinntrykk eller andre stimuli» (s. 303). Å ha tilstrekkelig med søvn er avgjørende for å kunne fungere tilfredsstillende og ha god livskvalitet. Når det er mørkt reagerer øynene og sender signaler om dette til hypofysen som setter i gang produksjonen av hormonet melatonin. Dette hormonet fremmer søvn. Dersom man ikke får tilstrekkelig søvn i løpet av natten vil man bli påvirket neste dag. Ved for lite søvn vil man føle seg trøtt, tappet av energi og man mangler overskudd til å utføre krav som stilles i løpet av dagen (Bastøe & Frantsen, 2011, s. 302-303).

Det er mange som opplever å ha søvnproblemer i løpet av livet. Underskudd på søvn kalles søvntap. Det er da en ubalanse mellom søvnmengden og mengden våkenhet. Dersom man har en lengre periode med søvntap øker graden av tretthet. Både miljømessige, fysiske og psykiske forhold kan være årsaken til søvnproblemer. Dårlige søvnrutiner, nattlys og uvant høy eller lav temperatur kan føre til dårlig søvnhygiene. Disse faktorene kan føre til at en opplever oppstykket søvn, og dermed mister den dype søvnen, som igjen kan føre til nedsatt motivasjon, nedsatt konsentrasjon og depresjon (Bastøe & Frantsen, 2011, s. 302-305).

Hele 90 % av de med psykiske lidelser sliter med søvnen. I arbeid med pasienter med psykiske lidelser bør man derfor ha kunnskaper om diagnostisering og behandling av søvnproblemer (Palleen & Bjorvatn, 2016, s. 198).

Pasienter med schizofreni kan ha et stort spekter av ulike søvnforstyrrelser, fra forstyrrelser som man ser ved depresjoner, til mer bisarre søvnmønstre (Norsk legemiddelhåndbok, 2015). Pasienter med schizofreni kan ha utfordringer med å sovne. Dette kan skyldes angst i forhold til mørke rom som fører til hallusinasjoner, eller at de har økt søvnbehov som skyldes motivasjonssvikt eller generell tretthetsfølelse (Hummelvoll, 2012, s. 361). I en omfattende og intens psykose, enten den er akutt eller ikke, er evnen til å ivareta de grunnleggende behov svært svekket. Mennesker i psykose kan snu døgnnet og sove lite. Strand viser til Gunn von Krogs (1986) skjematiske oversikt der det kort blir beskrevet

vanlige svikt i evnen til å dekke behov for søvn. Det nevnes her at pasienter i en psykotisk fase kan ha et sengeleie som enten er passivt eller med stor motorisk uro, og at pasienten da har for lite søvn og hvile. Når pasienten er i en upsykotisk og en depressiv fase er pasienten ofte passiv, orker lite og vil holde sengen (Strand, 1990, s. 83-85).

For å kunne hjelpe pasienter med å bedre søvnvanskene må man først og fremst kartlegge årsaken til søvnvanskene, kartlegge og endre de eventuelle livsstilsproblemene som fører til søvnvanskene samt gi gode råd om god søvnhygiene (Snoek & Engedal, 2008, s. 116).

## **4.2 Sykepleie**

De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier at «grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekten for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert» (Norsk sykepleierforbund, 2011). Å anvende de yrkesetiske retningslinjene er et ansvar sykepleier har (Norsk sykepleierforbund, 2008, s. 9). «Sykepleie utviser respekt for og ytes uavhengig av alder, hudfarge ... funksjonshemming eller sykdom, kjønn ... eller sosial status» (Norsk sykepleierforbund, 2011).

### **4.2.1 Sykepleieteori**

Liv Strand er psykiatrisk sykepleier og arbeider som høyskolelærer ved videreutdanning i psykiatrisk sykepleie (1990, s. 7). Strand (1990) skriver at sykepleie handler om å vise og gi omsorg, og at psykiatrisk sykepleie er å hjelpe mennesker i vanskeligheter. Hun skriver at god sykepleie er å oppdage. Hun mener med dette at sykepleiere er nødt til å søke etter en sannhet, prøve å gå videre og begi seg inn i det uutsigelige og uforklarlige for å kunne samhandle med andre mennesker. Strand mener at en god psykiatrisk sykepleier må inneha kunnskaper, vise godartethet, være ydmyk, ha jordnær handlekraft, ha evnen til å reflektere samt ha intuisjon, altså evne til å inneha fornemmelser. Ut i fra det vi har forstått fokuserer Strand på at sykepleieren må se hele mennesket, og ikke bare psykosen (Strand, 1990, s. 14-22). Som skrevet tidligere ses pasienter i psykose, også pasienter med schizofreni, på som egosvake. Hensikten med egostyrkende sykepleie er å forsterke og utvikle egofunksjonene pasienten har fra før. Egoprinsippene skal også styrke de delene av personligheten som

svikter og som gjør det vanskelig for pasienten å velge, leve selvstendig og handle (Bø, 1996, s. 90). Strand (1990) mener at en videreutvikling av Sonja Levanders (1979) fremstilling av egostyrkende sykepleie skal hjelpe pasientene med å styrke sitt ego. Strand (1990) bruker Lee Havilands (1986) fremstilling av de de egostyrkende prinsipper: «Kontinuitet og regelmessighet, nærhet og avstand, fysisk omsorg, grensesetting, skjerming, containing-function, realitetsorientering og praktiske gjøremål- samhandlinger, verbalisering, pedagogisk tilnærming, krav og mål samt trening i å se valgmuligheter og å foreta valg» (Strand, 1990, s. 76). Disse prinsippene må ofte ses i sammenheng med hverandre, da flere av prinsippene er avhengig av hverandre for å være egostyrkende (Strand, 1990, s. 78).

Strand (1990, s. 77) skriver at det moderlige og det faderlige prinsipp er overordnet de egostyrkende sykepleieprinsippene. Det moderlige prinsipp kan beskrives som en beskyttelse og en base der trofasthet og kontinuitet og kravløshet er sentralt. I et pasient-sykepleierforhold innebærer dette at sykepleier respekteter pasienten for den han er, og dermed lar han utvikle seg som et eget individ, uten at sykepleier griper inn og påvirker dette (Strand, 1990, s. 77). Vi tolker det som at det moderlige prinsipp handler om at sykepleier viser respekt for pasienten og viser at hun er kontinuerlig tilstede for å gi støtte og hjelp. Det faderlige prinsipp beskrives som et «puff» ut i virkeligheten. Dette innebærer at man får et «tilbud om aktivitet og et krav om å utvikle seg, lære seg ting, bli kraftfull, kunne påvirke, bli livsdugelig» (Strand, 1990, s. 77). Sykepleier stiller her krav til pasienten, slik at han utfordrer seg selv og dermed utvikler seg. Det faderlige prinsipp handler også om å sette grenser. Disse to prinsippene er viktige for at sykepleiere skal kunne bruke de egostyrkende prinsippene for å hjelpe pasienten (Strand, 1990, s.77). De tre egostyrkende prinsippene vi nå skal beskrive har stor betydning for at sykepleier skal lykkes i å veilede pasienter med schizofreni.

**Kontinuitet og regelmessighet:** For at forholdet mellom sykepleier og pasient skal bli etablert og utvikle seg, er kontinuitet og regelmessighet avgjørende. Det må oppnås en relasjon mellom sykepleier og pasient for at sykepleier skal kunne hjelpe pasienten (Strand, 1990, s. 78). Relasjon blir omtalt som forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker. For å bygge en relasjon mellom to mennesker, er det avgjørende å kommunisere. Kommunikasjon defineres som «utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere

parter» (Eide & Eide, 2007, s. 17). I samhold med pasienten bør sykepleier være bevisst sin kommunikasjonsstil og hvordan dette virker inn på pasienten. Hun må også være kjent med hvordan et budskap skal formidles på, gjennom å være bevisst valg av kroppsspråk, toneleie og enkle og konkrete ord som er tilpasset pasienten. Å være bevisst å tilpasse budskapet til hvem pasienten er, dens behov og når budskapet blir fremstilt, er viktig for å kunne gi fleksibel kommunikasjon. For å unngå at det sykepleier sier blir misoppfattet bør hun forsikre seg om at budskapet er forstått riktig (Hummelvoll, 2012, s.429). Samarbeidet mellom pasient og sykepleier bør strekke seg over tid med jevnlige samtaler og samvær, da dette kan bidra til å redusere utrygghet og gi pasienten nye erfaringer. Dette kan bli en utfordring da pasienter med schizofreni har vanskeligheter for å danne seg kontaktforhold til andre mennesker (Strand, 1990, s. 78). Det at pasienter har en primærkontakt er hensiktsmessig, da dette sikrer at én sykepleier har hovedansvaret for pasientens omsorg. Dette fører til at mål og planer følges opp (Bø, 1996, s. 92). For å etablere en relasjon mellom sykepleier og pasient må sykepleier tilby kontakt og regelmessighet, være tålmodig og tilgjengelig samt bevise at tilbudet som gis er solid og virker. Sykepleier må vise at pasienten alltid kan regne med henne og hun må følge opp pasienten selv om det kan ta lang tid før hun når inn til ham. Pasienter med schizofreni kan ofte stille spørsmål om sykepleieren er pålitelig og forutsigbar. Sykepleier må derfor ha evne og vilje til å vise at hun er trofast (Strand, 1990, s. 78-79). Strand (1990, s. 78) er opptatt av at sykepleier koninuterlig må være til stede for pasienten og vise omsorg og tillit ovenfor ham. Vi tenker at dette er viktig for at pasienten skal ønske å ha en relasjon til sykepleier.

**Nærhet og avstand:** Når sykepleier har skapt en relasjon til pasienten har hun forutsetning for å kjenne til pasientens grenser. Dette er viktig for at pasienten ikke skal føle seg utilpass og for at sykepleier best mulig kan opprettholde den gode relasjonen de har etablert. I møte med pasienter med schizofreni er det å ha en balanse mellom ytterpunktene nærhet og avstand, viktig. Å vise og å ha empati er viktig når man skal bruke prinsippet nærhet og avstand. Empati blir beskrevet som evnen til å oppfatte pasientens private verden som om den var din egen. For at sykepleier skal kunne ha og vise dette ovenfor pasienten må hun vurdere hans situasjon og vite hva han trenger. Hun må da samle opplysninger og inntrykk og tilegne seg kunnskaper og erfaringer. For å vise empati må sykepleier også få kontakt med egne følelser (Strand, 1990, s.80). Det tilpassede balansepunktet mellom nærhet og avstand kalles terapeutisk balanse. Den terapeutiske balansen handler både om hvor nær og

hvor stor avstand sykepleier har til pasienten både fysisk og psykisk. Dette kan handle om hvor hyppig og lenge man tilbringer tid med pasienten og hvor nært sykepleier forholder seg til ham. Videre må den terapeutiske distansen reguleres etter den følelsesmessige stemningen og holdningen som er i rommet, samt hvor og hvordan samtalen foregår, altså hva man fyller samværet med. Det å ha en balanse mellom nærhet og avstand, handler også om at sykepleier må være bevisst hva pasienten trenger, hvor mye støtte han har behov for og hvilke utfordringer han tåler (Strand, 1990, s. 80).

**Fysisk omsorg:** Som nevnt tidligere har pasienter med schizofreni redusert evne til å ivareta grunnleggende behov, som blant annet søvn. Sykepleier har en særegen funksjon, som innebærer å hjelpe og fremme helse hos de pasientene som kan eller har blitt utsatt for sykdom, ved å ivareta grunnleggende behov. Sykepleieres ansvar innebærer å koordinere tiltak rundt pasientene da sykepleiere har den totale oversikten (Norsk Sykepleierforbund, 2008, s. 5-14).

Strand (1990) skriver at dersom pasienten er i en psykotisk fase vil sykepleieren ofte ta over, altså kompensere, helt eller delvis for pasientens sviktende egenomsorg. Ved et kompenserende system tar sykepleier over styringen og kontrollen og handler ofte for pasienten. Det er viktig å vurdere pasientens kapasitet og måten man hjelper ham på, da det å styre og ta over pasientens situasjoner kan føre til regresjon. Dette kan føre til at veien tilbake blir enda lengre og vanskeligere. For at sykepleiere skal kunne bidra til at pasienten får dekket sine grunnleggende behov kan hun også delvis kompensere. Dette innebærer at sykepleier legger til rette for at pasienten selv kan ivareta egenomsorgen. Sykepleieren vil da bare holde øye med at pasienten klarer oppgaven. Dersom pasienten er mer samlet og klarer å selv ta ansvaret for de grunnleggende fysiske behov, kan sykepleier oppmuntre, veilede og undervise, altså bruke et støttende system (Strand, 1990, s. 83-85).

#### **4.2.2 Veiledning**

En av sykepleierens funksjoner er å veilede pasienter og pårørende (Norsk sykepleierforbund, 2008, s. 7). Veiledning er en pedagogisk prosess som gjerne foregår under en samtale og tar utgangspunkt i pasientens forståelse. I følge Granum (2003) blir veiledning ofte knyttet til begrepet undervisning, da veiledning blir forklart som en måte å

undervise på. I undervisning kan sykepleier ha rollen som veileder, som kan innebære «...å tilrettelegge aktiviteter ut fra pasientens behov for kunnskap» (s. 44-45). På bakgrunn av dette ser vi en sammenheng mellom veiledning, undervisning og tilrettelegging. Veiledning skal foregå gjennom en dialog mellom pasient og sykepleier, der pasienten er deltagende. Veiledning kan være både person- og saksorientert, og forutsetter nær og direkte kontakt mellom de to partene (Granum, 2003, s. 46-47). Når sykepleier veileder pasient og pårørende, er målet at de skal oppnå læring, utvikling og mestring. Dette forutsetter at sykepleier har tro på at pasienten og pårørende har evnen til å lære (Nordtvedt & Skaug, 2012, s. 19). Når sykepleier skal veilede en pasient, skal pasienten stå i fokus. Sykepleier kan få til dette ved å stille problemorienterte spørsmål og ha en reflekterende holdning. Disse spørsmålene stilles i forhold til helseproblemet, og de skal ivareta pasientens helsetilstand, forutsetninger og erfaringsverden. Dette øker muligheten for en god dialog hvor pasienten tilegner seg ny kunnskap. Sykepleier bør veilede på en måte slik at pasienten kan gjøre egne oppdagelser, selv finne ut hva han har behov for og hvilken kunnskap han trenger og ønsker. For at veiledningen skal være vellykket, må sykepleier tro på menneskets mulighet til vekst og utvikling. Sykepleier må da lytte til hva pasienten sier, ha evne til å reflektere over hva pasienten faktisk mener og stille spørsmål for å utdype problemområdet (Granum, 2003, s. 46-47).

## 5. DRØFTING

I dette kapittelet vil vi først drøfte hvorfor vi ser på det som nødvendig å belyse og svare på vår problemstilling:

Hvordan kan sykepleiere veilede pasienter med schizofreni slik at behovet for søvn blir ivarettatt?

Vi vil trekke inn både forskning og teori som sier noe om hvilke søvnforstyrrelser som ses ved schizofreni, samt årsaker til og konsekvenser av disse søvnforstyrrelsene. Videre vil vi drøfte forutsetninger for å kunne veilede, og her drøfte de egostyrkende sykepleieprinsippene kontinuitet og regelmessighet og nærhet og avstand. Prinsippet om fysisk omsorg vil trekkes inn der vi drøfter hvilke tiltak som kan gi bedre søvnhygiene. Gjennom drøftingen vil vi også trekke inn ulike hensyn sykepleier må ta når hun skal veilede en pasient med paranoid schizofreni. I vår drøfting vil vi bruke Karl for å belyse vår problemstilling og knytte tiltakene opp mot ham, men vi er bevisst at veiledningen og tiltakene også gjelder for andre pasienter med schizofreni.

### 5.1 Søvnforstyrrelser hos pasienter med schizofreni

80 % av pasienter med schizofreni opplever søvnforstyrrelser (Wulff, et al., 2012). I følge forskning er søvnforstyrrelser ofte knyttet til innsøvning, oppstykket søvn og forstyrrelser i døgnrytme (Holsten, Pallesen & Sivertsen, 2011). Vi tenker at insomni, altså søvnløshet, også kan være et problem for pasienter med schizofreni, da de overnevnte problemene ofte fører til insomni (Bjorvatn, 2017). Dette bekrefter Li et al. (2016) i sin forskningsartikkel, som sier at søvnløshet og mareritt er et stort problem hos denne pasientgruppen. De sier videre at dette kan være relatert til en feilregulering i den sirkadiske rytmen. Wulff et al (2012) bekrefter denne teorien. Deres forskningsartikkel viser at det er store forstyrrelser i den sirkadiske rytmen hos pasienter med schizofreni. Dette skyldes blant annet forskyvning i melatoninproduksjonen. Vi tenker at forskyvning i den sirkadiske rytmen, i sammenheng med forsinket melatoninproduksjon, kan føre til døgnrytmeforstyrrelser. Holsten, Pallesen & Sivertsen (2011) sier at mange pasienter med schizofreni har angst for å oppleve de vrangforestillingene og hallusinasjonene som følger med lidelsen og at de ønsker å flykte fra



disse ved å sove på dagtid. Deres forskning viser at dette kan føre til forskyvning av døgnrytme. Vi ser her sammenhengen mellom forskyvning i den sirkadiske rytmen og melatoninproduksjon, samt angsten for å oppleve vrangforestillinger og hallusinasjoner på dagtid. Alle disse tre faktorene er ofte tilstede hos pasienter med schizofreni og har stor påvirkning på pasientens søvn. Vi tenker derfor at det er stor sannsynlighet for at det vil oppstå døgnrytmeforstyrrelser dersom flere av disse faktorene er tilstede hos pasienten. Karl sier at han ikke klarer å sovne på kvelden og at han ofte ligger våken til rundt 06.00. Vi ser at Karl, i likhet med mange andre pasienter med schizofreni, har både problemer i forhold til innsovning og døgnrytme. Vi har erfaring med at dette er et reelt problem, da vi har møtt pasienter med schizofreni i praksis som selv sier at de ikke får til å sovne om kvelden og at de derfor sover mye på dagtid.

Resultatene av forskningsartiklene nevnt ovenfor beviser at søvnforstyrrelser hos pasienter med schizofreni faktisk er et reelt problem, både på grunn av fysiologiske og psykiske faktorer.

Behovet for søvn går under gruppen for det som kalles vitale behov. Dette er behov som må tilfredsstilles for at man skal opprettholde livet (Slettebø, 2009, s. 27). Søvn er avgjørende for menneskets helse og velvære, og er en anabol (oppbyggende) prosess. Noen konsekvenser av for lite søvn kan være nedsatt overskudd og initiativ, nedsatt mottakelighet for informasjon og svikt i hukommelses- og innlæringsevne. Nedsatt evne til å ta avgjørelser, nedsatt aktivitet og effektivitet, økt indre uro eller opplevelse av angst, lavere frustrasjonsterskel og tendens til å trekke seg tilbake og å isolere seg fra andre kan også være konsekvenser (Bastøe & Frantsen, 2011, s. 305).

Konsekvenser av søvnforstyrrelser hos pasienter med schizofreni fremkommer i flere forskningsartikler. Blant annet sier Wulff et al. (2012) i sin forskningsartikkel at søvnforstyrrelser over en lengre periode kan ha stor innvirkning på blant annet personens sosiale funksjon, humør og livskvalitet. Palijan et al. (2016) sier også i sin forskningsartikkel at personer med schizofreni er mindre fornøyd med det sosiale livet, utdanningsnivå og livskvaliteten for øvrig. Selv personer uten lidelsen schizofreni kan erfare at dårlig søvnkvalitet kan føre til at hverdagen blir vanskelig å mestre. Dersom dette pågår over en lengre periode tenker vi at det vil være logisk at dette kan gå ut over personens livskvalitet.

Søvnforstyrrelser er også forbundet med en økt selvmordsrisiko. Dette viser Li et al. (2016) i sin forskningsartikkel, hvor det kommer frem at søvnforstyrrelser, som søvnløshet og mareritt, har en merkbar forbindelse med økt selvmordsrisiko.

Vi kan tenke oss at nedsatt livskvalitet, i forbindelse med søvnforstyrrelser, kan ha en sammenheng med økt selvmordsrisiko. Dette er en konsekvens man ønsker å unngå. Her kommer sykepleierens ansvar inn, da sykepleier har ansvar for å vite hva pasientens vitale behov er, og hvordan de kan tilfredsstilles på best mulig måte (Slettebø, 2009, s. 27). Vi vet at Karl nå har behov for å få hjelp med ivaretagelse av behovet for søvn. På bakgrunn av at vi nå vet at søvnforstyrrelser hos pasienter med schizofreni er et reelt problem som kan føre til alvorlige konsekvenser, ser vi på det som viktig at sykepleier har fokus på nettopp dette. Dette begrunner hvorfor vi ønsker å belyse og få svar på vår problemstilling.

## **5.1 Forutsetninger for å kunne veilede**

Fordi vi har funnet teori som sier at pasienter med schizofreni kan være redd for å sove, som trolig er på grunn av vrangforestillinger og hallusinasjoner, vil det være naturlig å tenke at det å behandle disse symptomene vil føre til bedring av søvnforstyrrelsene (Strand, 1990 s. 84). Forskning viser derimot at behandling av den psykiske lidelsen ikke nødvendigvis vil bedre søvnforstyrrelsene, derimot kan behandling av den aktuelle søvnforstyrrelsen redusere symptomer ved den psykiske lidelsen (Holsten, Pallesen & Sivertsen, 2011). På bakgrunn av dette vil vi i denne drøftingsdelen ha fokus på at sykepleier gir veiledning for å bedre søvnforstyrrelsen og ikke den psykiske lidelsen. Vi vil likevel ha i tankene at sykepleier må forholde seg til at Karl har en schizofrenilidelse med de symptomene som følger med.

Vi vet at pasienter med schizofreni i psykotiske perioder med vrangforestillinger kan ha forfølgelsesideer og dermed fryktreaksjoner som en konsekvens av at man kan mistolke det andre sier, deres blikk og deres reaksjoner (Håkonsen, 2014, s. 355). Karl tror ved sine vrangforestillinger at sykepleierne i omsorgsboligen er ute etter ham og det er kjent at han ofte mistolker det andre sier. Vi tenker at det i slike perioder vil være lite hensiktsmessig at sykepleier veileder Karl, da han kan mistolke informasjon og være redd for å ta imot hjelpen han tilbys. Vi ser derimot på det som hensiktsmessig at sykepleier veileder og tilrettelegger for Karls søvnproblemer nå som han er i en god periode med mindre vrangforestillinger og

hallusinasjoner. Selv om han nå er i en god periode, bør sykepleier ha i tankene at han i det siste har hatt mer symptomer, og at disse kan oppstå underveis i veiledningen.

Sykepleier har ikke kjennskap til hvorfor Karl har utviklet en schizofrenilidelse. Utviklingen av lidelsen kan skyldes at Karl i utgangspunktet er sårbar som person, og dermed takler stress dårlig (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2015, s. 222). Vi mener det er viktig at sykepleier tilnærmer seg på en måte som ikke fremkaller sårbarhet eller stress.

Karl er sliten og trøtt på grunn av søvnmangel. Det er derfor viktig at sykepleier også tar hensyn til at han kan ha nedsatt hukommelses- og innlæringsevne, da dette kan være en konsekvens av for lite søvn (Bastøe & Frantsen, 2011, s. 305). Vi tenker at sykepleier må være tålmodig med Karl og regne med å måtte gjenta den informasjonen hun gir, dersom dette er tilfelle hos ham.

Under samtale med Karl må sykepleier være bevisst sin kommunikasjonsstil og hvordan dette påvirker han. Det er viktig at hun tenker på kroppsspråk og toneleie når hun formidler et budskap. Vi tenker at sykepleier bør opptre rolig, men også bestemt dersom nødvendig. Vi mener hun bør være bevisst hvilke ord hun bruker og at disse er konkrete og enkle, da pasienter med schizofreni, også Karl, lett kan misforstå og mistolke det som blir sagt. Hun bør også tilpasse informasjonens innhold etter Karls forståelse og tenke over når hun gir informasjonen og hvilken psykisk tilstand han er i (Hummelvoll, 2012 s. 429). I all veiledning om ulike tiltak for god søvnhygiene, ser vi på det som avgjørende og viktig at sykepleier bevisst benytter en slik kommunikasjonsmetode. Vi vil derfor ikke gå dypere inn i dette under kapittelet som omhandler tiltak for god søvnhygiene.

### **5.1.1 Kontinuitet og regelmessighet**

Da sykepleieren i caset, som er Karl sin primærkontakt, er nokså ukjent for ham ser vi på det som nødvendig at det første hun må gjøre er å skape en relasjon til Karl. Dette for at han skal være villig til å motta veiledning av sin nye primærkontakt. Ettersom Karl kan ha vrangforestillinger om at sykepleierne er ute etter ham og vil forgifte ham, tenker vi at dette kan bli en utfordring. Strand (1990, s. 78) skriver at kontinuitet og regelmessighet er rammen for at sykepleier skal kunne skape en relasjon til pasienter i psykose. Vi tenker at disse to begrepene innebærer at sykepleier kontinuerlig må vise at hun er til å regne med og at hun

må være til stede i de situasjonene Karl trenger henne. At sykepleier kommuniserer med Karl er helt nødvendig for å skape en relasjon til ham. Dette kan hun gjøre gjennom å være sammen med og ha samtaler med Karl. Vi mener at sykepleier først og fremst må vise at hun er til å stole på, gjennom for eksempel å fortelle at det som snakkes om mellom dem forblir hos sykepleier. Vi tenker at den første planlagte samtalen ikke nødvendigvis må omhandle hans søvnproblematikk. Sykepleier viser da at hun også er til å regne med i andre situasjoner og at de kan snakke om andre ting enn søvnproblemet. I samvær med Karl må sykepleieren være bevisst sine valg av ord og kroppsspråk da Karl kan mistolke sykepleierens utsagn. For at sykepleier skal velge de riktige ordene å si og hvilke signaler hun gir, bør hun kjapt lage seg et bilde av Karl sin situasjon. For at Karl skal føle tillit til sykepleier, må hun skape en trygg og behagelig atmosfære, gjerne gjennom bevisst valg av belysning, møbler og hvordan hun møter ham.

### **5.1.2 Nærhet og avstand**

For at Karl skal føle seg trygg i samvær med sykepleier og dermed motta veiledning, bør sykepleier respektere hans behov for nærhet og avstand (Strand, 1990, s. 80). Det kan tenkes at Karl er redd for å slippe sykepleier for tett inn på seg både fysisk og psykisk, da han kan ha lav selvfølelse på grunn av sin situasjon (Strand, 1990, s. 43). Vi tenker at dette kan føre til at han ikke åpner seg i relasjonsbyggingen, selvom sykepleier kontinuerlig og regelmessig viser at hun er til å stole på. Pasienter med schizofreni kan ha forfølgelsesideer, ideer om at noen vil dem vondt og at de blir kontrollert og styrt (Håkonsen, 2014, s. 355). Vi tenker at det derfor er viktig at sykepleier kartlegger Karls grenser for hvor nær hun kan være ham. Sykepleier kan finne ut dette ved å teste ut hvor fysisk og psykisk nær hun kan være Karl, gjennom å tolke hans reaksjoner og spørre om det er greit at hun stiller personlige spørsmål. For å skape en balanse mellom nærhet og avstand er det på den ene siden viktig at sykepleier er bevisst at hun ikke bør identifisere seg med Karl. Dette kan føre til at hun blir for nær, handlingslammet eller for opptatt av å finne egne løsninger i liknende situasjoner. På den andre siden er det viktig at hun ikke trekker seg unna eller får for stor avstand til Karl, fordi hun da ikke får sjansen til å kunne sette seg inn i hans situasjon og bli berørt av hans dilemmaer (Strand, 1990, s. 80-82). Sykepleier bør tydelig vise at de er likeverdige parter, ved å blant annet sitte i samme høyde som ham. Dette for å unngå dominans eller underkastelse (Hummelvoll, 2012, s. 425). Vi mener at sykepleier bør tilnærme seg Karl i

takt med hvor god relasjon hun har klart å opparbeide med Karl så langt. Dette vil si at desto bedre relasjon de får, desto nærmere kan sykepleier bevege seg mot ham. Vi tenker at dette har med hvor stor tillit Karl har fått til sykepleier, og at sykepleier har hatt respekt for hans grenser. Vi ser her en stor sammenheng mellom kontinuitet og regelemessighet og nærhet og avstand.

## **5.2 Tiltak for god søvnhygiene**

Før sykepleier begynner å veilede er det viktig at hun kartlegger hva Karl selv vet fra før om tiltak som kan bedre søvnhygiene. Sykepleier har da mer kjenneskap til hvilke kunnskaper Karl har behov for. Vi tenker at sykepleier og Karl bør bli enige om veiledningens mål. De bør altså klargjøre og bevisstgjøre hva som er hensikten med veiledningen (Granum, 2003, s. 75-79). Vi mener det er viktig at disse målene er realistiske, slik at Karl har forutsetning for å kunne oppnå målene. For at sykepleier skal vite hva hun skal veilede om må hun gjøre en kartlegging av Karls søvnproblem. Dette innebærer kartlegging av årsaker til søvnproblemene og hvor omfattende problemene er (Snoek & Engedal, 2008, s. 116). Vi tenker at sykepleier bør ha en avtalt samtale med Karl og stille spørsmål for å få en oversikt over hans situasjon og søvnvaner. Hun bør blant annet kartlegge når han vanligvis sovner, hvor lenge han sover, om han våkner om natten, hvordan han våkner, om han sover om dagen, hans vaner før han går til sengs, hvordan miljøet er rundt ham og om det er andre faktorer som påvirker hans mulighet til å sovne (Bastøe & Frantsen, 2011, s. 316). Vi tror det vil være lurt at sykepleier også stiller spørsmål om hva han selv tror kan være årsak til søvnproblemene. Hun kan eventuelt finne ut dette sammen med Karl, for eventuelt å tilrettelegge for endring.

Vi tenker at sykepleier kan informere om de eventuelle årsakene til at Karl har søvnforstyrrelser, slik at han får en mulig forklaring på hvorfor dette er tilfelle hos ham. Hun kan informere om at søvnforstyrrelser er vanlig hos pasienter med samme lidelse, og informere om årsakene som er drøftet tidligere i oppgaven. I følge caset virker det som at Karl er villig til å få hjelp med sitt søvnproblem, men det kan likevel være hensiktsmessig at sykepleier veileder og gir informasjon om noen konsekvenser av langvarig søvnforstyrrelser. Sykepleier kan gjerne informere om de konsekvensene som vi har drøftet tidligere i oppgaven. Det er viktig at sykepleier ikke fremstiller konsekvensene for drastisk, da dette

kan gjøre han bekymret og urolig. Vi tenker at bekymring hos Karl kan oppstå ved langvarig dårlig søvnkvalitet, og at dette fører til at han opplever økt stress. Vi vet at det i følge sårbarhet-stress-modellen kan utvikles en psykosetilstand ved for mye stress (Thorsen & Johannessen, 2008 s. 13). Dette bør sykepleier informere Karl om for å igjen argumentere for hvorfor han bør endre sine søvnvaner. Kontinuitet og regelmessighet handler blant annet om at sykepleier må bevise at veiledningen og rådene hun gir, faktisk kan være til hjelp (Strand, 1990, s. 78). Vi tenker at sykepleier kan vise til forskningsbasert kunnskap som informasjon til Karl, slik at han får en følelse av at de rådene han får er solide og troverdige. Sykepleier kan oppfordre Karl til å følge de rådene hun har gitt, slik at han selv får erfart at disse tiltakene fungerer.

Ut i fra caset vet vi at Karl har utfordringer med innsovning, døgnrytme og mangel på søvn. Vi tar derfor utgangspunkt i at sykepleier skal komme med råd som kan hjelpe for disse problemene og som er tilpasset Karl sin situasjon, også i forhold til hans schizofrenilidelse.

### **5.2.1 Tilpassing av søvmiljø**

Forskning bekrefter våre erfaringer med at noen pasienter med schizofreni verken har seng eller persiener på soverommet. Vi har også erfart at sovestedet ofte er rotete og urent. Noen ganger kan det være nødvendig å endre miljøet hvor pasienten sover (Waite et al., 2015). Å legge til rette for miljø blir betegnet som miljøterapi (Hummelvoll, 2012, s. 471). Sykepleier har observert at Karl har det rotete og skittent i leiligheten. Ut i fra det vi har lært og skrevet om lidelsen, kan vi tenke oss at pasienter med schizofreni, som opplever vrangstillinger, kan ha stemmer i hodet som sier at pasienten ikke fortjener å ha et tilfredsstillende miljø rundt seg. Dersom dette er tilfelle hos Karl, kan han oppleve stemmene som truende, noe som kan føre til at han ikke tør å motsi disse (Håkonsen, 2014, s. 355). Vi tenker også at eventuell tankekaos, kan føre til at Karl ikke har fokus på omgivelsene, da disse tankene tar over. Tankekaos er vanlig hos pasienter med paranoid schizofreni (Helsedirektoratet, 2015, s. 161). Pasienter med schizofreni har ofte behov for at noen ser til hygienestandarden i deres omgivelser (Jones & Buckley, 2008, s. 16). Det er viktig at sykepleier observerer dette ved tilsyn. Dersom sykepleier oppdager at Karl har et forstyrrende søvmiljø, er det viktig at sykepleier informerer om at disse faktorene kan være negative for nattesøvnen. For at Karl skal forstå at endring er viktig, mener vi det er helt avgjørende at sykepleier gir konkret

veiledning. Hun bør veilede om tiltak for et mer tilfredsstillende søvnmiljø. Sykepleier kan tilrettelegge for endring av miljøet, ved å være deltagende ved innkjøp av nødvendige ting som for eksempel, persiener, gardiner, komfortabel seng og sengetøy og andre ting som kan føre til trivsel på rommet. Dette forutsetter at Karl har økonomi til det. Her viser sykepleier at hun er tilgjengelig. Når sykepleier tilrettelegger og tidvis holder øye med at Karl selv utfører miljøtiltak som kan bedre søvnhygiene, kan det tenkes at han etterhvert klarer å ivareta egenomsorgen på egenhånd. Sykepleier kan også oftere tilby Karl hjelp med husarbeid og etter hvert holde øye med at han selv utfører dette. Hun bruker da det delvis kompensierende system for å ikke frata Karls evne til å utføre ting på egenhånd (Strand, 1990, s. 85). Når sykepleier tilbyr hjelp møter hun opp og tilbyr kontakt. Dette kan føre til at Karl får en følelse av at sykepleier alltid er til å regne med, noe som kan styrke hans tillit til henne. Sykepleier bør informere om at moderat temperatur, mørke og ro på rommet er hensiktsmessig (Helsedirektoratet, 2013, s. 10). Konfliktfrie gjenstander, som estetiske bilder fremfor gjenstander med følelsesmessig utfordring, kan også bedre søvnhygiene (Strand, 1990, s. 72). Dette bør Karl informeres om da det er blitt observert at han har bilder som kan oppleves truende og dystre. Det kan tenkes at dette er grunnen til at han ikke sovner i sengen, men ofte ender opp med å sovne på sofaen.

### **5.2.2 Daglig aktivitet**

Som skrevet i caset isolerer Karl seg på rommet, og han ønsker ikke å være med broren på kafé og spaserturer fordi han er trøtt og sliten. I følge forskning kan inaktivitet skyldes tretthet på dagen, som følge av søvnproblemer (Waite et al., 2015). Vi kan på bakgrunn av dette tenke oss at søvnproblemene er grunnen til at Karl isolerer seg og er inaktiv. Vi tenker at sykepleier bør informere om at aktivitet på dagtid kan gi større forutsetning for å klare å sove om natten. Forskning sier også at inaktivitet i løpet av dagen fører til for lite bruk av energi, noe som fører til at man ikke blir trøtt og dermed ikke klarer å sove om natten. Å oppfordre til aktivitet, også ute, er viktig fordi Karl da blir eksponert for naturlig lys, som fremmer den sirkadiske rytmen (Waite et al., 2015). Sykepleier kan komme med forslag om ulike uteaktiviteter som sikrer fysisk anstrengelse og dagslys, da dette kan øke forutsetningen for at han blir trøtt om natten. Sykepleier kan tilrettelegge for at Karl får være med på de felles aktivitetene som planlegges i omsorgsboligen. Hun kan gi Karl en oversikt over planlagte aktiviteter i løpet av uka, slik at han blir forberedt. Dette kan føre til økt

forutsigbarhet og økt lyst til å delta. Pasienter erfarer at samvær med medpasienter skaper en følelse av likeverd. Når Karl er i aktivitet med medpasienter kan han skape sosiale relasjoner. Det kan tenkes at han etter hvert vil dele sine erfaringer, om søvnproblemene, med de andre pasientene. Han vil kanskje føle seg mindre ensom og skamfull dersom medpasientene erfarer det samme (Borge, 2008, s. 118). Når Karl skaper relasjoner med medpasienter, vil forutsetningen være større for å ville være aktiv og delta i sosiale sammenkomster. Dette kan føre til at han ikke lenger isolerer seg i leiligheten, og at han da har mindre energi på kveldstid, som ifølge forskning er bra for nattesøvnen (Waite et al., 2015). For å øke Karls lyst til å være med på aktiviteter, kan det være hensiktsmessig at han får muligheten til å være med å bestemme hvilke aktiviteter som skal foregå i løpet av uka. Når Karl får være med å bestemme vil han mest sannsynlig føle seg sett, respektert og at han får styre eget liv. Han får her medvirke, noe vi tenker er viktig for videre samarbeid under behandlingen (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 8). Sykepleier må ikke glemme at han kan få vrangforestillinger, som kan føre til endring i planer og at han ikke får vært med på aktivitetene. I følge caset har Karl tidligere likt å være med broren sin på kafé, men har nå ikke hatt energi til dette. Det er lurt at sykepleier hjelper Karl å minnes det han likte ved å være med broren, slik at han blir motivert til å gjøre dette videre. Det kan være hensiktsmessig at sykepleier avtaler et møte slik at Karl og broren kan sette opp en plan hvor de kan avtale å møtes to ganger i uka. Dette kan skape forutsigbarhet og en mer strukturert uke for Karl.

### **5.2.3 Oppnåelse av sirkadisk rytme**

Som skrevet tidligere har ofte pasienter med schizofreni forstyrrelser i den sirkadiske rytmen. Den sirkadiske rytmen styres av den indre klokken (Wulff et al., 2012). Pasienter med schizofreni kan ha utfordringer med å ivareta behovet for ernæring (Strand, 1990, s. 83-85). I følge forskning kan inkonsekvent diett, med store mengder koffein og nikotin, forstyrre kroppens indre klokke (Waite et al., 2015). Helsedirektoratet (2013, s. 10) viser til gode råd for god søvnhygiene, og nevner blant annet at inntak av koffeinholdige drikker, som kaffe og cola, bør unngås etter kl. 17. Dette bør sykepleier informere Karl om, da det er blitt observert at han drikker mye cola på kveldene. For lite søvn kan føre til nedsatt hukommelses- og innlæringsevne (Bastøe & Frantsen, 2011, s. 305). Sykepleier kan gi Karl en liste over gode råd for god søvnhygiene, for at han lettere skal ha en oversikt.



Forstyrrelser i den sirkadiske rytmen innebærer også å ha uheldig søvnrutine, som å legge seg sent, stå opp sent og ha våkenperioder om natten. Det kan være hensiktsmessig at Karl lager seg en rutine for når han skal legge seg, og at han utfører behagelige aktiviteter på morgenen, som å spise en appetittvekkende frokost og/eller tegne (Waite et al., 2015). Dette blir en form for miljøterapi (Hummelvoll, 2012, s. 471). Et godt råd for bedre søvnhygiene er å legge seg til samme tid hver kveld og stå opp til samme tid hver morgen, og at man unngår å sove på dagtid (Helsedirektoratet, 2013, s. 7). Vi tenker at dette bidrar til å opprettholde den sirkadiske rytmen, da han får bedre rutiner.

#### **5.2.4 Generelle tiltak**

Det er flere tiltak som bør følges for å få bedre søvnhygiene foruten om de vi har drøftet tidligere. Man bør blant annet unngå å være sulten eller å innta et stort og tungt måltid rett før man legger seg (Direktoratet for e-helse, 2012). Karl har tendens til å spise et stort måltid sent på kvelden, og sykepleier bør informere Karl om dette. Hun kan tilrettelegge og motiviere Karl slik at han blir med og spiser kveldsmat med de andre beboerne på fellesstuen på et avtalt tidspunkt hver dag. Dette for å unngå at han spiser på rommet og dermed spiser sent. Pasienter med schizofreni har ofte behov for at noen passer på det å sikre god ernæring (Jones & Buckley, 2008, s. 16). Sykepleier kan lage en avtale med Karl om at mobil og PC ikke skal være i bruk på senga, da dette bør unngås (Helsedirektoratet, 2013, s. 10). Dette bekrefter Holsten, Pallesen & Sivertsen (2011), som skriver at stimuluskontroll, som er en del av kognitiv atferdsterapi, er den beste behandlingen av kronisk insomni. Dette er også relevant for Karl, som plages med for lite søvn. Sykepleier kan her bruke det delvis kompensierende system, der hun holder øye med at Karl ikke bruker mobil og PC når han er i senga (Strand, 1990, s. 85). Det viser seg at Karl har en del bekymringer ved leggetid. Sykepleier bør derfor råde ham til å sette av tid på dagen til å gå gjennom disse bekymringene (Helsedirektoratet, 2013, s. 13). Sykepleier bør minne Karl på at hun hele tiden er tilgjengelig for en prat hvor han kan fortelle om disse bekymringene.

Når sykepleier veileder Karl tenker vi det er lite hensiktsmessig at hun veileder om alle de overnevnte tiltak på en og samme tid. Hun bør derimot veilede over en lengre periode. Dette har sykepleier mulighet til da Karl bor på omsorgsbolig hvor hun som primærkontakt ofte er tilstede. Dersom det ser ut til at Karl etterhvert klarer å ivareta egenomsorgen i større grad på

egenhånd, kan det være nok at sykepleier går over til et støttende system (Strand, 1990, s. 85). Karl er da på et stadie der sykepleier ikke lenger må hjelpe ham med husarbeid og innkjøp av ting for å bedre søvnmiljøet og heller ikke tilrettelegge for at han er i aktivitet. Hun vil da bare oppmuntre, veilede og undervise Karl (Strand, 1990, s. 85).

## 6. KONKLUSJON

I møte med pasienter som har schizofreni er relasjonsbygging viktig. Sykepleier må kontinuerlig og regelmessig tilby kontakt og vise at hun er der for pasienten. Dette vil gradvis øke pasientens tillit til sykepleier slik at han blir mer villig til å motta veiledning i forhold til sine søvnproblemer. Dette er helt avgjørende for at sykepleier skal få innsikt i og ta del i pasientens situasjon. Sykepleier må kjenne til hvor nær hun kan være pasienten, for at han ikke skal føle at noen trenger inn i hans komfortsone. Dette er viktig for pasientens trygghetsfølelse i relasjonen til sykepleier. For å vite hvor mye sykepleie pasienten har behov for, må sykepleier ha kjennskap til hvor mye pasienten klarer på egenhånd og hvor mye hun skal overta under gjennomføring av de søvnhygieniske tiltakene. Her bruker hun prinsippet fysisk omsorg.

Vår konklusjon er at kontinuitet og regelmessighet, nærhet og avstand samt fysisk omsorg, er prinsipper som har stor betydning for hvordan sykepleier kan veilede pasienter med schizofreni. At sykepleier er bevisst disse prinsippene har også stor betydning for at tiltak i forhold til søvnforstyrrelser skal ha god effekt. Vi kan videre konkludere med at veiledning om forskningsbaserte tiltak som tilpassing av søvmiljø, daglig aktivitet og oppnåelse av sirkadisk rytme bidrar til at pasienter med schizofreni får ivaretatt sitt behov for søvn.

## 7. LITTERATURLISTE

Bastøe, L.-K. H. & Frantsen, A.-M. (2011). Søvn og hvile. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 2* (2. utg., s. 301-330). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Bjørvatn, B. (2017). *Søvnløshet – insomni*. Hentet fra <https://helsenorge.no/sykdom/sovnproblemer/sovnloshet-insomni> Antall sider: 3

\*Borge, L. (2008). Institusjonen - et sted for læring, mening og eksistens. I B. Karlsson (Red.). *Se mennesket: – om forskning og klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie* (s. 112-135). Oslo: Gyldendal Akademisk. Antall sider: 24

\*Bø, A. K. (1996). *Omsorgens ansikt: om metoder og kunst i psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget. Antall sider: 9

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. (2017). *Oppdragsdokument 2017, Helse Sør-Øst RHF*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/oppdragsdokument/2017/oppdragsdokument\\_helse\\_sor-ost\\_rhf\\_2017.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/hod/oppdragsdokument/2017/oppdragsdokument_helse_sor-ost_rhf_2017.pdf) Antall sider: 15

\*Direktoratet for e-helse. (2012). *Gode råd for bedre søvn*. Hentet fra <https://helsenorge.no/sykdom/sovnproblemer/gode-rad-for-bedre-sovn>

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Granum, V. (2003). *Praktisk sykepleieundervisning*. Bergen: Fagbokforlaget. Antall sider: 19

\*Helsebiblioteket. (2016). *MeSH på norsk og engelsk*. Hentet fra <http://mesh.uia.no> Antall sider: 1

- \*Helsedirektoratet. (2013). *Negative symptomer*. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/12.hva-er-en-psykose/symptomer/negative-symptomer> Antall sider: 1
- \*Helsedirektoratet. (2013). *Sov godt: Gode råd for bedre søvn*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/382/Sov-godt-gode-rad-for-bedre-sovn-brosjyre-IS-0402.pdf> Antall sider: 16
- \*Helsedirektoratet. (2015). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2015*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/743/Icd-10-den-internasjonale-statistiske-klassifikasjonen-av-sykdommer-og-beslektede-helseproblemer-2015-IS-2277.pdf> Antall sider: 55
- \*Helsedirektoratet. (2017). *Dette gjør Helsedirektoratet*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/om-oss/dette-gjor-helsedirektoratet> Antall sider: 2
- \*Hermundstad, G. (1999). *Psykiatriens historie*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS. Antall sider: 28
- \*Holsten, F., Pallesen, S., Sivertsen, B. (2011). Søvnforstyrrelser ved psykiske lidelser. *Tidsskriftet for den norske legeforening*, 11:7, 688-691. <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.08.0604> Antall sider: 4
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \*Jones, P. B. & Buckley, P. F. (2008). *Skizofreni: Klinisk praksis*. København: FADL's forlag. Antall sider: 12
- \*Kringlen, E. (2011). *Psykiatri* (10. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk. Antall sider: 48

\*Li, S. X., Lam, S. P., Zhang, J., Yu, M. W. M., Chan, J. W. Y., Chan, C. S. Y., ... Wing, Y.-K. (2016). Sleep Disturbances and Suicide Risk in an 8-Year Longitudinal Study of Schizophrenia-Spectrum Disorders. *Sleep*, 39(6), 1275–1282.

<http://doi.org/10.5665/sleep.5852> Antall sider: 8

\*Løberg, E.-M. & Johnsen, E. (2016). Psykoselidelser. I R. Hagen & L. E. O. Kennair (Red.), *Psykiske lidelser* (s. 104-121). Oslo: Gyldendal Akademisk. Antall sider: 18

\*Norges teknisk-naturvitenskapelige universitetet. (s.a.). *Aktigraf: Hva er aktigraf?* Hentet fra <https://www.ntnu.no/sleep-bp/aktigraf> Antall sider: 1

\*Norsk legemiddelhåndbok. (2015). *Søvnforstyrrelser ved psykiske lidelser*. Hentet fra <http://legemiddelhandboka.no/Terapi/7966?expand=1> Antall sider: 1

\*Norsk Rikskringkasting. (2016). *Stemmene i hodet*. Hentet fra <https://tv.nrk.no/serie/stemmene-i-hodet>

\*Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. (2017). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

\*Norsk sykepleierforbund. (2008). *Sykepleie- et selvstendig og allsidig fag*. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/135904/Sykepleie%25202008.pdf> Antall sider: 20

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

\*Om store norske leksikon. (s.a.). I E. Bolstad (Red.), *Store norske leksikon*. Hentet 15. mai 2017, fra [https://meta.snl.no/Om\\_Store\\_norske\\_leksikon](https://meta.snl.no/Om_Store_norske_leksikon) Antall sider: 1

\*Palijan, T. Ž., Kovačević, D., Vlastelica, M., Dadić-Hero, E. & Sarilar, M. (2016). Quality of life of persons suffering from schizophrenia, psoriasis and physical disabilities.

*Psychiatria Danubina*, 29(1), 60-65. Hentet fra

[http://www.hdbp.org/psychiatria\\_danubina/pdf/dnb\\_vol29\\_no1/dnb\\_vol29\\_no1\\_60.pdf](http://www.hdbp.org/psychiatria_danubina/pdf/dnb_vol29_no1/dnb_vol29_no1_60.pdf)

Antall sider: 6

\*Pallesen, S. & Bjorvatn, B. (2016). Søvnlidelser. I R. Hagen & L. E. O. Kennair (Red.), *Psykiske lidelser* (s. 198-219). Oslo: Gyldendal Akademisk. Antall sider: 22

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2016). Hentet fra <https://lovdata.no>

\*Skårderud, F. (2016). Spiseforstyrrelser. I R. Hagen & L. E. O. Kennair (Red.), *Psykiske lidelser* (s. 177-197). Oslo: Gyldendal Akademisk. Antall sider: 21

Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Snoek, J. E. & Engedal, K. (2008). *Psykatri: Kunnskap – Forståelse – Utfordringer* (3. utg.). Trondheim: Akribe Forlag. Antall sider: 8

\*Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Brukermedvirkning- psykisk helsefeltet: Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/158/Brukermedvirkning-psykisk%20helsefeltet-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptrappingsplanen-for-psykisk-helse-IS-1315.pdf> Antall sider: 5

Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet: Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Svartdal, F. (2016). longitudinell metode. I E. Bolstad (Red.), *Store norske leksikon*. Hentet 25. april 2017, fra [https://snl.no/longitudinell\\_metode](https://snl.no/longitudinell_metode) Antall sider: 1

\*Thorsen, G.-R. B. & Johannessen, J. O. (Red.). (2008). *Schizofreni: For pasienter, pårørende, helsepersonell og andre* (7. utg.). Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning. Antall sider: 32

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Utdanningsforbundet. (2016). *Hva er fagfelleverdert artikkel?: - Om merking av artiklene på Utdanningsforskning.no*. Hentet fra <https://utdanningsforskning.no/artikler/artikler-om-utdanningsforskning/hva-er-fagfelleverdert-artikkel/> Antall sider: 1

\*Videbech, P., Kjølbye, M., Sørensen, T. & Vestergaard, P. (2010). *Psykiatri: En lærebog om voksnes psykiske sygdomme* (4. utg.). København: FADL's forlag. Antall sider: 23

\*Waite, F., Myers, E., Harvey, A. G., Espie, C. A., Startup, H., Sheaves, B. & Freeman, D. (2015). Treating Sleep Problems in Patients with Schizophrenia. *Cambridge*, 44(3), 273-287. <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465815000430> Antall sider: 15

\*Wulff, K., Dijk, D.-J., Middleton, B., Foster, R. G. & Joyce, E. M. (2012). Sleep and circadian rhythm disruption in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 200(4), 308-316. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096321> Antall sider: 14