



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Individer med schizofreni och deras upplevelser av sin livsvärld gällande den egna hälsan och vårdandet

Nathalie Bengs

Sofie Hagman

Handledare: Ingemar Ljungqvist

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona Juni 2015

Individer med schizofreni och deras upplevelser av sin livsvärld gällande den egna hälsan och vårdandet

Nathalie Bengs
Sofie Hagman

Sammanfattning

Bakgrund: Schizofreni är en vanlig psykossjukdom där symtom kan innefatta en skev verklighetsuppfattning med hallucinationer, vanföreställningar och ett avvikande känslobeteende. Målet med omvårdnaden för individer med schizofreni är att lindra lidande och att omvårdnaden ska vara individanpassad. En viktig aspekt för god omvårdnad är trygghet mellan patient och sjuksköterska. En upplevelse av god hälsa stärker både meningsfullhet och livskraft för individen.

Syfte: Syftet med studien var att undersöka upplevelsen av livsvärlden gällande den egna hälsan och vårdandet hos individer med schizofreni.

Metod: En kvalitativ litteraturstudie baserad på tre patografier gjordes. Analysmetoden som använts är Graneheim och Lundmans tolkning av kvalitativ innehållsanalys. En manifest ansats med latent inslag har använts vid analysering.

Resultat: I studiens resultat framkom fyra kategorier; *Missnöje med vården*, *Upplevd hälsa*, *En känsla av hopp och framtidstro* och *Upplevelse av stigmatisering och fördomar*. Till kategorierna framkom även underkategorierna; *Upplevelse av distanserad personal*, *Misstro till medicinering*, *Välbefinnande av kreativa aktiviteter* och *Familj och vänners påverkan på egen hälsa*. I resultatet framkom att författarna upplevde missnöje med vården och vårdpersonals bemötande. Hälsa kunde upplevas vid olika aktiviteter och vid näras stöd. Individerna upplevde även stigma från både omgivning och vårdpersonal.

Slutsats: I studien framkom vikten av att sjuksköterskan har förståelse och kunskap för hur individer med schizofreni upplever egen hälsa och vårdande. Sjuksköterskan kan använda studieresultatet som stöd i omvårdnaden för patientgruppen. Ytterligare forskning om individers upplevelse av att leva med schizofreni är av intresse.

Nyckelord: Hälsa och vårdande, Schizofreni, Stigmatisering, Upplevelse

Innehållsförteckning

Inledning	4
Bakgrund.....	5
Schizofreni	5
Diagnos.....	6
Omvårdnad och behandling vid schizofreni.....	6
Stigmatisering.....	7
Självstigmatisering	8
Upplevelse.....	8
Hälsa och vårdande	9
Teoretisk referensram.....	9
Syfte	10
Metod.....	11
Datainsamling och urval.....	11
Patografier	12
Dataanalys	12
Resultat	13
Missnöje med vården	13
Upplevelse av distanserad personal.....	13
Misstro till medicinering	14
Upplevd hälsa.....	15
Välbefinnande av kreativa aktiviteter.....	15
Familj och vänners påverkan på egen hälsa	16
En känsla av hopp och framtidstro.....	17
Upplevelse av stigmatisering och fördomar.....	18
Diskussion.....	19
Metoddiskussion.....	19
Urval	19
Analys.....	20
Resultatdiskussion.....	21
Slutsats	24
Självständighet.....	25
Referenser	26
Bilaga: Meningsenheter	29

Inledning

Individer med schizofreni upplever sig få liten förståelse för deras beteende och de svårigheter de upplever. Att bli stämplad som galen, farlig, oförutsägbar, opålitlig samt svår att kommunicera med är vanliga negativa reaktioner från både omgivning och sjukvårdspersonal (Björkman, Angelman & Jönsson, 2008; Schulze & Angermeyer, 2003). Båda studierna påvisar även att individer med schizofreni upplever sig bli tagna på mindre allvar när de vårdas för somatiska problem. Vårdpersonals vetskap om patientens psykiska sjukdom kan leda till att fysiska åkommor antas vara psykiskt relaterade (Björkman et al. 2008; Schulze & Angermeyer, 2003). Vidare menar Schulze och Angermeyer (2003) att majoriteten av individer med schizofreni har erfarenhet av att bli bemötta respektlöst av vårdpersonal. Det har visats att vårdpersonal uppfattar individer med psykisk sjukdom som mer skrämmande och krävande än andra patientgrupper (ibid.). Dessutom råder en pessimistisk syn på individer med schizofreni vad gäller deras chanser till återhämtning och förbättring (Björkman et al. 2008). Som sjuksköterska är det betydelsefullt att vårdarbetet sker personcentrerat. Personcentrerad vård innebär att individen respekteras och att vårdarbetet sker utifrån varje enskild individs tolkning av vad hälsa innebär (Bergbom, 2013).

Tidigare forskning har således visat att det finns fördomar samt en negativ syn på individer med schizofreni inom vården (Björkman et al. 2008). Flanagan, Davidson och Strauss (2010) påpekar att forskning gällande individers upplevelser av att leva med schizofreni är bristfällig (Flanagan et al. 2010). Det är av intresse att undersöka hur individer med schizofreni upplever sin livsvärld gällande hälsa och vårdande, då det fortfarande finns brister i bemötande och empati kring dessa patienter. Genom att göra en sammanställning av befintlig forskning kring individers egna erfarenheter och livsinställning kan ökad kunskap och förståelse för dessa individer genereras. En sådan sammanställning skulle kunna användas som underlag för förbättringsarbete gällande sjuksköterskans omvårdnad, empati och bemötande gentemot individer med schizofreni. Det skulle också kunna användas för att identifiera kunskapsluckor och behov av framtida forskning.

Bakgrund

Schizofreni

Enligt WHO (2014) är schizofreni en psykisk sjukdom som kan medföra både psykiska och sociala konsekvenser i livet. Runt om i världen är det omkring 21 miljoner människor som är drabbade av sjukdomen. Vanligen drabbas män i ett tidigare skede än vad kvinnor gör och det vanligaste är att sjukdomen visar sig i slutet av tonåren eller i tidig vuxen ålder.

Allgulander (2008) beskriver schizofreni som en psykosjukdom. Orsaken till en psykos kan vara många och varaktighet av psykosen kan vara allt från några timmar till livslång. Psykos innebär ett tillstånd med en störd verklighetsuppfattning. En psykos delas upp i negativa och positiva symtom. De positiva symtomen innebär att individens normala funktioner förstärks eller förvrängs. Negativa symtom innebär att vissa egenskaper som individen hade innan insjuknandet minskar eller förloras. Vanliga positiva symtom vid psykos är bristande sjukdomsinsikt, vanföreställningar och hallucinationer (ibid.). Hörselhallucinationer är den vanligaste förekommande formen av hallucination och upplevs ofta som direkt talande röster (Hoffman, Varanko, Gilmore & Mishara, 2008). Allgulander (2008) förklarar att lukt- och smakhallucinationer kan upplevas genom att maten tros vara förgiftad eller att omgivningen luktar gas eller död. Vanföreställningar kan bland annat yttra sig i form av tolkningsfel både som sinnesintryck och kroppsliga signaler. Feltolkningar kan vara religiösa eller uppstå som en övertygelse om att själv ha en avgörande betydelse i ett världssammanhang. Individer med schizofreni kan även uppleva att andra människor har makt eller påverkan över deras liv. Detta genom att de kan känna sig förföljda eller att innehåll och kontext i tv- och radioprogram enbart är inriktat till individerna personligen. Då tolkningen av omvärlden förändras för individen menar Allgulander att en psykos kan bidra till att uppfattningen av omvärlden kan skilja sig i sådan grad, att andra människor har svårt att förstå den sjuke individens upplevelser. Vidare beskrivs positiva symtom med att individen kan ha ett osammanhängande tal, tankemönster och beteende. Tankestörningar kan innebära upplevelser av att andras tankar är i det egna huvudet och att tankarna måste tänkas. Tankarna och rösterna som upplevs kan uppta så mycket tid att det påverkar både individens relationer och arbete. Ett ytterligare grundsymtom för schizofreni är att individen kan känna ambivalens i vardagliga situationer (ibid.). Även självskadebeteende och missbruk är vanligt förekommande hos individer med schizofreni (Mork et al. 2012).

Negativa symtom innefattar symtom som minskar tankeaktiviteten där individen blir inåtvänd och försjunken i sig själv och sina tankar. Symtomen kan även innefatta att individens känslor och tal minskar samt att individen drar sig undan familj och vänner. De negativa symtomen kan också yttra sig genom att individen mister förmågan till att ta initiativ, vilket kan bidra till att intresse och engagemang för aktiviteter minskar (Allgulander, 2008).

Diagnos

Enligt American Psychiatric Association [APA] (2000) i den psykiatriska diagnoshandboken, DSM-4 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) beskrivs vanföreställningar, hallucinationer, desorganiserat tal, associationsrubbningar, negativa symtom och enformiga rörelser som karaktäristiska symtom. De karaktäristiska symtomen kan även innebära brister i känslolivet och i tankeverksamheten. APA förklarar att vid diagnostisering ska minst två av de karaktäristiska symtomen förekomma en betydande del av individens tid, under minst en månad. Undantag vid diagnostisering gäller om individen har svåra hallucinationer eller vanföreställningar, då diagnos kan fastställas trots att enbart det kriteriet uppfyllts. Från det att symtomen debuterat ska en social eller yrkesmässig dysfunktion ha uppstått.

Sjukdomstecken måste även uppvisats kontinuerligt under en sexmånadsperiod, varav minst en månad som innefattas av de karaktäristiska symtomen. Resterande tidsperiod ska innefatta prodromal- eller residualsymtom, vilket innebär att de karaktäristiska symtomen visar sig i försvagad form (ibid.). De karaktäristiska symtomen kan även enbart visa sig i form av negativa symtom som innefattar inåtvändhet, avsaknad av glädje samt tystnad (Cullberg, 2005).

Omvårdnad och behandling vid schizofreni

Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU] (1999) beskriver att målet med omvårdnad vid schizofreni är att lindra individers lidande, främja läkning, underlätta symtomhantering samt att förhindra återfall i sjukdomen. Avsikten med omvårdnaden för alla individer med schizofreni är enligt SBU att individerna ska kunna leva ett så tillfredställande liv som möjligt ute i samhället samt att all omvårdnad ska vara individuellt anpassad. Inom omvårdnaden för individer med schizofreni är både den allmänna och specifika omvårdnaden betydelsefull. SBU beskriver att den allmänna omvårdnaden ska fokusera på den enskilde individen och på dennes mänskliga relationer. Den specifika omvårdnaden ska fokuserad på individen och sjukdomsbilden. Specifik omvårdnad kräver kunskap kring den enskilda individens livssituation samt om sjukdomen och behandlingen (ibid.).

SBU (1999) påpekar att det som vårdpersonal alltid är viktigt att ta hänsyn till hur patientens dagliga liv ser ut, samt att anhöriga ges möjlighet att vara delaktiga i omvårdnaden. En god omvårdnad förutsätter en trygg relation mellan patient och vårdpersonal (ibid.). [SBU] (2012) menar att läkemedel är en viktig del i behandlingen vid schizofreni. Läkemedelsbehandlingen ska kompletteras med omvårdnad, stöd, samtal och andra former av behandlingar. Det är betydelsefullt att både läkare och övrig vårdpersonal har kunskap gällande medicineringen och dess effekter. Vid behandling av schizofreni är antipsykotiska läkemedel, neuroleptika, den läkemedelsgrupp som används för att lindra psykotiska symtom. Det är viktigt att rekommendationer gällande läkemedelsbehandling ses över, delvis då biverkningarna av neuroleptika kan skilja sig åt i allvarlighetsgrad, vara dosberoende samt skilja sig åt mellan olika individer. Biverkningar vid användandet av neuroleptiska läkemedel kan vara viktökning, stelhet, ofrivilliga rörelser och skakningar. Positiva effekter av neuroleptika är att det kan minska risken för missbruk och självmordsbeteende. För individer med schizofreni kan rätt läkemedelsbehandling möjliggöra en bättre livssituation (ibid.).

Stigmatisering

Stigmatisering är ett stort problem för individer med schizofreni då upplevelsen av att bli undviken, uppfattas negativt samt att bli utsatt för ett kränkande bemötande både genom ord och handling är vanligt förekommande (Dickerson, Sommerville, Origoni, Ringel & Parente, 2002). Individer med schizofreni upplever många gånger stigmatiseringen som ett stort hinder i vardagen (Knight, Wykes & Hayward, 2003). Termen stigmatisering innebär enligt Goffman (1963) att en individ eller grupp märkbart avviker från samhällets normer. En individ som stigmatiserats accepteras inte i det sociala sammanhanget utan bemöts negativt av andra människor exempelvis genom misstänksamhet, rädsla eller diskriminering (ibid.). Link och Phelan (2001) definierar stigma som en komponent av flera sammanhängande delar och att stigma är då stereotyper, diskriminering, utanförskap, etiketter samt statusförlust som förekommer tillsammans i en maktsituation. Graden av stigma kan variera, samband mellan etiketter av individer eller grupper samt de oönskade attribut som leder till etikettsättning kan vara relativt svag eller stark. Detta innebär att vissa grupper i högre grad är utsatta för stigmatisering än andra (ibid.). Corrigan, Backs-Edwards, Qreen, Lickey-Thwart och Perm (2001) menar att fördomsfulla attityder leder till ett diskriminerande beteende. Fördomar gällande psykiska sjukdomar bidrar till en social distansering mot individer med psykisk ohälsa. Kunskap om psykisk sjukdom från utbildning och egna erfarenheter minskar sannolikheten för fördomsfulla attityder mot individer med psykisk sjukdom (ibid.).

Självstigmatisering

Corrigan (2004) menar att begreppen stigmatisering och självstigmatisering kan delas upp i två delar. Självstigmatisering beskrivs av Corrigan som ett medvetet eller omedvetet förlopp, där den stigmatiserade individen nedvärderar sig själv genom att tro att allmänhetens fördomar och förutfattade meningar är sanna. Detta kan leda till att individen känner skam samt får ett sämre självförtroende och självkänsla (ibid.). Självstigmatisering kan även påverka individens livssituation negativt, då denne kan uppleva ett subjektivt lidande samt ett socialt utanförskap (Socialstyrelsen, 2012). Individer eller grupper som utsätts för stigmatisering undviker ofta de situationer eller sociala sammanhang där de förväntar sig att bli bemötta på ett negativt sätt på grund av stigmatisering (Link & Phelan, 2001). Lv, Wolf och Wang (2013) beskriver självstigmatisering som ett vanligt förekommande problem hos individer med schizofreni. Anledningen till att individer med psykiska besvär undviker att berätta och söka hjälp kan vara för att de är rädda för att bli dömda och utstötta på grund av sina psykiska problem (ibid.).

Upplevelse

Eriksson (1991) beskriver upplevelsen som individuell då alla individer tolkar händelser på olika sätt. När två individer drabbas av samma sjukdom är aldrig upplevelsevärlden av sjukdomen densamma då tidigare erfarenheter är det som formar individens upplevelse. Vidare menas att en individs upplevelsevärld alltid grundar sig i den enskildes uppfattning av sig själv och sin omgivning. Upplevelser är alltid subjektiva och har skett på en känslomässig, fysisk, psykisk eller existentiell nivå. Detta gör det problematiskt för människor runt individen att fullt ut kunna tolka dennes upplevelser (ibid.). Dahlberg (2014) menar att alla individer bär på olika erfarenheter och upplevelser från sitt liv. Dessa upplevelser är värdefulla då de både kan bidra till positiva och negativa aspekter. Negativa aspekter kan vara om individen under sitt liv fått förförståelser som kan leda till att individen inte är öppen för nya intryck (ibid.). Individer med schizofreni kan uppleva sig splittrade samt att de inte får förståelse för hur de själva upplever sitt liv med schizofreni (Nilsson, Nåden & Lindström, 2008). De kan även uppleva sjukdomssymtomen som skrämmande, pinsamma, frustrerande och deprimerande, vilket kan påverka de sociala relationerna negativt (Flanagan et al. 2012). Symtomen som uppstår vid schizofreni kan även leda till att individen upplever hopplöshet, ängslighet och ångest (Allgulander, 2008).

Hälsa och vårdande

Enligt WHO (1946) definieras hälsa som ett tillstånd av fullkomlig social, fysisk och mentalt välbefinnande (ibid.). Det innebär att trots sjukdom eller funktionshinder kan en individ ändå uppleva hälsa (Dahlberg, 2014; WHO, 1946 & Wiklund, 2003). Hälsa är en resurs, eller en form av möjlighet för det vardagliga livet men det är inte ett krav för att en individ ska kunna leva (WHO, 1946). Dahlberg (2014) menar att en individs hälsa påverkas av den egna livslusten, livsinställningen och förmågan att hantera den egna sårbarheten. Det finns olika aspekter som väger in i upplevelsen av hälsa, delvis den biologiska aspekten men även att känna meningsfullhet och ett sammanhang i tillvaron. Att känna meningsfullhet i tillvaron kan stärka en individs kamp mot ohälsa, omvänt kan känsla av att vara vid god hälsa stärka upplevelsen av meningsfullhet och livskraft. Fortsättningsvis menar Dahlberg att vårdande innebär att stödja och stärka individens hälsoprocess. Målet med vårdandet är att individen ska uppnå hälsa och uppleva ett välbefinnande. Perspektivet av hälsa är relaterat till både känsla av mening och sammanhang. Med anledning av detta är det betydande att alltid se till den enskilde individens vardagssituation och sammanhang som denne lever i. Dahlberg belyser även vikten av att alltid inkludera individens egen syn på hälsa, då uppfattning om vad hälsa innebär är unik. Detta är betydelsefullt för att individen ska kunna känna delaktighet i både hälso- och vårdprocess (ibid.). Happell, Manias och Roper (2004) menar att individer med psykisk ohälsa kan uppleva ett missnöje med vården då de inte får tillräcklig information om medicineringens effekter och biverkningar. Att inte bli respekterad av vårdpersonal gällande den egna medicineringen är ett vanligt problem för individer med psykisk sjukdom. Vanliga upplevelser är att sjuksköterskor är passiva, vilket leder till att individen inte får en god relation till sjuksköterskan. Detta kan leda till att individen upplever avsaknad av information och delaktighet i vården (ibid.).

Teoretisk referensram

Den teoretiska referensram som använts för litteraturstudien är Karin Dahlbergs livsvärldsteori. Livsvärldsteorin som vetenskaplig grund valdes med anledning av att teorin som Dahlberg (2014) beskriver är en vetenskaplig modell som kan användas som stöd vid undersökningar gällande hälsa och vårdande. Dahlberg beskriver livsvärlden som den värld alla individer är en del av. Hon menar att livsvärlden handlar om hur individer själva upplever och förstår omvärlden, människorna runt omkring samt andra existenser vilket gör att alla individer ser den egna livsvärlden på olika sätt. Med livsvärldsteorin som grund kan förståelse skapas för både patienter och vårdpersonal (ibid.).

Dahlberg (2014) menar vidare att genom att samtala med individer med fokus på den egna livsvärlden, skapas en förståelse av hur det är att drabbas av en svår sjukdom som vänder upp och ner på individens värld. Med hjälp av livsvärldsteorin kan kunskap gällande hur individen upplever, känner, tänker och förhåller sig till frågor som rör den egna hälsan och vårdandet genereras. Dahlberg menar att med hjälp av livsvärlden som grund kan kunskap gällande hälsa och vårdande skapas, för att komma fram till vad hälsa innebär för individen. Kunskap och förståelse fås även i hur vårdandet ska vara utformat för att bevara eller återfå önskat hälsotillstånd. Livsvärlden är alltid individuell och därför har det av betydelse att förstå hur en sjukdom påverkar den enskilda individen. Det är även av vikt att uppmärksamma hur individen kan stärkas i hälsoprocesserna och själv bli delaktig i den egna vården. Med tanke på att livsvärlden upplevs individuellt poängterar Dahlberg betydelsen av att vara medveten om att individer med likvärdiga diagnoser eller symtom kan uppleva sin situation på olika sätt och därav vara i behov av olika vård. Dahlberg beskriver att då en individ drabbas av en sjukdom kan förändringar bli tydliga hos individen. Kroppen är inte enbart den fysiska kroppen utan också en kropp av ett inre liv och existens. Det är genom den levda kroppen som både hälsa och ohälsa upplevs. Detta är av betydelse för hur vårdandet bör utformas för att stärka och stödja individens hälsa på bästa möjliga sätt. Då en individ känner sig stark, är frisk och känner sig nöjd i sin tillvaro, upplevs ofta känslan av att vara tillfreds med livet och existensen. Det medför i sin tur att individen känner en trygghet och bekantskap i den rådande tillvaron. Dahlberg betonar även att då en individ drabbas av sjukdom och livets tillvaro förändras kan den förut upplevda trygghetskänslan istället upplevas som främmande och till och med hemsk. En individ kan då drabbas av känslor av uppgivenhet, vilshenhet och känna sig oförmögen till att förhålla sig till den nya tillvaron. Existentiella frågor gällande omgivningen och meningen med livet kan då uppstå. Slutligen påpekar Dahlberg att det är en vårdares uppgift att i en sådan situation möta och stödja varje individ som söker efter mening och sammanhang i tillvaron. Dahlberg påpekar att ett vårdlidande kan uppstå då vården kränker individens värdighet genom att individen inte blir sedd, hörd eller uppmärksammas (ibid.).

Syfte

Syftet med studien var att undersöka upplevelsen av livsvärlden gällande den egna hälsan och vårdandet hos individer med schizofreni.

Metod

Studien är en litteraturstudie med en kvalitativ ansats baserad på patografier. Olsson och Sörensen (2011) skriver att en kvalitativ ansats stävar efter att få en helhetsförståelse och en bild av en upplevd situation (Olsson & Sörensen, 2011). Patografier beskrivs som berättelser där fokusering ligger på upplevelsen av att leva med en sjukdom istället för att ha som avsikt att beskriva sjukdomsbilden (Hawkins, 1999). Patografier har även syftet att detaljerat beskriva individers upplevda hälsa eller ohälsa (Dahlborg Lyckhage, 2006).

Datainsamling och urval

Datainsamlingen med sökningar efter patografier skedde via de svenska bibliotekens gemensamma katalog, Libris. Inklusionskriterier till patografierna var att de skulle vara självbiografiska utifrån upplevelsen hos individer med schizofreni, då syftet med studien var att undersöka utifrån individers egna upplevelser. Patografierna skulle ha svenska som originalspråk med anledning av att en översättning skulle kunna tolkats av översättaren och då bidra till ett missvisande resultat. Exklusionskriterier var patografier skrivna tidigare än 2000-talet samt om patografierna var skrivna av fler än en författare. Sökord som användes var schizofreni och patografi, vilket gav noll träffar. Schizofreni och biografi gav 45 träffar. Fem stycken träffar föll bort på grund av att dessa var ljudupptagningar och en på grund av att det var en artikel. 13 biografier valdes bort på grund av att de var skrivna tidigare än 2000-talet. 11 biografier hade inte svenska som originalspråk vilket gjorde att dessa valdes bort. En biografi valdes bort då den hade fler än en författare. Fyra biografier valdes bort med anledning av att de inte var självbiografiska. Av ursprungliga 45 träffar återstod 10 patografier. Fyra patografier, varav två av dessa hade samma titel och valdes bort då de inte gick att få tag i. En patografi valdes bort då den innehöll texter med lagar och allmän information om psykiatri och ansågs därför inte passa studiens syfte. Av återstående fem patografier är en av dem samma boktitel i olika upplagor, därav kvarstod fyra: *Vingklippt ängel* av Berny Pålsson (2007), *Känn pulsen slå* av Berny Pålsson (2009), *Det är svårt att sjunga med kluven tunga* av Lars-Göran Selander (2005) samt *Ären då jag bar skor* av Julia Westlund (2009). Ytterligare sökning gjordes via Google sökmotor med sökorden Schizofreni och självbiografi där sökresultat 19 ledde fram till *En lång väg hem* av Marcus Sandborg (2010) som stämde överens med både syfte och kriterier och valdes ut som den femte patografien till studien. Av dessa fem utvalda patografier föll under studiens gång två bort. *Känn pulsen slå* av Berny Pålsson (2009) valdes bort då den visade sig fokusera mer på

missbruk än på Schizofreni. *Ären då jag bar skor* av Julia Westlund (2009) som även den var tänkt att användas i studien föll bort på grund av att den inte fanns tillgänglig. Därmed föll två av de fem ursprungligen utvalda patografierna bort och tre stycken patografier användes slutligen till studien.

Patografier

Vingklippt ängel av Berny Pålsson (2007).

I boken beskrivs en ung kvinnas kamp på olika sjukhus och behandlingshem. Pålsson återger återblickar från barndomen fram till år 2007. I boken beskriver hon det lidande och den påverkan schizofrenin och dess symtom har haft över hennes liv. Pålsson beskriver sina vanföreställningar, hallucinationer och även sitt självskadebeteende. I boken beskriver Pålsson också sin kamp och vilja till ett tillfrisknande från sjukdomen.

Det är svårt att sjunga med kluven tunga av Lars-Göran Selander (2005).

Boken är dagboksanteckningar från barndomen fram till år 2005. Selander beskriver utvecklingen från att vara pojke till att bli en vuxen man och om att insjukna i schizofreni. Han förklarar sina tvångstankar, känslor av att bli missförstådd och upplevelsen av att vara misslyckad. Selander beskriver tydligt sina upplevelser av att leva ett liv med schizofreni samt kampen om att komma igen, förverkliga sina drömmar och lyckas återerövra sitt liv.

En lång väg hem av Marcus Sandborg (2010).

Boken är en berättelse om känslan av att vara vilsen, att leva med ett missbruk och sjukdomen schizofreni. Sandborg förklarar sina upplevelser av att leva med sjukdomen och sin kamp mot hallucinationer och förföljelsemanier. Han beskriver även att finna mod att hitta tillbaka till ett fungerande och välbefinnande liv igen.

Dataanalys

Analysmetoden som använts är Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av kvalitativ innehållsanalys. En analysmetod kan ske både manifest, det uppenbara i texten, och latent, det dolda innehållet i berättelser (ibid.). Första steget i analysen var att patografierna lästes enskilt upprepade gånger. Enligt Graneheim och Lundman (2004) bör den text som ska analyseras läsas flera gånger för att få ett helhetsintryck (ibid.). Nästa moment vid analyseringen var att enskilt välja ut passande meningsenheter och därefter gemensamt se över vilka som var mest relevanta för studiens syfte.

Graneheim och Lundman (2004) beskriver att meningsenheter är textbitar eller meningar som framför innebörden i texten (ibid.). Då passande meningsenheter valts ut kortades de ned genom att kondenseras. Graneheim och Lundman (2004) menar att vid kondensering kortas texten ner utan att dess innebörd eller viktigt innehåll förloras (ibid.). Då de utvalda meningsenheterna kondenserats kortades de ner ytterligare genom att skapa koder. Koderna skapades utan att textens huvudsakliga innebörd skulle förloras. Det sista steget i analyseringen var att koderna delades in i underkategorier och kategorier. Graneheim och Lundmans tolkning av manifest ansats med latent inslag valdes för att analysera patografierna då det är individernas egna upplevelser som ska framföras.

Resultat

Resultatet som framkommit i denna studie presenteras i form av fyra kategorier som skapats under analysprocessen. De fyra kategorierna var; *Missnöje med vården*, *Upplevd hälsa*, *En känsla av hopp och framtidstro* samt *Upplevelse av stigmatisering och fördomar*. Till kategorin *Missnöje med vården* skapades två underkategorier; *Upplevelse av distanserad personal* samt *Misstro till medicinering*. Till kategorin *Upplevd hälsa* skapades även där två underkategorier; *Välbefinnande av kreativa aktiviteter* och *Familj och vänners påverkan på egen hälsa*.

Missnöje med vården

Författarna upplevde att vårdpersonal var distanserad samt att deras behov kom i andra hand hos vårdpersonal. Författarna hade även en känsla av att de fick mediciner för negativa känslor när de egentligen kände behov av att få möjlighet till samtal som de trodde skulle kunna hjälpa dem att må bättre. Dessutom upplevdes ett tvivel över medicineringens effekt och om medicinen överhuvudtaget hjälpte dem att bli bättre i sin sjukdom. Medicineringens biverkningar beskrevs som svåra att skilja från sjukdomens symtom. Författarnas upplevelse var att vårdpersonalen var svår att lita på då upplevelsen var att de inte respekterade, lyssnade eller tog dem på allvar.

Upplevelse av distanserad personal

Författarna upplevde att vårdpersonal var distanserad och att möjlighet till samtal när de själva var i behov av det var bristfällig. Upplevelsen var att samtalen bortprioriterades då andra arbetsuppgifter kom i första hand av vårdpersonal. Författarna upplevde även att

varken resurser eller tid fanns för vårdpersonal att sätta sig ner och samtala. Författarna beskrev att vårdpersonal inte förstod den situation de levde i samt att de hade en önskan om att vårdpersonal skulle lyssna mer på vad de hade att säga. Författarna beskrev även ett missnöje med vården då upplevelsen var att de hade blivit skickade fram och tillbaka mellan olika enheter där vårdpersonal varken lyssnade eller tog dem på allvar. När vården väl tagit dem på allvar upplevdes en känsla av att det var för sent då det tagit alldeles för många år att få den hjälp som de ansåg att de var i behov av. Upprepade gånger uttryckte författarna att de inte litade på vårdpersonal, då de upplevde att vårdpersonal hade en bristande respekt och förståelse för dem (Pålsson, 2007; Sandborg, 2010; Selander, 2005). En person beskrev att det endast var en i hennes vårdlag som fanns där för henne och visade henne särskild respekt. Hon uttryckte en önskan om att fler i vårdpersonalen skulle visa samma tillgänglighet och även respektera de åsikter och den syn hon hade på sitt eget liv (Pålsson, 2007).

Alla skyndar de av och an i korridorerna, svarar i telefonerna som ständigt ringer och de är hela tiden väldigt noga med att hålla en tydlig distans till oss. (Pålsson 2007, s. 208).

Samtliga författare upplevde även att vårdpersonal många gånger arbetade på rutin. Upplevelsen var att vårdpersonal prioriterade arbetsuppgifter som till exempel att patienterna på avdelningen fick sin mat, den behandling som ansågs behövas samt att de blev övervakade (Pålsson, 2007; Sandborg, 2010; Selander, 2005).

Misstro till medicinering

Författarna hade en känsla av att de fick mediciner för negativa känslor och problem istället för att få möjlighet till stöd och samtal. Författarna uttryckte ett tvivel över medicineringens effekter och de var skeptiska till om medicinerna överhuvudtaget skulle hjälpa dem att bli bättre. De beskrev att de trodde att stöd och samtal många gånger hade kunnat ge en bättre effekt än vad medicinerna gjorde. Att läkaren ständigt bytte ut mediciner för att få en bättre effekt av den medicinska behandlingen var även det något författarna beskrev att de mådde dåligt av. De medicinska biverkningarna författarna upplevde bidrog till oroskänslor och biverkningarna gjorde även att författarna inte visste vad som tillhörde sjukdomen och vad som var biverkningar (Pålsson, 2007; Sandborg, 2010; Selander, 2005).

Jag känner inombords att de försöker göra om mig till någon annan, en som jag inte känner igen, med mediciner och nya inlärningsmönster. Då jag försöker ifrågasätta det rätta i deras "vård", blir jag bortdribblad med massa av argument om hur bra resultat deras arbetssätt har givit.
(Selander, 2005, s. 187).

Upplevd hälsa

Utförandet av kreativa aktiviteter samt att få förståelse och stöd från familj och vänner kunde bidra till att författarna upplevde en känsla av välbefinnande och hälsa. Aktiviteter och stöd hjälpte författarna att skjuta undan negativa sjukdomssymtom samt känna sig accepterade och värdefulla. Både kreativa aktiviteter samt familj och vänskapsrelationer gav författarna mening med livet samt en känsla av en meningsfull tillvaro.

Välbefinnande av kreativa aktiviteter

Gemensamt för författarna var att de alla kunde känna välbefinnande samt en inre ro när de utförde kreativa aktiviteter i form av dans, musik, skrivande eller läsning. De kreativa aktiviteterna fick författarna att för en stund glömma bort de negativa tankar, hallucinationer och röster som samtliga upplevde. Musiken beskrevs många gånger ha hjälpt författarna i sjukdomens svåraste stunder och bidrog till att de kunde känna ett lugn och ett välbefinnande. Musiken hjälpte dem att få kraft inför kommande kamper relaterade till sjukdomen. Musiken beskrevs även som en hjälpande faktor att hitta tillbaka till sig själva, vilket bidrog till att författarna kunde känna en inre frid och ett lugn som de oftast inte upplevde utan de kreativa aktiviteterna (Pålsson, 2007; Sandborg, 2010; Selander, 2005).

Jag satte spelaren på repeat och blev kvar i Slys magiska värld resten av natten, hans röst fick visa vägen och så länge jag hade musiken kände jag mig faktiskt fri. (Sandborg, 2010, s. 117).

Författarna beskrev att musiken hade varit en bidragande faktor till att de kunde uppleva en känsla av välbefinnande och god hälsa. Genom att lyssna på musik kunde de fokusera och koncentrera sig på musik och innehåll och på så vis skjuta undan påträngande negativa känslor och tankar. Fysisk aktivitet i form av dans beskrevs även det som meningsfullt och hälsosamt både för egen del, i sociala sammanhang och även positiv inverkan på sjukdomens symtom (Pålsson, 2007; Sandborg, 2010; Selander, 2005).

Så småningom växer en insikt fram i mig, att dansen, rörelsen, musiken, samspelet med danspartnern, att dansa med olika partner och att arbeta med att synkronisera rörelserna, allt detta är hälsosamt för mig.

(Selander, 2005, s. 247).

Familj och vänners påverkan på egen hälsa

Familj och vänner visade sig haft en stor betydelse för författarnas välbefinnande och upplevelse av hälsa. Goda familje- och vänskapsrelationer beskrevs av författarna som bidragande faktorer till att kunna känna ett värdefullt sammanhang i tillvaron. Förståelse och stöd från familj och vänner förklarades som viktiga delar för att kunna uppleva en känsla av att vara värdefull och accepterad som individ trots sjukdomen (Pålsson, 2007; Sandborg, 2010; Selander, 2005). En person beskrev sin familj som ett skyddsnät i livet och att han kände en stor tacksamhet gentemot dem. Utan familjens stöd förklarade Sandborg att han inte var säker på om han hade orkat fortsätta leva (Sandborg, 2010.).

Utän en familj som stöttat mig hade jag haft en svårare resa på alla sätt och vis, kanske hade jag tagit mitt liv? Jag vet inte vad som hade hänt utan dem? Många klarar sig utan familj men för min del känner jag en oerhörd tacksamhet att jag fick falla ner i deras skyddsnät, och då talar jag om hela familjen, som verkligen stått upp för mig. (Sandborg, 2010, s. 186).

Författarna förklarade att samtal med nära vänner gav värdefull mening till livet samt en känsla av hopp trots de svårigheter sjukdomen ingav (Pålsson, 2007; Sandborg, 2010; Selander, 2005). En person beskrev att även hennes närmsta vänner var drabbade av psykisk ohälsa, vilket gjorde att hon genom dem kunde uppleva en bekräftelse och förståelse. Med hjälp av sina vänner kunde Pålsson ventilera sig om sådant hon inte gjorde med någon annan och hon kände även att vännerna lyssnade på henne. Pålsson kunde själv känna sig betydelsefull då hon kunde bidra med stöd till sina vänner i deras svåra stunder. Fortsättningsvis förklarade Pålsson att hon inte alltid hade haft en bra relation till sina föräldrar och att hon upplevde att de inte hade stöttat eller visat förståelse för hennes problem (Pålsson, 2007.).

Pålsson hade mått dåligt och varit sjuk i många år men det var först då vården verkligen tog henne på allvar och började involvera och bjuda in hennes föräldrar till samtal och deltagande, som relationen till föräldrarna började förbättras vilket hon mådde väl av (Pålsson, 2007).

Mina föräldrar ställer verkligen upp. Pappa kommer och besöker mig nästan varje dag. Mamma jobbar i en annan kommun, men hon hälsar på mig på helgerna. Efter alla dessa jobbiga år har vi äntligen hittat en väg vi kan mötas på utan att krocka. (Pålsson, 2007, s. 258.)

En känsla av hopp och framtidstro

Författarna beskrev att de kunde uppleva en lättnad och lycka när de kunde börja acceptera sin sjukdom. Acceptansen av sjukdomen ledde till att författarna kunde se ett liv och en framtid i hälsans och hoppfullhetens tecken i större grad än vad de hade kunnat tidigare. Då författarna kände sig friskare och vid bättre hälsa kunde de uppleva ett större lugn infann sig. Det inre lugnet bidrog till att de kunde känna makt över både sig själva och över de negativa tankar och hallucinationer som tidigare hade styrt och kontrollerat dem. Författarna började förstå att de vanföreställningar de tidigare upplevde som verkliga var symtom i deras sjukdom. En hoppfullhet infann sig och trots sjukdomen kunde författarna känna att de skulle kunna överleva. Deras ökande hälsa och välbefinnande i tillvaron bidrog till en nyfikenhet över vad livet hade att erbjuda. Vidare beskrevs en stor önskan att få återta och utforska de saker i livet som de hade gått miste om. Med hjälp av ett ökat välbefinnande och en känsla av meningsfullhet i tillvaron kunde en framtidstro åter igen bidra till att författarna kunde påbörja en försoning med livet. Acceptrandet gjorde även att författarna upplevde en känsla av att de skulle bli bättre från sin sjukdom. Att kunna acceptera sjukdomen innebar att varje ny dag gav fler chanser till att få ett bättre liv där sjukdomen tog en mindre plats. Författarna förklarade en upplevd kraft de hade inom sig som visade vägen tillbaka till livet igen och som gav dem en stark vilja att börja om och bli fria från sjukdomen. Den inre kraften bidrog till att författarna kunde uppleva en vilja och ork att kämpa vidare och finna hopp inför framtiden (Pålsson, 2007; Sandborg, 2010; Selander, 2005).

Den viktigaste tillgången jag haft och har än idag är nog att jag varit och är tillräcklig intresserad av att hela tiden vilja förändras till något som känns bättre. (Sandborg, 2010, s. 184).

Upplevelse av stigmatisering och fördomar

En bidragande faktor till att författarna inte kunde uppleva god hälsa berodde delvis på de fördomar och den stigmatisering som förekom gentemot dem. Författarna upplevde att en del av de gamla vännerna hade börjat visa ett undvikande och misstänksamt beteende då de drog sig undan och inte hörde av sig längre. Känslan av att aldrig få veta varför vännerna drog sig undan bidrog till att författarna fick en känsla av att deras vänner var rädda för dem, för sjukdomen och för psykosymtomen samt för deras beteende. Författarna beskrev även att människor i omgivningen var skeptiska, rädda och hade fördomar emot dem. De upplevde att det var många i omgivningen som tittade konstigt på dem, viskade eller till och med skrek på dem och att ingen heller ville vistas omkring dem. Detta var en orsak till att författarna upplevde ett utanförskap som ledde till ohälsa. Fördomarna som upplevdes beskrevs av författarna som svåra att inte ta till sig, då författarna ständigt undrade vad de gjorde för fel och varför människor visade sig vara skeptiska och rädda för dem. En upplevelse var känslan av att ingen förstod, människor i omgivningen kunde uttrycka sig som om att det bara var att rycka upp sig och att allt då skulle bli bra. Författarna uttryckte en önskan om att människor i deras omgivning skulle visa en större förståelse för dem och deras sjukdom. De menade att en större medkänsla från andra hade kunnat bidra till en ökad upplevelse av hälsa. En annan upplevelse var att människor kunde uppvisa fördomar gentemot självskadebeteende, då de bland annat vände sig om och tittade på författarnas skärsår på armarna. Även detta var en bidragande faktor till en känsla av att inte bli förstådd. Författarna beskrev även att vårdpersonal kunde se dem som kroniker i sin sjukdom, redan vid unga år. Detta togs mycket hårt då de upplevde att vårdpersonal saknade hopp och förtroende om att de någonsin skulle kunna bli bättre i sin sjukdom. Även det uttryckte författarna påverka deras hälsotillstånd negativt. Författarna beskrev även att omgivningen var dömande och rädda för de som avviker från normerna. Då både vänner och människor i allmänhet uppvisade ett undvikande beteende bidrog det till att författarna kände ett starkt utanförskap. Utanförskapet gjorde att författarna höll sig allt mer för sig själva och därmed undvek det sociala livet. Detta bidrog till att de upplevde en försämring av sina hälsotillstånd (Pålsson, 2007; Sandborg, 2010; Selander, 2005).

Diskussion

Metoddiskussion

Det är en fördel att använda en kvalitativ ansats i studier som vill undersöka individers upplevelser. Genom att använda en kvalitativ ansats kan en ökad förståelse för den enskilde individens upplevelser skapas (Friberg, 2006). Enligt Segesten (2006) kan en kvalitativ ansats bidra till en fördjupad förståelse för det valda fenomenet kring patienters upplevelser, erfarenheter och behov. Utifrån en kvalitativ vårdforskning kan förståelse och kunskap utifrån det valda problemet genereras (ibid.). Olsson och Sörensen (2011) påpekar att studier med en kvantitativ ansats ofta använder sig av siffror och mätinstrument och en kvalitativ forskningsintervju innebär ett ämnesinriktat samtal inriktat på individens livsvärld där syftet är att få förståelse för individens uppfattning om sin egen livsvärld och mening i tillvaron (ibid.). En intervjustudie hade kunnat vara en passande metod för studiens syfte men uteslöts då det inte fanns möjlighet till att intervjua patienter själva. Då syftet var att undersöka individers egna upplevelser av att leva med schizofreni hade intervjuer med anhöriga eller vårdpersonal kunnat påverka resultatet. Detta genom att individernas egna upplevelser inte hade framkommit av dem själva. Ett ytterligare alternativ till studien hade varit att göra en litteraturstudie utifrån vetenskapliga artiklar där redan insamlat material finns tillgängligt. I vetenskapliga artiklar är det många som är inblandade i textmaterialet och tolkar individens upplevelser. En litteraturstudie utifrån vetenskapliga artiklar valdes med anledning av detta bort. En analys utifrån patografier ansågs kunna ge en tydligare och mer insiktsfull bild av individers egna upplevelser.

Urval

Sökningar efter patografier till studien gjordes utifrån Libris sökmotor samt Google sökmotor. De sökord som användes för att hitta relevanta patografier för studien var schizofreni och patografi som gav noll träffar. Andra sökningen på schizofreni och biografi resulterade i fler träffar vilket gjorde att samtliga träffar kontrollerades noga för att se så biografierna var klassade som patografier då det var patografier som skulle användas till studien. Google sökmotor användes i syfte att få en bredare sökning efter patografier. Sökningar enbart utifrån Libris hade möjligtvis gjort att ytterligare patografier med god kvalitet hade gått förlorad. Via Google sökmotor hittades en patografi som var relevant för studiens syfte. Patografierna som valdes till studien skulle vara självbiografiska då syftet med studien var att undersöka individer med schizofreni och deras upplevelser. Patografier skrivna

av fler än en författare exkluderades då olika åsikter, tankar och kompromisser gällande skrivandet hade kunnat leda till ett missvisande resultat. Patografier skrivna på svenska valdes som ett inklusionskriterie då detta ansågs skapa minst risk för misstolkningar. Ett inklusionskriterie var att patografierna skulle vara skrivna från år 2000 eller senare. Anledningen till att detta årtal valdes var att det fanns få patografier som ansågs relevanta för syftet till studien. Detta kan anses som en negativ aspekt då vård och medicinsk behandling från 2000-talet fram till idag kan ha förändrats och därför även medföra att individernas upplevelse av vården kan ha förändrats. En av patografierna var skriven förhållandevis långt i efterhand och viss vårderfarenhet som beskrivs i boken är från 80-talet. Detta skulle därför kunna upplevas ge en missvisande bild av hur vården ser ut idag. Dock upptäcktes att vårderfarenheterna som beskrevs i patografin var likvärdiga med de andra utvalda patografierna som valdes ut till studien. För att få fram ett bredare urval hade patografier skrivna på engelska i originalspråk som inte är översatta eller tolkade kunnat användas. Hade patografier skrivna på engelska valts för studien hade risk för egna tolkningar eller missuppfattningar varit större då patografierna är skrivna på ett främmande språk. En aspekt som kunnat vara negativt gällande att välja patografier skrivna på engelska hade kunnat vara att den vård som bedrivs där möjligen skiljer sig åt mot den svenska vården. Då denna studie är inriktad på upplevelsen av den svenska vården hade resultatet kunnat bli felaktigt. Till studien valdes patografier skrivna av både kvinnliga och manliga författare i olika ålderskategorier med anledning av att få en så bred bild som möjligt av individernas upplevelser kring sin livsvärld med diagnosen schizofreni. Till studien skulle till en början patografier där författarna hade ett flertal omfattade psykiska sjukdomar exkluderas då det ansågs kunna påverka resultatet i avseende till vilka aspekter som berör schizofreni. Detta exklusionskriterie valdes senare att tas bort, då det har visats vara vanligt med samsjuklighet bland psykiska sjukdomar. Med anledning av att inte få ett missvisande resultat som fokuserar på andra psykiska sjukdomar, har patografierna studerats noggrant för att resultatet enbart ska innefatta upplevelser av att leva med schizofreni.

Analys

Patografierna som valts ut till studien har analyserats utifrån Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av kvalitativ innehållsanalys. Graneheim och Lundman menar att en kvalitativ innehållsanalys är passande för att studera patografiers innehåll (Graneheim & Lundman, 2004). En manifest analysmetod med latent inslag har använts för att få fram individers egna upplevelser. Vid analysering av patografier har fokus varit att i så stor

utsträckning som möjligt använda manifest analysmetod och därmed vara så textnära som möjligt. Graneheim och Lundman (2004) påpekar att det alltid finns en grad av tolkning oberoende av manifest- eller latent textanalysering, vilket kan bidra till att trovärdigheten i texten kan bli tvivelaktig. Fortsättningsvis menar författarna att en kvalitativ innehållsanalys med manifest utgångspunkt är att föredra när forskaren har mindre erfarenhet av att analysera texter, då denna analysmetod kan utföras på olika avancerade nivåer. När forskaren har en bredare kunskap och förmåga att analysera textinnehåll kan metoden utvecklas genom att använda mer latenta inslag vid textanalysering (ibid.). Analysens första fas var att läsa patografierna enskilt upprepade gånger. Därefter valdes meningenheter ut enskilt för att sedan jämföras med varandra. Alla utvalda meningenheter kontrollerades sedan gemensamt och de meningenheter som båda två noterat, kontrollerades särskilt noggrant för att se om de var relevanta för studiens syfte. När passande meningenheter slutligen valts ut, kondenserades dem utan att betydelsefull innebörd gick förlorad. Nästa steg i analysen var att skapa en kod för att sedan kunna bilda passande kategorier utifrån de valda meningsenheterna. Som sista steg skapades underkategorier till de kategorier som ansågs behöva det. Under analysprocessen då meningenheter kondenserades, kodades och kategoriserades upplevdes det i vissa fall problematiskt att finna tydliga och passande meningenheter till studien. Viss problematik uppstod även när passande kategorier skulle formuleras och namnges. Graneheim och Lundman (2004) påpekar att vid kategorisering av meningenheter är det vanligt att svårigheter uppstår. Svårigheterna kan bero på att meningsenheterna kan uppfattas passa in i ett flertal kategorier (ibid.). Något som kan ge ett missvisande resultat är om tolkning vid skapande av koder och kategorier sker i sådan utsträckning att individernas upplevelse förvrängs.

Resultatdiskussion

Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU] (1999) beskriver att omvårdnadens främsta mål är att lindra lidande och underlätta symtomhantering för individen (ibid.). I resultatet framkom att författarna upplevde ett missnöje med vården. Missnöjet upplevdes i form av att vårdpersonal var distanserad, stressad och inte hade tid till de samtal som författarna kände att de var i behov av. Happell et al. (2004) menar att distanserad vårdpersonal kan leda till en negativ relation mellan individ och vårdpersonal. Detta i sin tur kan bidra till att individen upplever avsaknad av både information och delaktighet i vården (ibid.).

Missnöjet uttrycktes även i form av att författarna upplevde att vårdpersonal varken visade respekt, förståelse eller tog dem på allvar. Dahlberg (2014) menar att ett vårdlidande kan uppstå om individen varken blir hörd eller sedd av vårdpersonal (ibid.). Författarna uttryckte en önskan om att vårdpersonal skulle respektera deras åsikter även om de skilde sig från vad vårdpersonal ansåg vara rätt. Författarnas upplevelser bidrog tillsammans till att de kände att det blev svårt att känna en tillit till vårdpersonal. Koehn och Cutcliffe (2007) påpekar betydelsen av att vårdpersonal ser individer med schizofreni som människor och uppmuntrar deras framgångar och prestationer. Lika betydelsefullt är det att vårdpersonal stöttar individerna att sätta realistiska mål för att de ska kunna uppnå välmående (ibid.). Förutsättningen för en god omvårdnad är en trygg relation mellan patient och vårdpersonal (SBU, 1999).

Resultatet påvisade även att upplevd hälsa och välbefinnande kunde infinna sig vid utförande av olika kreativa aktiviteter så som dans, musik och läsning. Resultatet styrks av Topor (2004) som menar att utförandet av aktiviteter leder till att individen får ett socialt samspel som är betydelsefullt för både återhämtningsprocessen och för att kunna känna existentiell mening (ibid.). Aktiviteterna bidrog till att författarna kunde finna kraft och ork att för en stund glömma bort negativa tankar som uppkom av sjukdomen. För författarna gav de kreativa aktiviteterna meningsfullhet och en positiv inverkan på den egna hälsan. Resultatet styrks av Caddy, Crawford och Page (2012) som menar att kreativa aktiviteter har en positiv inverkan för individer med psykisk ohälsa. Utförandet av kreativa aktiviteter kan förbättra både individers välmående och symtombild (ibid.). En annan bidragande faktor till positiv inverkan på den egna hälsan var familj och vänner. För författarna kunde familj och vänner bidra till ett värdefullt sammanhang i livet. Detta styrks av Eriksson (1991) som beskriver att behovet av gemenskap är betydelsefullt. Känslan av att accepteras, bli förstådd, bli besvarad för egna begär samt känslan av att vara en del i en större helhet är viktigt. För varje individ är det viktigt att kunna mötas med andra människor i den egna upplevelsen (ibid.). Av sina nära fick författarna stöd och förståelse som ingav välbefinnande, hopp och fick författarna att känna sig viktiga och accepterade trots sin sjukdom. Dahlberg (2014) menar att när en individ drabbas av sjukdom kan upplevelsevärlden kännas främmande och hemsk. Känslor av uppgivenhet, vilshenhet och svårigheter i tillvaron kan då uppstå (ibid.). Resultatet påvisade att vänner och anhörigas stöd och gemenskap varit betydande för att individerna skulle kunna uppleva en trygghetskänsla och hopp i tillvaron trots sjukdomens svårigheter.

McCann (2002) och Topor (2004) påstår att motivationen hos en individ inte enbart går att frambringa av andra. Det är individen själv som först måste finna viljan, motivationen och värdet i att vilja bli bättre (McCann, 2002 & Topor, 2004). Resultatet av studien visar att författarna trots sjukdom kunde uppleva en framtidstro och ett hopp när de kunde acceptera sin sjukdom. Czuchta och Johnson (1998) menar att sjuksköterskan har en betydande roll i att främja individens hopp och framtidstro för att styrka hälsoprocessen (ibid.). Att kunna acceptera sjukdomen gav författarna ett inre lugn och en känsla av att kunna hantera sjukdomens symtom, vilket bidrog till en maktkänsla över sig själva. Czuchta och Johnson (1998) påpekar att en betydande del i återhämningsprocessen är att individen kan finna tillbaka till sig själv och uppleva makt över sitt eget liv. Detta innebär att kunna påverka sin egen livssituation och även hur vårdandet ska vara utformat (ibid.). En nyfikenhet över livet väcktes hos författarna och de kunna känna en starkare hoppfullhet samt en framtidstro trots sjukdomen. Detta bidrog till att författarna kände en starkare vilja att börja om i livet och bli fri från sjukdomen. Dahlberg (2014) menar att en individ som känner styrka och är tillfreds med sin tillvaro upplever en större trygghet och öppenhet inför livet (ibid.). Bergbom (2013) påpekar vikten av att sjuksköterskan ser hela individen i sitt sammanhang under återhämningsprocessen samt tar vara på vad hälsa innebär för den enskilda individen (ibid.).

Negativa attityder gentemot individer med schizofreni från allmänheten och vårdpersonal kan påverka individens hoppfullhet negativt (Koehn & Cutcliffe, 2007). Resultatet visade att författarna upplevde sig stigmatiserade och att omgivningen hade fördomar gentemot dem och sjukdomen. Författarna upplevde att vänner, allmänheten och vårdpersonal uppvisade en rädsla, misstänksamhet och ett fördomsfullt beteende. De beskrev att det var många som undvek dem och att ingen förstod deras situation. Dessutom beskrevs en ständig undran hos dem själva över vad de gjorde för fel och varför det rådde en skeptisk syn mot dem. Lv et al. (2013) beskriver att självstigmatisering kan leda till att individer med schizofreni får en lägre självkänsla och har negativ social påverkan (ibid.). Författarna beskrev att vårdpersonal hade fördomar då de påtalade att sjukdomen var kronisk. Detta upplevde författarna som att vårdpersonal saknade både hopp och förtroende över att de skulle kunna bli bättre. Topor (2004) påpekar att den pessimism och de negativa förväntningar som vårdpersonal har på individer med psykiska sjukdomar kan bero på avsaknad av kunskap. Tanken om att individer med svåra psykiska problem kan återhämta sig har idag blivit mer accepterat. Trots detta finns fördomar kvar om att svåra psykiska sjukdomar är kroniska (ibid.).

De olika formerna av stigmatisering och fördomar som förekom bidrog till att författarna kände ett utanförskap och därmed höll sig för sig själva och undvek det sociala livet. Link och Phelan (2001) styrker detta genom att förklara att stigmatisering kan leda till att individer tror att de inte har samma rätt till att delta i det sociala livet. Stigmatisering kan då leda till att individer undviker situationer där de förväntar sig ett negativt bemötande (ibid.).

Slutsats

Individerna med schizofreni upplevde ett missnöje med vården då de beskrev att vårdpersonal inte hade tid, visade respekt eller tog dem på allvar. Resultatet påvisade att stigmatisering och fördomar var vanligt förekommande från både vårdpersonal, vänner och allmänheten. En betydelsefull faktor till upplevelsen av hälsa och välbefinnande visade sig vara att utföra kreativa aktiviteter samt att få stöd från familj och vänner. Vidare framkom att individer med schizofreni trots sin sjukdom kunde uppleva framtidstro och hopp när de kunde acceptera sin sjukdom.

Resultatet av studien visar på att individer med schizofreni upplever avsaknad av kunskap och förståelse bland sjuksköterskor och övrig vårdpersonal. Dahlberg (2014) menar att livsvärldsteorin kan hjälpa sjuksköterskan och övrig vårdpersonal att förstå individers livssituation och hur de förhåller sig till den egna hälsan (ibid.). Den föreliggande studien kan bidra med att sjuksköterskor och övrig vårdpersonal får ökad kunskap, förståelse och empati för individer med schizofreni i omvårdnadsarbetet. Dahlberg (2014) påpekar att livsvärldsteorin kan bidra med kunskap och förståelse gällande hälsa och vårdande för både patienter och personal (ibid.). En ökad förståelse för individers egna upplevelser av sin livsvärld, syn på vården och vårdbemötandet kan bidra till att omvårdnaden för dessa patienter kan förbättras. Sjuksköterskan kan använda studieresultatet som stöd och beakta i omvårdnadsarbetet. Detta genom att vara kritiskt reflekterande över det egna arbetet samt att se utifrån ett holistiskt synsätt, och därmed undvika fördomar om schizofreni. För att få fram ytterligare upplevelser av att leva med schizofreni med fokus på vårdpersonals bemötande kan vidare forskning kring ämnet vara av intresse.

Självständighet

Litteratur till bakgrundsavsnittet har sökts både gemensamt och enskilt i syfte att få ett bredare utbud. Sofie H. hade huvudansvaret för stigmatisering samt utformning av tabellen för meningsenheter. Nathalie B. hade huvudansvaret för omvårdnad vid schizofreni och för sammanfattning av patografier. Med huvudansvar menas inte fullt ansvar utan de enskilda skrivna delarna har i efterhand granskats gemensamt. Patografier till resultatet har gemensamt sökts och därefter lästs var för sig upprepade gånger. Meningsenheter utifrån patografierna valdes ut enskilt för att sedan gemensamt välja ut de mest väsentliga. Resterande av analysprocessen samt övriga delar i studien utfördes gemensamt. Under arbetets gång anses båda har deltagit lika mycket och samarbetet har fungerat väl.

Referenser

- Allgullander, C. (2008). *Introduktion till klinisk psykologi*. Lund: Studentlitteratur.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Arlington.
- Bergbom, I. (2013). Vårdande, kompetens personcentrerad vård och organisationer. I: J. Leksell & M. Lepp, (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s.111-134). Stockholm: Liber
- Björkman, T., Angelman, T., & Jönsson, M. (2008). Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22, 170-177.
- Caddy, L., Crawford, F., & Page, A.C. (2012). 'Painting a path to wellness': correlations between participating in a creative activity group and improved measured mental health outcome. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 327-333.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59, 614-625.
- Corrigan, P.W., Backs-Edwards, A., Qreen, A., Lickey-Thwart, S., & Perm, D.L. (2001). Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 219-225.
- Cullberg, J. (2005). *Dynamisk psykiatri*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Czuchta, D.M., & Johnson, B.A. (1998). Reconstructing a sense of self in patients with chronic mental illness. *Perspectives in Psychiatric Care*, 34, 31-36.
- Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Dahlborg Lyckhage, E. (2006). Att analysera berättelser (narrativer). I: F. Friberg, (Red.), *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.139-151). Lund: Studentlitteratur.
- Dickerson, F.B., Sommerville, J., Origoni, A.E., Ringel, N.B., & Parente, F. (2002). Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 143-155.
- Eriksson, K. (1991). *Pausen- en beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Flanagan, E.H., Davidson, L., & Strauss, J.S. (2010). The need for patient-subjective data in the DSM and the ICD. *Psyciatri: Interpersonal and Biological Process*, 73, 297-307.

- Flanagan, E.H., Solomon, L.A., Johnson, A., Ridgway, P., Strauss, J.S. & Davidson, L. (2012). Considering DSM-5: The personal experience of schizophrenia in relation to the DSM-IV-TR criteria. *Washington School of Psychiatry, 75*, 375–386.
- Friberg, F. (2006). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I: F.Friberg, (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.105-114). Lund: Studentlitteratur.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today, 24*, 105-112.
- Happell, B., Manias, E., & Roper, C. (2004). Wanting to be heard: mental health consumers' experiences of information about medication. *International Journal of Mental Health Nursing, 13*, 242–248.
- Hawkins, A. (1999). Pathography: patient narratives of illness. *Western Journal of Medicine, 171*, 127-129.
- Hoffman, R.E., Varanko, M., Gilmore, J., & Mishara, A.L. (2008). Experiential features used by patients with schizophrenia to differentiate 'voices' from ordinary verbal thought. *Psychological Medicine, 38*, 1167–1176.
- Link, B.G., Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Reviews. Sociology, 27*, 363–85.
- Lv, Y., Wolf, A., & Wang, X. (2013). Experienced stigma and self-stigma in Chinese patients with schizophrenia. *General Hospital Psychiatry, 35*, 83-88.
- Mauritz, M., & van Meijel, B. (2009). Loss and grief in patients with schizophrenia: On living in another world. *Archives of Psychiatric Nursing, 23*, 251-260.
- Matthew, T., Knight, D., Wykes, T., & Peter, H. (2003). 'People don't understand': An investigation of stigma in schizophrenia using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). *Journal of Mental Health, 12*, 209 – 222.
- McCann, T.V (2002). Uncovering hope with clients who have psychotic illness. *Journal of Holistic Nursing, 20*, 81-99.
- Mork, E., Mehlum, L., Barrett, E-E., Agartz, I., Harkavy-Friedman, J-M., Lorentzen, S., Melle, I., Andreassen, O-A., & Walby, F-A (2012). Self-harm in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Archives of Suicide Research, 16*, 111-123.
- Nilsson, B., Nåden, D., & Lindström, UÅ. (2008). The tune of want in the loneliness melody – loneliness experienced by people with serious mental suffering. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 22*, 161-169.

- Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen - kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Pålsson, B. (2007). *Vingklippt ängel*. Stockholm: Bokförlaget Forum.
- Sandborg, M. (2010). *En lång väg hem*. Stockholm: Addera Förlag.
- Schulze, B., & Angermeyer, M.C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56, 299-312.
- Segesten, K. (2006). Att välja modell för sitt examensarbete. I: F. Friberg, (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.85-88). Lund: Sudentlitteratur.
- Selander, L-G. (2005). *Det är svårt att sjunga med kluven tunga – En berättelse om att återerövra sitt liv*. Umeå: Två Förläggare Bokförlag.
- Socialstyrelsen (2012). *Att nå personer med psykisk ohälsa – Uppsökande och informerande verksamhet*. Socialstyrelsen.
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18810/2012-8-14.pdf>
Hämtad: 2015-06-08
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad vid behandling med personer med schizofreni*. Statens beredning för medicinsk utvärdering.
http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/2/omvardnad_schizofreni/SSF_schizo_kap_1.pdf
Hämtad: 2015-04-14
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2012). *Schizofreni läkemedelsbehandling, patientens delaktighet och vårdens organisation - En systematisk litteraturöversikt*. Statens beredning för medicinsk utvärdering.
http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/schizofreni/schizofreni_fulltext.pdf
Hämtad: 2015-06-01
- Topor, A. (2004). *Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem*. Stockholm: Natur och Kultur.
- WHO (2014). *Schizophrenia*. World health organization.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>
Hämtad: 2015-03-24
- WHO (2015). *Health*. World health organization.
<http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/>
Hämtad: 2015-06-04
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap I klinisk praxis*. I: L. Wiklund, (Red.), *En vetenskap om vårdandet* (s.23-40). Stockholm: Natur och Kultur.

Bilaga: Meningsenheter

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Och alla dessa trasiga själar ryms under ett och samma tak, tillsammans med personal som varken har tillräckligt med resurser eller tid. (Pålsson, 2007, s. 84)	Personal har varken resurser eller tid.	Frånvarande personal.	Upplevelse av distanserad personal	Missnöje med vården
Jag oroar mig också för alla biverkningar som medicinen har. Jag blir trög, trött och dämpad, tappas min initiativförmåga och jag har mängder av frågor. Mitt tvivel på om medicinerna ska bota mig ökar. Jag börjar uppleva min kropp som zombieliknande. (Selander, 2005, s. 172)	Jag oroar mig för medicinens biverkningar och tvivlar på om medicinen ska kunna bota mig.	Tvivel och oro.	Misstro till medicinering	
På nätterna skriver och läser jag med musik som medicin i öronen. Det är musiken och ord med mening som räddar mig bort från den totala ensamhetens avgrund. Orden jag skriver strömmar ut, en tanke fäst på papper. Något man fångar rinner inte bara bort igen. (Pålsson, 2007, s. 196)	Läsning och musik är som medicin. Musik och ord med mening räddar mig från ensamheten.	Läsning och musik fungerar som medicin.	Välbefinnande av kreativa aktiviteter	Upplevd hälsa
Jag och Stina hade hängt ihop under hösten och hon var ett otroligt stöd för mig i mitt förvirrade liv. Hon visade mig verkligen att jag okej som jag var, med allt vad det innebar. (Sandbord, 2010, s. 179)	Stina var ett otroligt stöd, hon visade att jag var okej med allt som jag var.	Socialt stöd.	Familj och vänners påverkan på egen hälsa	

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Man kan inte bli frisk om man inte har något att tillfriska ifrån. Om man inte först inser att man är sjuk är det omöjligt. Jag har börjat inse att jag är sjuk. Jag har en psykisk sjukdom som jag måste bekämpa och det är ingenting att skämmas över. (Pålsson, 2007, s.260).	Jag har börjat inse att jag har en psykisk sjukdom som inte är något att skämmas över.	Acceptans av sjukdomen.	-	En känsla av hopp och framtidstro
Jag skrämde iväg alla. Alla drog sig undan från mig som om jag vore spetälsk. De viskade eller skrek när jag gick förbi och ingen ville sitta bredvid mig. Jag förstod inte vad jag hade gjort för fel, jag var bara rädd. (Pålsson, 2007, s.93)	Alla drog sig undan, viskade och skrek. Jag förstod inte vad jag gjort för fel.	Utanförskap.	-	Upplevelse av stigmatisering och fördommar