



HÖGSKOLAN
I HALMSTAD

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp

KANDIDATUPPSATS



Upplevelsen av att leva med schizofreni

Liza Axelsson och Sara Söderblom

Omvårdnad - vetenskapligt arbete 15 hp

Varberg 2017-04-26

Upplevelsen av att leva med schizofreni

Författare: Liza Axelsson
Sara Söderblom

Ämne Omvårdnad
Högskolepoäng 15hp
Stad och datum Varberg 2017-04-26

Titel	Upplevelsen av att leva med schizofreni
Författare	Liza Axelsson Sara Söderblom
Akademi	Akademien för hälsa och välfärd
Handledare	Åsa Roxberg, universitetslektor, Med Dr.
Examinator	Kärstin Bolse, universitetslektor, Med Dr.
Tid	Vårterminen 2017
Sidantal	19
Nyckelord	Kvalitativ, liv, schizofreni, upplevelse

Sammanfattning

Schizofreni är en psykisk sjukdom där personens upplevelse av sjukdomen är en viktig utgångspunkt för sjuksköterskans omvårdnad. För att förbättra vården krävs mer kunskap om hur det är att leva med schizofreni. Syftet med studien var därför att beskriva upplevelsen av att leva med den psykiska sjukdomen schizofreni. Studien genomfördes som en allmän litteraturstudie. Litteratursökningen gjordes systematiskt, vilket gav 14 vetenskapliga artiklar som utformade resultatet. En innehållsanalys genomfördes, vilket resulterade i tre kategorier: *utanförskap*, *förluster* och *värdefullt liv*. Resultatet visade att personer med schizofreni kände ensamhet och utanförskap. Sjukdomen bidrog även till stora förluster i livet. Trots motgångar framkom flera faktorer som kunde leda till ett värdefullt liv. Personer med schizofreni upplevde att hälso- och sjukvårdspersonal behövde visa hänsyn, lyssna samt ge utrymme för att kunna skapa ett gott vårdande. En ökad kunskap om sjukdomen rekommenderas för att minska stigmatiseringen av schizofreni. Fortsatt forskning om hur hälso- och sjukvårdspersonal bör bemöta personer med schizofreni efterfrågas.

Title	The experience of living with Schizophrenia
Author	Liza Axelsson Sara Söderblom
Department	School of Health and Welfare
Supervisor	Åsa Roxberg, senior lecturer, PhD
Examiner	Kärstin Bolse, senior lecturer, PhD
Period	Spring term 2017
Pages	19
Key words	Experience, life, schizophrenia, qualitative

Abstract

Schizophrenia is a mental illness where the person's experience of the disease is an important basis for nursing care. To improve the care, more knowledge is required about the experience of living with schizophrenia. The aim of the study was to describe the experience of living with the mental illness schizophrenia. The study was conducted as a literature study. The literature search was done systematically, resulting in 14 scientific articles that shaped the outcome of the study. A content analysis was conducted, which resulted in three categories: *alienation*, *losses* and *valuable life*. The results showed that people with schizophrenia feel loneliness and alienation. The disease also contributed to huge losses of life. Despite setbacks several factors that could lead to a meaningful life was revealed. To create good caring, people with schizophrenia felt that health professionals need to show respect, listen and give space. Increased knowledge about the disease is recommended to reduce the stigma of schizophrenia. Further research on how health professionals should behave against people with schizophrenia is requested.

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
2. Bakgrund	1
2.1 Schizofreni	1
2.1.1 Symtom.....	2
2.1.2 Diagnostik och behandling.....	3
2.1.3 Stigmatisering	4
2.1.4 Omvårdnad av personer med schizofreni	4
2.2 Begreppsdefinition av livsvärld	4
2.3 Teoretisk förankring.....	5
3. Problemformulering	5
4. Syfte	5
5. Metod	5
5.1 Urval	6
5.2 Datainsamling.....	6
5.3 Databearbetning	7
6. Forskningsetiska överväganden.....	7
7. Resultat.....	8
7.1 Utanförskap	8
7.1.1 Ensamhet och isolering.....	8
7.1.2 Samhällets stigmatisering	9
7.2 Förluster	10
7.2.1 Förlorad makt.....	11
7.2.2 Förlorat själv	11
7.2.3 Förlorat hopp	12
7.3 Värdefullt liv.....	13
7.3.1 Att uppleva mening	13
7.3.2 Att hantera livet.....	14
8. Diskussion	15
8.1 Metoddiskussion	15
8.2 Resultatdiskussion	16
9. Konklusion och implikation.....	18

Referenser

Bilagor

Bilaga A: Sökordsöversikt

Bilaga B: Sökhistorik

Bilaga C: Artikelöversikt

1. Inledning

Schizofreni är en av samhällets psykiska sjukdomar och är en av de vanligaste psykosjukdomarna (Mattsson, 2014). I Sverige lever cirka 35 000 personer med schizofreni (Hjärnfonden, 2016). Globalt uppskattas mer än 21 miljoner människor leva med denna sjukdom (World Health Organisation, 2016). Internationellt får cirka 15 av 100 000 invånare diagnosen varje år (McGrath, Saha, Chant & Welham, 2008), samma statistik gäller för Sverige (Hjärnfonden, 2016). Personer med schizofreni lever ofta med förvrängda känslor, tankar och beteenden (World Health Organisation, 2016). Palmer, Pankratz och Bostwick (2005) uppmärksammar att schizofreni är den vanligaste orsaken till suicid och att cirka fem procent av de som har diagnosen tar sitt liv.

Ungefär 50 procent av alla med schizofreni får otillräcklig eller icke anpassad vård (World Health Organisation, 2016). En möjlig anledning till den otillräckliga vården är okunskap hos hälso- och sjukvårdspersonal. Okunskapen kan ge en negativ syn och attityd gentemot personer med schizofreni. Personerna kan upplevas vara farliga, oförutsägbara, svåra att prata med och annorlunda. Hälso- och sjukvårdspersonal är ofta negativt inställda till att personerna kan bli friska från sjukdomen schizofreni (Björkman, Angelman & Jönsson, 2008). En person med schizofreni kan vårdas på olika vårdenheter beroende på aktuellt problem. Det är därför viktigt att den som vårdar har kunskap och förståelse för hur en person med schizofreni fungerar och bör bemötas i vården för en personcentrerad vård (ibid.). Enligt Salzmänn-Erikson, Rydlo och Wiklund (2016) är det viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal ser personen bakom diagnosen genom att lära känna personen och förstå hans livsvärld. För att kunna göra det behöver den som vårdar lägga vikt vid att skapa en god relation med personen. De förklarar vidare att utan en relation uppstår inget vårdande (ibid.).

2. Bakgrund

Schizofreni kan direkt översättas till kluven själ. Sjukdomen myntades 1911 av Eugen Bleuler som ersatte den tidigare benämningen *dementia praecox*, vilket betyder tidig demens (Bleuler, 1911, ref i Svenska Psykiatriska Föreningen, 2009).

2.1 Schizofreni

De flesta som får diagnosen schizofreni är mellan 15 och 40 år. Schizofreni hos män debuterar oftast i en lägre ålder än hos kvinnor (Adler, 2011). Tidigare forskning som talar om incidens av schizofreni visar även en ökad sjukdomsförekomst hos män jämfört med kvinnor. (McGrath et al., 2008).

Schizofreni kan uppkomma av både biologiska faktorer och den omgivna miljön, beroende på var sårbarheten ligger hos individen. Det vanligaste är dock att schizofreni uppstår vid en kombination av dessa. Omgivningens påverkan

kan starta redan i fosterstadiet i form av graviditetskomplikationer, infektioner samt stress hos mamman. Under barndomen kan trauma, så som misshandel och brist på bekräftelse från familjen, samt dåliga livsförhållanden påverka. Senare under ungdomen kan stadsmiljön, användning av cannabis, migration, stressiga livshändelser samt traumatiska huvudskador framkalla schizofreni (Van Os, Rutten & Poulton, 2008). McGrath et al. (2008) konstaterar att risken för att insjukna i schizofreni är större i storstäder än i förorter. Miljöföroreningar och stress på grund av folktäthet kan vara möjliga orsaker, dock har inget tydligt samband hittats och orsaken till högre incidens i storstäder är fortfarande oklar.

Van Os och Kapur (2009) förklarar att personer med schizofreni har en minskad levnadstid med 12 till 15 år jämfört med den genomsnittliga populationen. De uppmärksammar även att orsaken till en för tidig död hos personer med schizofreni inte alltid är relaterad till suicid. Övriga orsaker kan vara begränsad tillgång till läkemedel, osunda mat- och motionsvanor, övervikt samt rökning (ibid.). Palmer et al. (2005) förklarar att yngre personer är mer benägna till att vara suicidala, många gånger i samband med sin första psykos. En psykos kan förklaras genom att personen lever i en förvanskad omvärld. Förmågan att tyda intryck och bedöma vad som är sanningsenligt är kraftigt nedsatt. Enigt Svenska Psykiatriska Föreningen (2009) kan personens vilja, känslor och sociala interaktioner påverkas under en psykos.

2.1.1 Symtom

Schizofreni kan medföra ett flertal olika symtom, som kan delas in i positiva, negativa och kognitiva symtom (Flanagan, Solomon, Johnson, Ridgway, Strauss & Davidson, 2012). Med positiva symtom menas tillägg eller förvrängningar i upplevelser eller beteende. Negativa symtom förklaras genom bortfall av egenskaper som fanns före insjuknandet (Schizofreniförbundet, u.å). Ett av de positiva symtomen vid schizofreni är vanföreställningar, som även är ett av de vanligaste symtomen. Vanföreställning beskrivs som förvrängda tankar samt missförståelse och misstolkning av situationer. Hallucinationer är ett annat positivt symtom, vilket förklaras som upplevda förvrängningar. Personen kan höra röster som är skilda från de egna tankarna men som finns inuti huvudet. Rösterna kan upplevas vara egna karaktärer som kommenterar det egna beteendet och argumenterar med varandra. Vidare är en oorganiserad tankeprocess en vanlig komplikation vid schizofreni. En person med schizofreni kan besvara frågor med irrelevanta svar och bristande sammanhang. Vid samtal saknas en följsamhet, vilket leder till frekvent ämnesbyte. Personen kan även upplevas vara obegriplig och oorganiserad vilket utgör en svårighet att uppfatta personens intension (Flanagan et al., 2012).

Adler (2011) förklarar negativa symtom som kan uppstå hos personer med schizofreni som avsaknad av emotionella funktioner. Flanagan et al. (2012) beskriver en av dessa som avtrubbade känslor, vilket har flera bakomliggande orsaker. Det kan vara att personer med schizofreni upplever sig kontrollerade av rösterna, samt undviker att

prata om känslor för att inte uppfattas som sinnessjuka av omgivningen. Vidare förklarar Flanagan et al. (2012) viljelöshet som ett vanligt negativt symptom. Det innebär avsaknad av intresse och engagemang i sociala och vardagliga sammanhang med svårighet att upprätthålla dagliga rutiner. Män upplever mer negativa symptom efter att ha levt en lång tid med schizofreni, medan kvinnor upplever mer negativa symptom i begynnelsen av schizofreni (Sponheim, Jung, Seidman, Mesholm-Gately, Manoach, O'Leary et al., 2010).

Personer med schizofreni drabbas ofta av kognitiva nedsättningar. Vanligen uppkommer dessa i samband med de första symptomen men går även att upptäcka innan en psykos är fullt utvecklad. De kognitiva nedsättningarna som kan uppstå är minskad uppmärksamhet, bearbetning av information, inlärning och försämrat minne. En annan allvarlig komplikation är nedsättning av exekutiva funktioner (Adler, 2011; Svenska Psykiatriska Föreningen, 2009). Sponheim et al. (2010) nämner att de kognitiva nedsättningarna blir mindre påtagliga med tiden och att de som levt med schizofreni under lång period har lärt sig hantera symptomen bättre än personer med nydebuterad schizofreni. Svenska Psykiatriska Föreningen (2009) förklarar att kognitiva nedsättningar även leder till försämrad social kompetens. Enligt Walsh, Hachbrueckner, Corcoran och Spence (2015) blir personer med schizofreni ofta inåtvända, vilket bidrar till en minskad social förmåga.

2.1.2 Diagnostik och behandling

Det är problematiskt att definiera om en psykos som uppkommer hos en person är kopplad till schizofreni, då en psykos kan orsakas av andra psykiska sjukdomar. För att kunna urskilja psykosens ursprung analyseras varaktighet, nedsättningar, droganvändning, vanföreställningarnas grad av bisarrhet och om personen lider av depression eller mani. För att kunna ställa en diagnos används diagnostikverktygen DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V) samt ICD-11 (International Classification of Diseases 11) (Van Os et al., 2009). Svenska Psykiatriska Föreningen (2009) beskriver att i samband med insjuknande av schizofreni drabbas individen vanligtvis av ytterligare psykiska sjukdomar, vilket benämns samsjuklighet. Ofta uppkommer två eller flera diagnoser hos samma person, vilket gör det väsentligt för sjuksköterskan att ha samsjuklighet i åtanke.

Van Os et al. (2009) redogör för att det första steget i behandlingen är att personen erhåller läkemedel. Läkemedel är dock inte den enda lösningen. Enligt Svenska Psykiatriska Föreningen (2009) har kognitiv beteendeterapi (KBT) visat sig vara ett effektivt komplement vid behandling av en person med schizofreni. KBT fokuserar på att behandla de positiva symptomen genom att ändra personens tolkning av sina hallucinationer, vanföreställningar och uppfattningar av omgivningen (ibid.). Till hjälp finns även psykologiskt och socialt stöd, i form av en tvärvetenskaplig grupp, där alla är specialiserade inom mental ohälsa. Denna grupp stöttar personer med

schizofreni i det vardagliga livet, exempelvis som ett socialt stöd i hemmet samt inom vårdinrättning (Van Os et al., 2009).

2.1.3 Stigmatisering

Det finns förutfattade meningar när det talas om psykiska sjukdomar. När en person som lever med en psykisk sjukdom söker jobb, letar bostad och söker sig till vården möter de ofta diskriminering och fördomar. Detta benämns stigmatisering. Stigmatiseringen utgörs av att samhället dömer och sätter en stämpel på de som är avvikande (Overton & Medina, 2008). Stigmatisering är en skadlig komplikation som medföljer för den som har en psykisk sjukdom och kan vara lika farligt som sjukdomen i sig. Negativa tankar och falska antaganden om personer med psykisk sjukdom är vanliga, så som våldsamhet och oförmåga till att kunna ta hand om sig själv. Stigmatisering kan leda till förlorade möjligheter som annars är tillgängligt för personer utan en psykisk sjukdom (Overton et al., 2008).

2.1.4 Omvårdnad av personer med schizofreni

Walsh et al. (2015) beskriver vikten av att vidga kunskapen hos patienter som lever med schizofreni, för att skapa trygghet, välbehag och kontroll över sin vård. Genom att diskutera tillgängliga behandlingsalternativ med patienten skapas en känsla av delaktighet. Att utveckla en relation mellan vårdare och en person med schizofreni leder till en öppen kommunikation, tillit och en ömsesidig respekt (ibid.). Genom att närvara hos personen med schizofreni och spendera tid tillsammans, finns möjligheten att förbise objektifieringen av personen och istället se personen bakom sjukdomen. Att föra en dialog med en person med schizofreni ger vårdaren möjlighet till inverkan och reflektion av personens livsstil och handlingar. (Salzmann-Erikson et al., 2016).

2.2 Begreppsdefinition av livsvärld

Livsvärld kommer att användas som begrepp i denna litteraturstudie och i kontexten psykisk ohälsa med inriktning schizofreni. Asp och Fagerberg (2016) beskriver att begreppet livsvärld grundas i den tyska filosofin och har haft en stor betydelse inom flera forskningsområden. Enligt Biley och Galvin (2007) myntades begreppet livsvärld i början på 1900-talet, där Edmund Husserl var ett betydande namn inom fenomenologin. Husserl formade en modern version av livsvärld och la grunden för vidare forskning om begreppet. Asp et al. (2016) förklarar att erfarenheter som skapas inom livsvärlden formar människans värderingar och sätt att handla. För den enskilda personen är hans livsvärld självklar, oreflekterad och verklig. Biley et al. (2007) tar upp olika aspekter av människans livsvärld, så som att varje person uppfattar tid, rum, kropp, känslor och samspel olika. Begreppet livsvärld innefattar vad det innebär att vara mänsklig, att finnas till i världen och att leva ett vardagsliv. Förmågan att se någon annans livsvärld skapar ett gott vårdande (Ibid.). Genom att lyssna till personens berättelse ökas förståelsen av hans livsvärld och sättet hen ser på hälsa,

lidande, verklighet och vård (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg, 2007).

2.3 Teoretisk förankring

Enligt Antonovsky (2005) betyder KASAM känsla av sammanhang och det engelska uttrycket är Sence of Coherence, vilket förkortas SOC. Aaron Antonovsky är grundaren och skaparen av KASAM. Begreppet nämndes första gången i boken *Health, Stress and Coping* skriven av Antonovsky, utgiven 1979. I KASAM ingår tre viktiga komponenter, vilka är begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begriplighet innefattar i vilken mån en person upplever inre och yttre intryck som konkreta, enhetliga, strukturerade och distinkta. Hanterbarhet mäter förmågan att kunna bemöta de krav som ställs i livet. Varje person har resurser att tillgå, vilka kontrolleras av en själv eller av andra personer i omgivningen där förtroende finns. Det tredje begreppet, meningsfullhet, innebär att en person finner en mening med att investera energi i hanteringen av inträffade livshändelser. Meningsfullhet handlar om att se händelsen som en tillgång och lärdom, istället för börda och motgång. De tre begreppen ska inte separeras, då de tillsammans utgör en helhet (Antonovsky, 2005).

KASAM är en avgörande faktor i förhållandet mellan psykisk hälsa och ohälsa, där en hög KASAM är sammanlänkad med en god hälsa. Antonovsky har utformat en mätskala, där de tre komponenterna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet har egna frågor, för att kunna studera ett samband och helhet (Antonovsky, 2005). KASAM-skalan används flitigt inom vården för att mäta en persons känsla av sammanhang. Skalan har visat sig vara trovärdig och applicerbar på de flesta grupper av människor (Langius & Björvell, 2001).

3. Problemformulering

Schizofreni är en psykisk sjukdom som förekommer inom hälso- och sjukvården, vilket gör personens upplevelse av sjukdomen intressant för sjuksköterskan. En viktig uppgift för sjuksköterskan i mötet med personer med schizofreni är att skapa vård där personens upplevelse står i fokus. För att förbättra vården krävs mer kunskap om hur det är att leva med schizofreni.

4. Syfte

Syftet var att beskriva upplevelsen av att leva med schizofreni.

5. Metod

Studien genomfördes som en allmän litteraturstudie med en induktiv ansats för att besvara det angivna syftet. En induktiv ansats innebär att forskaren samlar in fakta om

människans subjektiva livsvärld för att skapa förståelse och mening (Forsberg & Wengström, 2016).

5.1 Urval

Inför urvalet av de vetenskapliga artiklarna sattes inklusions- och exklusionskriterier för att skapa en enhetlig bedömning anpassad till studiens syfte. Inklusionskriterier till litteraturstudien var subjektiva upplevelser som berättades av vuxna personer över 18 år med diagnosen schizofreni. Artiklarna skulle vara skrivna på engelska, peer reviewed samt originalartiklar. För att besvara syftet inkluderades endast artiklar av kvalitativ metod med ett tillgängligt abstrakt. Artiklar exkluderades om anhörigas eller hälso- och sjukvårdspersonalens uppfattning om upplevelsen av att leva med schizofreni trädde fram. Ytterligare artiklar exkluderades då deltagarna hade andra diagnoser än schizofreni. För att få aktuell forskning vid databassökningarna uteslöts artiklar äldre än 10 år.

5.2 Datainsamling

Databaserna som användes var Cinahl, PsycINFO och PubMed. Cinahl innehåller vetenskapliga artiklar inom omvårdad, med specialisering på omvårdnadsforskning. PsycINFO fokuserar på psykologisk forskning inom medicin och omvårdad. Databasen innehåller vetenskapliga artiklar och forskningsrapporter, vilket även inkluderar internationell forskning. PubMed är en databas med ett brett innehåll, med inriktning på medicin och omvårdnad (Forsberg & Wengström, 2016). Sökningen inleddes med en osystematisk litteratursökning för att bilda en uppfattning om befintlig forskning. Vidare genomfördes en systematisk sökning för att finna vetenskapliga artiklar som besvarade studiens syfte. Sökorden *schizophrenia* och *qualitative* användes konsekvent i samtliga sökningar i alla databaser. Då schizofreni var det undersökta fenomenet valdes *schizophrenia* som ämnesord i samtliga databaser. Genom att använda sökordet *qualitative* i fritext begränsades antal träffar och kvantitativa artiklar uteslöts, medan artiklar med kombinerade kvantitativa och kvalitativa ansatser kvarvarade bland träffarna. Ytterligare användes sökorden *experience* och *life*, vilka begränsades till abstrakt för att lyfta människans subjektiva upplevelse då det ingår i studiens syfte. I samtliga sökningar användes den booleska operatoren AND för att koppla ihop sökorden (Friberg, 2012). För detaljerad sökordsöversikt, jämför bilaga A, tabell 2.

I första sökningen kombinerades *schizophrenia* (ämnesord) med *qualitative* (fritext) och *experience* (abstrakt). Sökningen gav 58 träffar i Cinahl, 179 träffar i PsycINFO samt 75 träffar i PubMed, vilket totalt resulterade i 312 träffar. Samtliga titlar och 55 abstrakt lästes. 14 artiklar besvarade studiens syfte samt de valda inklusions- och exklusionskriterierna. Jämför sökhistorik (bilaga B, tabell 3).

För att utöka antalet träffar och utveckla den systematiska sökningen bevarades den tidigare sökkombinationen, fränsett sökordet *experience* vilket byttes ut mot sökordet

life. Sökningen resulterade i 29 träffar i Cinahl, 116 träffar i PsycINFO och 57 träffar i PubMed. Totala antalet träffar var 202 där samtliga titlar och 76 abstrakt lästes. Sex artiklar från andra sökningen var lämpliga utifrån studiens syfte samt de valda inklusions- och exklusionskriterierna. Jämför sökhistorik (bilaga B, tabell 4).

Den systematiska sökningen gav totalt 20 artiklar att granska varav 14 var från första sökningen och sex från andra sökningen. Samtliga artiklar granskades utifrån Carlsson och Eimans (2003) bedömningsmall för studier med kvalitativ metod. 13 artiklar graderades till grad I, vilket tyder på hög vetenskaplig kvalitet och en artikel erhöll grad II, vilket motsvarade medelmåttig vetenskaplig kvalitet. Samtliga artiklar av grad I och grad II ingick i det slutliga urvalet av resultatartiklar, vilket totalt gav 14 artiklar. Sex artiklar som granskades exkluderades då de inte besvarade studiens syfte eller saknade godkännande av etisk kommitté.

5.3 Databearbetning

Analysmetoden som följdes var innehållsanalys ur Forsberg och Wengström (2016). Först lästes de 14 resultatartiklarna individuellt, för att sedan diskutera innehållet tillsammans och bilda ett helhetsintryck. För att få en första överblick över artiklarna gjordes en sammanställning av artiklarna (bilaga C, tabell 3). Därefter markerades och översattes meningsenheter som besvarade studiens syfte. Meningsenheterna kodades och tolkades för att få fram den centrala innebörden. Koderna kondenserades och bildade subkategorier utefter likheter och skillnader. Totalt sju subkategorier bildades: *ensamhet och isolering, samhällets stigmatisering, förlorad makt, förlorat själv, förlorat hopp, att uppleva mening* och *att hantera livet*. Subkategorierna sammanfogades till tre huvudkategorier: *Utanförskap, förluster* samt *värdefullt liv*. För översikt av indelning, se tabell 1.

Tabell 1. Översikt indelning av subkategorier och kategorier.

Subkategorier	Kategorier
Ensamhet och isolering	Utanförskap
Samhällets stigmatisering	
Förlorad makt	Förluster
Förlorat själv	
Förlorat hopp	
Att uppleva mening	Värdefullt liv
Att hantera livet	

6. Forskningsetiska överväganden

En forskare bör ta hänsyn till flera olika etiska lagar och bestämmelser för att få genomföra sin forskning. Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) säger att forskning endast får utföras vid godkännande av en etisk prövning som utförs av en granskande kommitté. Forsberg och Wengström (2016)

påpekar vikten av att allt resultat och alla använda resultatartiklar redovisas. Inget får uteslutas då det kan påverka resultatet.

De 14 resultatartiklarna som tagits fram och granskats i denna studie är godkända av etiska kommittéer. Deltagarna i dessa artiklar var väl informerade och gav sitt samtycke till att bli intervjuade. Enligt Personuppgiftslagen (SFS 1998:204) ska ett samtycke vara individuellt, frivilligt och särskilt. Det är viktigt att personuppgifter som används till vetenskaplig forskning endast tillämpas vid lämnat samtycke av deltagaren. Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) säger att en deltagare i forskning måste få tillräcklig information om forskningen, dess ändamål samt risker. Deltagaren ska veta att samtycket när som helst kan återkallas.

Det är av nytta att beskriva upplevelsen av att leva med schizofreni, då en sjuksköterska bör ha förståelse och kunskap vid vårdande av personer med sjukdomen. Folsom, Lebowitz, Lindamer, Palmer, Patterson och Jeste (2006) redovisar att hälso- och sjukvårdspersonal är okunniga om hur det är att leva med schizofreni och därför anses det vara ett angeläget ämne att forska vidare i.

7. Resultat

Analysen resulterade i tre kategorier: *Utanförskap*, *förluster* och *värdefullt liv*.

7.1 Utanförskap

Subkategorierna i kategorin *Utanförskap* var: *Ensamhet och isolering* och *samhällets stigmatisering*.

7.1.1 Ensamhet och isolering

Diagnosen schizofreni påverkade det sociala livet negativt för personer som levde med sjukdomen (Güner, 2014). Brister i det sociala livet kunde leda till ensamhet, vilket upplevdes som att vara ensam (Nilsson, Nåden, & Lindström, 2008). Ensamhet kunde leda till en känsla av värdelöshet och förtvivlan (Avieli, Mushkin, Araten-Bergman, & Band-Winterstein, 2016; Barut, Dietrich, Zaroni, & Ridner, 2016) och upplevdes som smärta och sår i själen (Nilsson et al., 2008). Det var ofta förekommande att personer med schizofreni upplevde förlorade relationer, där det gick att se en tydlig skillnad på det sociala livet före och efter insjuknandet (Avieli et al., 2016; Mauritz & van Mejlel, 2009; Moll & Saeki, 2009; Nilsson et al., 2008). Familjerelationer kunde påverkas av sjukdomen då en del familjer valde att hålla sig ifrån personen med schizofreni (Yang, Narayanasamy & Chang, 2011). Förlorade familjerelationer skapade förvirring hos personen med schizofreni samt ökade känslan av att inte tillhöra en social kontext (Mauritz et al., 2009). Det framkom även att personer med schizofreni upplevde sig övergivna av tidigare vänner (Nilsson et al., 2008). Känslan av att vara övergiven samt svårigheten att relatera till andra människor

ledde till distansering från vänner och bekanta (Irarrázaval, 2015; Nilsson et al., 2008). Ensamhet upplevdes som en förlust, då det sociala livet behövdes för att överleva (Eklund, Hermansson, & Håkansson, 2012; Mauritz et al., 2009). Personer med schizofreni hade svårigheter att skapa nya vänskapsrelationer och att delta i sociala sammanhang. Utöver förlorade vänskapsrelationer fanns en svårighet i att träffa en partner (Moll et al., 2009). Personer med schizofreni levde ett liv utan kärlek, vilket upplevdes vara förutbestämt på grund av sjukdomen (Avieli et al., 2016). Det fanns en stor önskan om att få någon att älska, vilket förhindrades av sjukdomen (Nilsson et al., 2008).

Isolering från andra människor skapade en känsla av att bli exkluderad från ett normalt liv (Nilsson et al., 2008). Personer med schizofreni beskrev orsaken till isolering som frånvaro av tillhörighet i ett sammanhang (Barut et al., 2016), samt övergivenhet och distansering från familjen (Yang et al., 2011). Emotionell distansering kunde vara en utväg i att minska ångesten som skapades av isoleringen (Le Lievre, Schweitzer & Barnard, 2011). Personer med schizofreni upplevde sig vända ryggen till ett socialt liv (Nilsson et al., 2008) samtidigt som de upplevde en längtan till samspel med människor som kunde leda till acceptans och förståelse (Barut et al., 2016; Nilsson et al., 2008). En annan anledning till isolering förklarades bero på konsekvenserna och symtomen vid schizofreni (Mauritz et al., 2009).

En del av utanförskapen upplevdes i känslan av att vara annorlunda (Barut et al., 2016; Nilsson et al., 2008; Shepherd, Depp, Harris, Halpain, Palinkas, & Jeste, 2012). Personer med schizofreni kände sig inte accepterade för den de är (Barut et al., 2016) och kände skam över olikheten (Nilsson et al., 2008). Upplevelsen av att vara annorlunda skapades av uppfattningen om att endast friska människor passade in i samhället. Det var en upplevelse som började gro redan i barndomen (Mizuno, Iwasaki, Sakai, & Kamizawa, 2015). Rädslan för diskriminering och avvisande medförde en svårighet i att interagera med andra människor (Shepherd et al., 2012). För att undvika oförståelse och stress på grund av kommunikationsproblem tog personer med schizofreni avstånd från sociala situationer (Mauritz et al., 2009).

Då sjukdomen medförde en känsla av ensamhet betraktade personerna sig som ensamvargar, de var ensamma mot världen (Araten-Bergman, Avieli, Mushkin, & Band-Winterstein, 2016). Personer med schizofreni var skeptiska mot omvärlden och kände sig ofta förföljda och hotade av andra människor (Irarrázaval, 2015). De kunde även få uppfattningen av att de levde i en annan värld (Mauritz et al., 2009), där det kändes som att endast världen med schizofreni var verklig och resten överklig (Güner, 2014; Mauritz et al., 2009; Yang et al., 2011).

7.1.2 Samhällets stigmatisering

Personer med schizofreni upplevde att andra människor inte förstod innebörden av en psykisk sjukdom (Mizuno et al., 2015). De ansåg att samhället såg dem som mindre

betydelsefulla, värdelösa och sjuka (Yang et al., 2011). Stigmatisering utgjordes av samhällets diskriminering och förnedring, vilket ledde till obehag, förolämpning och skam. En konsekvens av detta var att dölja sjukdomen inför nya bekantskaper (Güner, 2014).

En förkommande upplevelse av stigmatiseringen var den förlorade sociala statusen, där personer med schizofreni rankades lägst i samhället (Güner, 2014). Sjukdomen sågs som en katastrof (Mauritz et al., 2009). Familjerna påverkades av stigmatiseringen, eftersom sjukdomen vanärade deras familj (Yang et al., 2011). Stigmatiseringens fördomar kunde även ses i grannskapet, då grannarna förväntade sig galenskap och trakasserier (Mizuno et al., 2015; Avieli et al., 2016). Detta ledde till obefintlig kontakt mellan personer med schizofreni och grannskapet (Avieli et al., 2016; Nilsson et al., 2008).

Andra komplikationer av stigmatiseringen var känslan av ilska, smärta, att inte passa in samt ångest över att ses som en börda för samhället (Mizuno et al., 2015; Güner, 2014). Personer med schizofreni upplevde en barriär mellan friska och sjuka, vilket förhindrade förståelsen dem emellan (Mizuno et al., 2015). Barriären orsakade kommunikationssvårigheter och de kände sig oförstådda och obildade. Vidare kände de sig nedtryckta då andra var ointresserade av deras synpunkter (Le Lievre et al., 2011). Personer med schizofreni upplevde sig ofta oförstådda av familj, läkare och vänner, vilket ledde till att de sökte stöd hos personer med liknande livserfarenhet (Güner, 2014). Oförståelsen var påtaglig även på arbetsplatsen, där sjukdomen hade påverkat möjligheten till anställning samt att behålla arbetet en längre period (Araten-Bergman et al., 2016; Moll et al., 2009; Shepherd et al., 2012). De upplevde att de inte hade någon plats på arbetsmarknaden och att de inte var eftertraktade (Moll et al., 2009). Vid anställning kunde de uppleva diskriminering i form av lågbetalda jobb (Yang et al., 2011). Även utbildning påverkades negativt av de begränsningar som medföljde vid sjukdomen schizofreni (Mauritz et al., 2009; Shepherd et al., 2012).

Personer med schizofreni hade en längtan efter att passa in i samhället. De hade förhoppningen att kunna förklara sina svårigheter till andra människor och öka förståelsen. De upplevde ett ansvar för att motverka stigmatiseringen (Mizuno et al., 2015). Genom en förändring av samhällets och medias stigmatisering av sjukdomen trodde personer med schizofreni att det kunde få ett slut på problem som var knutna till sjukdomen och att det skulle öka chansen till en anställning och ett socialt liv (Güner, 2014).

7.2 Förluster

Subkategorierna i kategorin *Förluster* var: *Förlorad makt, förlorat själv och förlorat hopp*.

7.2.1 Förlorad makt

Maktlöshet kunde beskrivas som brist på tillhörighet på grund av en psykisk sjukdom, med viljan till umgänge utan kunskapen om tillvägagångssätt (Barut et al., 2016). Känslan av maktlöshet uppstod som ett resultat av en isolerad miljö och begränsad autonomi. Det uppdagades att diagnosen schizofreni i samband med sjukhusvistelse ingav känslan av frångådda mänskliga rättigheter. Bristande rättigheter och respekt berövade dem på ett normalt liv. Personer med schizofreni kände maktlöshet då de inte var viktiga för samhället (Yang et al., 2011). De uttryckte förvirring över deras rättigheter på arbetsmarknaden då regeringen ansåg de som friska trots deras begränsningar (Güner, 2014). Svårigheten att uppnå mål och drömmar ledde till ilska gentemot de som innehöll makten att begränsa deras liv, så som regeringen (Barut et al., 2016). Maktlösheten kunde även innebära förlust av möjligheten till medbestämmanderätt i olika beslutsfattanden, där bland behandling och relationer (Araten-Bergman et al., 2016; Shepherd et al., 2012). Detta kunde visas i berättelser av kvinnor som förlorat vårdsnaden av sina barn för att aldrig få träffa dem igen (Shepherd et al., 2012).

Personer med schizofreni upplevde sin boendesituation som övervakad och full med regler och restriktioner utan rättigheter till självständighet. En längtan efter en lägenhet utan sociala myndigheters inblandning var stor då det skulle ge frihet och ökad självrespekt (Avieli et al., 2016). Det skyddande boendet ingav en känsla av att inte kunna ta hand om sig själv, vilket skapade förtvivlan (Shepherd et al., 2012). Genom placering i ett skyddat boende av sociala myndigheter upplevdes ingen hemkänsla och det gav en svårighet att finna lugn och ro (Nilsson et al., 2008).

Personer med schizofreni upplevde ett tvång vid ofrivilliga inläggningar, där autonomi och integritet berövades (Avieli et al., 2016). Vid tvångsinläggningar skedde även tvångsmedicinering vilket eliminerade personens stolthet, värdighet och delaktighet. Hälso- och sjukvårdspersonalen utövade makt genom en dömande attityd (Nilsson et al., 2008). Oförståelse och utebliven sympati kunde upplevas hjärtekrossande (Mauritz et al., 2009). Personer med schizofreni ansåg att sjuksköterskan bör minska fokus på medicin, mat och hygien och istället vårda för att främja autonomi i livets alla aspekter (Moll et al., 2009).

7.2.2 Förlorat själv

Livet med schizofreni innebar ofta en inre kamp om självidentifiering. En begränsning i personlighetsutveckling och sökande efter självet uppstod på grund av sjukdomen och sjukhusvistelser (Yang et al., 2011). Schizofreni kunde orsaka osäkerhet och självtvivel över sinnen och upplevelser, samt misstro till observationer och tankeprocesser (Mauritz et al., 2009). Vid pågående psykoser blev denna osäkerhet mer påtaglig och kroppen upplevs främmande (Irarrázaval, 2015). Detta ledde till starka traumatiska upplevelser (Mauritz et al., 2009). Personer med schizofreni kunde uppleva svårighet i att kontrollera beteendet vid en psykos med

känslan av att någon annan styrde kroppen (Irarrázaval, 2015; Ko, Smith, Liao, & Chiang, 2013).

Schizofreni medförde ett flertal symtom vilka kunde upplevas som fysiskt outhärdlig tortyr. Plågorna orsakade av symtomen medförde begränsningar av självet och det dagliga livet, vilket kunde leda till en känsla av djupt lidande, svaghet och hjälplöshet. Dessa symtom bestod vanligen av vanföreställningar och hörselhallucinationer i form av röster (Avieli et al., 2016). Rösterna kunde höras överallt och vara obegripliga, kaotiska och repeteras ett flertal gånger. De kunde ta över personens egen röst och säga hemska, elaka ord (Irarrázaval, 2015). Rösterna kunde skapa tvångshandlingar i form av avvikande beteende (Nilsson et al., 2008). Ett sätt att hantera rösterna var att stanna hemma och sova för att komma ifrån rösterna (Irarrázaval, 2015). När rösterna blev outhärdliga kunde suicid ses som enda utvägen för att eliminera desperationen, lidandet och ångesten genererat av rösterna (Güner, 2014; Irarrázaval, 2015). Vid suicidala tankar upplevdes en förlust av själen (Ko et al., 2013). Suicid sågs som en enkel och fördelaktig väg bort från livets tortyr (Barut et al., 2016; Mauritz et al., 2009).

Medicineringen kunde medföra ett flertal biverkningar vilket kunde skapa andra lidanden. Några biverkningar som uppkom som ett resultat av medicinen var trötthet, bristande uppmärksamhet, svaghet, minskad kroppskontroll, hjälplöshet och tomhet (Avieli et al., 2016). Personer med schizofreni upplevde en generell avtrubning av medicinerna (Le Lievre et al., 2011).

7.2.3 Förlorat hopp

Personer med schizofreni uttryckte att sjukdomens medförda förluster kunde beskrivas som ett förlorat hopp (Güner, 2014). Före insjuknandet upplevdes livet som mer innehållsrikt (Eklund et al., 2012). Sjukdomen hade medfört förlust av energi och kapacitet till att uppnå mål och drömmar, vilket skapade känslan av meningslöshet och tomhet (Mauritz et al., 2009). Långa sjukhusvistelser ingav en känsla av hopplöshet och en negativ syn på livet (Yang et al., 2011). Personer med schizofreni levde med en uppfattning om att både andra människor och de själva hade gett upp hoppet om dem och deras framtid (Shepherd et al., 2012). Sjukdomen fick skulden för förlorad utbildning och äktenskap (Güner, 2014). Sjukdomen eliminerade kontroll över framtiden och långsiktiga mål gick förlorade (Shepherd et al., 2012). De med en förutbestämd framtid och en lovande karriär berövades framtiden när de insjuknade. Detta resulterade i en lägre social status och minskad självkänsla (Avieli et al., 2016). Tankar om framtiden skapade en oro speciellt hos yngre personer då de inte såg hur de skulle kunna bidra till samhället (Yang et al., 2011). Då personer med schizofreni fokuserade på dåtiden, blev framtiden och nutiden mindre betydelsefull (Le Lievre et al., 2011).

7.3 Värdefullt liv

Subkategorierna i kategorin *Värdefullt liv* var: *Att uppleva mening och att hantera livet.*

7.3.1 Att uppleva mening

Personer med schizofreni kände en tillit till gud och såg honom som hjälpande i deras livssituation (Güner, 2014). Gud hjälpte dem nå insikt och acceptans av sjukdomen och se sjukdomen som en del av guds större plan, där gud hade makten över deras öde (Araten-Bergman et al., 2016). De levde med en önskan att komma till himlen och gud gav dem hopp under deras mest desperata och ensamma stunder (Barut et al., 2016; Nilsson et al., 2008). Tron på övernaturliga krafter gav en inre frid (Ko et al., 2013). Personer med schizofreni ifrågasatte hur de skulle leva och sökte efter svar i Bibeln (Irarrázaval, 2015).

Hopp gav en känsla av meningsfullhet och var en anledning att leva en dag till (Barut et al., 2016). Meningsfullt hopp beskrevs som en källa till liv (Mauritz et al., 2009). När personer med schizofreni kände ett grepp om framtiden och sin framtida familj skapades hopp (Barut et al., 2016). Meningsfulla relationer genererade ett värde i livet, påminde om livets skönhet och gav framtidshopp (Ko et al., 2013). En annan aspekt som gav känslan av ett meningsfullt liv var att uppleva hälsa, harmoni, inre balans och trygghet. Detta kunde stärkas av frånvaro av stress, ångest och oro. Att ha ett fungerande vardagsliv innehållande struktur och rutiner sågs som en viktig del i livet. Ett fungerande vardagsliv kunde skapas av jobb samt möjligheten att utöva intressen (Eklund et al., 2012). Mål i livet minskade förvirring om livets riktning (Le Lievre et al., 2011).

Att tillhöra och vara en del i ett socialt sammanhang skapade välbefinnande och meningsfullhet (Barut et al., 2016; Eklund et al., 2012). Tillhörighet kunde skapa en känsla av att höra hemma och passa in med andra människor, i samhället eller i en gemenskap. Att känna tillhörighet handlade om en ömsesidighet i relationer där personer med schizofreni inte bara fick stöd, utan även gav stöd tillbaka (Barut et al., 2016). Att visa stöd gentemot andra gav en känsla av att göra gott och vara behövd, vilket bildade tillhörighet (Eklund et al., 2012). Personer med schizofreni upplevde uppskattning när de fick förtroende till att utföra uppgifter och plikter (Yang et al., 2011). Det var enklare att socialisera sig med andra personer som levde med en psykisk sjukdom, då det inte fanns några barriärer som förhindrade personen från att vara sig själv (Barut et al., 2016; Le Lievre et al., 2011). Det skapade känsla av tillhörighet och kamratskap, då de hade liknande erfarenheter (Barut et al., 2016; Mizuno et al., 2015). Gemensamma intressen var ett annat sätt för att uppnå gemenskap (Nilsson et al., 2008).

7.3.2 Att hantera livet

Personer med schizofreni utvecklade olika strategier för att hantera sin sjukdom och bli mer självständiga (Ko et al., 2013). Strategierna tillsammans med följsamhet i behandling samt gruppterapi gjorde symtomen mer hanterbara. Röster som var ett av de vanligaste symtomen kunde hanteras genom att ignorera, tala till dem eller be dem vara tysta (Shepherd et al., 2012). Sällskap av andra människor kunde leda till reducerade eller obefintliga symtom (Barut et al., 2016). Socialisering med friska människor skapade en distans till sjukdomen och symtomen för personer med schizofreni, vilket främjade återhämtning av sjukdomen (Mizuno et al., 2015). Att interagera med andra människor underlättade hantering och kontroll av den mentala hälsan (Barut et al., 2016). Genom bekräftelser av vänner kunde fokus ändras från negativa till positiva tankar (Le Lievre et al., 2011).

En strategi för att hantera livet var att se sjukdomen som verklig och inskaffa kunskap, vilket ledde till motivation och kontroll (Shepherd et al., 2012). Med vilja och kontroll kunde personer med schizofreni förbättra sitt liv (Mizuno et al., 2015). De som hade kontroll över sitt liv kände självförtroende (Yang et al., 2011). Självförtroendet gav mod till att stå upp för sig själv och uttrycka åsikter (Le Lievre et al., 2011). Ett sätt att ta tillvara på livets möjligheter var att utöva sina intressen, så som konst då det gav befrielse och tillfredsställelse (Nilsson et al., 2008). Genom utövande av aktiviteter som att läsa, samtala och reflektera återfanns klarhet i livet (Le Lievre et al., 2011).

Personer med schizofreni behövde acceptera sin sjukdom för att kunna ta emot hjälp och finna sig i dess begränsningar. Första steget var att se förlusterna som verkliga och därefter finna en ny balans i tillvaron (Mauritz et al., 2009). En del av accepterandet var att inte jämföra sig med friska människor för att kunna se sina egna styrkor (Shepherd et al., 2012). Kunskap om sjukdomen minskade symtomen och hanterbarheten av dessa ökade, vilket även ökade glädjen över livet (Güner, 2014). Ett sätt att öka kunskapen var genom att diskutera sjukdomen med andra personer med schizofreni. Att se liknande psykotiska symtom hos andra gav insikten av att psykotiska upplevelser inte var verkligt (Mauritz et al., 2009).

När personer med schizofreni blev äldre sökte de efter en sjukdomsorsak. Det blev en betydelsefull del i deras liv och själva sjukdomen hamnade i bakgrunden. Sökandet efter sjukdomsorsaken skulle kunna leda till förlåtelse och acceptans av sjukdomen. De förknippade sjukdomsorsaken till en livskontext istället för en medicinsk förklaring. I förklaringen till sjukdomens uppkomst drogs paralleller till traumatiska händelser, genetiskt ursprung och häxkraft (Araten-Bergman et al., 2016). Andra källor till sjukdomen var svåra sociala förhållanden, akademiska misslyckanden, guds vilja, ogynnsam hälsa, personlighetsdrag eller en kombination av dessa (Güner, 2014).

Upplevelse av stöd förklarades som frihet från press, ansvarstagande, rättigheter och möjlighet att uttrycka sin åsikt (Güner, 2014). För att stärka hanterbarheten vid schizofreni krävdes ett positivt förhållningssätt hos familjemedlemmar, läkare, religiös vägledare samt hos personen själv (Eklund et al., 2012). Familjen spelade en stor roll som stöd i återhämtning (Güner, 2014; Ko et al., 2013). Stödet kunde visas i form av närvaro och tillgänglighet (Mauritz et al., 2009; Shepherd et al., 2012). Stöd kunde även upplevas genom vänskap, samhället och kärlek från andra (Yang et al., 2011). Bekräftelse av de stödjande relationerna upplevdes som botemedel från ett ångestfullt liv (Le Lievre et al., 2011).

Personer med schizofreni upplevde ett eget ansvar i förståelsen av sjukdomen för att kunna påverka deras liv till det bättre. De kände att medicinering och behandling var av vikt för att förhindra återfall (Güner, 2014). Behandlingen upplevdes ofta positiv, ansågs vara nödvändig och viktig att fullfölja. Fungerande behandling av schizofreni minskade symtomen vilket ingav en känsla av tacksamhet, tillhörighet och hopp om förbättring (Barut et al., 2016). En kontinuerlig kontakt med sjukvården var värdefull för hälsan och tillfrisknandet (Eklund et al., 2012). De värderade högt när hälso- och sjukvårdspersonal visade hänsyn, lyssnade på dem och lät dem uttrycka sig utan att döma (Moll et al., 2009).

8. Diskussion

8.1 Metoddiskussion

Databaserna Cinahl, PubMed och PsycINFO valdes då deras huvudområde var omvårdnad, vilket var relevant för studiens syfte och problemområde. PsycINFO innehöll även psykologisk forskning vilket fångade det undersökta fenomenet (Forsberg & Wengström, 2016). Studiens trovärdighet ökade då sökningarna utfördes i flera databaser, vilket ökade möjligheten till att finna lämpliga resultatartiklar (Henricson, 2012).

Sökningen inleddes med osystematisk sökning för att få en överblick över området, som följdes av en systematisk sökning. Genom att utföra en litteratursökning i dessa två steg ökar bekräftelsebarheten. Bekräftelsebarheten ökar ytterligare då sökorden skapades utifrån den osystematiska sökningen där det gick att se vad sökorden generade, samt att de var anpassade till studiens syfte (Wallengren & Henricson, 2012). De valda sökorden till den systematiska sökningen var *schizophrenia*, *experience*, *life* och *qualitative*.

Avgränsningen ”peer reviewed” valdes då det ökar trovärdigheten av artikelns vetenskapliga kvalitet. Inklusions- och exklusionskriterier beskrevs i datainsamlingen, vilket ökar bekräftelsebarheten (Wallengren & Henricson, 2012). En styrka vid datainsamlingen kunde vara påträffandet av dubletter i de olika databaserna (se

tabell 2, bilaga B), vilket kan stärka att sökorden var relevanta och databaserna blev genomsökta.

Sökningarna visade att upplevelsen av schizofreni är ett välbeforskat område. Av sökningens träffar lästes samtliga titlar, där titlar som inte besvarade studiens syfte exkluderades. Detta kan ha lett till bortval av relevanta artiklar med missvisande titel, vilket kunde ses som en svaghet. Efter granskning enligt Carlsson och Eimans bedömningsmall (2003) resulterade sökningarna i totalt 14 resultatartiklar.

Resultatartiklarna bestod av 13 artiklar av grad I och en artikel av grad II, vilket gav studien god vetenskaplig kvalitet (Carlsson & Eiman, 2003). Anledningen till att en artikel erhöll grad II var att metodbeskrivningen var knapphändig samt att den hade en bristande diskussion. Enligt Wallengren och Henricson (2012) var en svaghet i granskningen att bedömningsmallen utgick ifrån subjektiva bedömningar, vilket kunde resultera i felaktiga värden. Detta styrktes genom en gemensam granskning av artiklarna. Samtliga resultatartiklar var godkända av en etisk kommitté och alla deltagare hade lämnat informerat samtycke, vilket är till studiens fördel och stärker det studiens värde (ibid.). En av studiens styrkor var att artiklarna som inkluderades var publicerade mellan 2007–2017, varav nio artiklar var yngre än fem år. Detta påvisar att forskningen är aktuell. En reflektion är att tiden kunde begränsats till inom fem år för att få färre antal artiklar att bearbeta. Detta gjordes inte då det upplevdes att studien skulle gå miste om stor del information.

Resultatartiklarna hade olika design, vilket kunde minska studiens trovärdighet (Henricson, 2012). Något som ökade trovärdigheten och pålitligheten i studien var att endast diagnosen schizofreni inkluderades och andra tillstånd som schizoaffektiv diagnos och paranoid schizofreni exkluderades (Wallengren & Henricson, 2012). En svaghet i denna studie är att artiklarna var skrivna på engelska och översattes till svenska, vilket kunde lett till misstolkningar av innehållet. Enligt Henricson (2012) styrktes databearbetningen då artiklarna diskuterades för att undvika feltolkningar. Handedaren för studien var delaktig under analysprocessen, vilket stärker studiens trovärdighet. Under databearbetningen undveks inkluderande av egna värderingar för att utföra en korrekt litteraturstudie, vilket kan ha ökat trovärdighet och pålitlighet (Henricson, 2012). Schizofreni är en sjukdom som upplevs vara likvärdig oavsett land och då resultatartiklarna sträcker sig över hela världen inkluderades en mängd olika kulturer i studien. Endast en artikel var gjord i Sverige, vilken kan försämra överförbarheten till Sverige.

8.2 Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva upplevelsen av att leva med schizofreni. I resultatet belystes tre huvudområden, vilka var *utanförskap*, *förluster* och *värdefullt liv*. Sammanfattningsvis kunde det utläsas att schizofreni påverkar livets alla aspekter för personen med sjukdomen.

En del av utanförskap var stigmatisering, vilket framkom ha en stor och betydande roll i livet. Overton et al. (2008) menar att stigmatisering utgörs av samhällets diskriminering och fördomar, där personer med schizofreni får en stämpel av att vara annorlunda. Fördomarna baseras på negativa tankar och falska antaganden om ett avvikande beteende (Overton et al., 2008). Stigmatisering upplevdes ge en förlorad social status, vilket ledde till en känsla av att vara värdelös (Güner, 2014; Yang et al., 2011). Personer med schizofreni kände sig oförstådda och okunniga, vilket skapade en barriär mellan dem och friska människor (Mizuno et al., 2015; Le Lievre et al., 2011). En egen reflektion är att det finns en stark koppling mellan stigmatisering och förlorade arbetsmöjligheter. Personer med schizofreni hade svårigheter att få arbete eller att upprätthålla sin anställning. De kunde även uppleva sig utnyttjade av arbetsgivaren och känna sig utanför (Moll et al., 2009; Yang et al., 2011). Sponheim et al. (2010) visar att en förklaring till utanförskapen på arbetsplatsen kan bero på att personer med schizofreni ofta har lägre utbildning. Detta resulterar i en lägre socioekonomisk status. En egen slutsats är att stigmatisering kan vara omfattande och kan ha stor påverkan i livet. För att kunna skapa en relation och ge god vård till personer med schizofreni krävs minskade fördomar och ökad kunskap om sjukdomen.

Ytterligare en viktig aspekt i att leva med schizofreni är den ensamhet och isolering som upplevdes. Enligt Walsh et al. (2015) kan ensamheten och isoleringen bero på förlorade relationer. Symtom vid schizofreni kan leda till att människor i omgivningen tar avstånd, samtidigt som personer med schizofreni hade svårt att interagera med andra. Avieli et al. (2016) beskriver att ett liv utan kärlek upplevdes som förutbestämt för personer med schizofreni. Det bidrog till en stor sorg. Trots sjukdomens begränsningar var kärlek deras största längtan (Nilsson et al., 2008). Eklund et al. (2012) och Mauritz et al. (2009) tog upp att ensamhet innebar en stor förlust då relationer upplevdes som essentiella för överlevnad. Det är förvånande hur stor ensamheten var och hur dåligt personer med schizofreni kunde må av det.

Ett liv med schizofreni kunde medföra förluster, varav en var ett förlorat själv. I kampen mot livets tortyr kunde suicid ses som den lättaste vägen bort från problemen (Barut et al., 2016; Mauritz et al., 2009). Fem procent av de som lever med schizofreni tar sitt liv, vilket gör sjukdomen till den vanligaste orsaken till suicid. Suicid är vanligast bland unga personer med schizofreni (Palmer et al., 2005). Det anses därför att det är av stor vikt att beakta eventuella suicidala tankar vid möte med dessa unga personer i vården.

Trots alla motgångar kunde personer med schizofreni sträva efter ett värdefullt liv. Faktorer som hopp och tillhörighet kunde bidra till en känsla av meningsfullhet (Barut et al., 2016). Enligt Antonovsky (2005) innebar meningsfullhet förmågan att kunna se livshändelser som lärorika istället för besvärliga och misslyckande. Genom meningsfullhet kunde personer med schizofreni uppnå motivation till att investera känslor och energi i livets besvär. Mauritz et al. (2009) beskriver att det krävdes

acceptans av sjukdomen och förlusterna det innebär för att finna sig i livet och kunna se en framtid. Ett sätt att hantera livet med schizofreni var att utveckla olika strategier till ökad självständighet (Ko et al., 2013). Antonovsky (2005) talar om att hanterbarhet kunde utgöras av resurser hos den egna personen eller människor i omgivningen som personen har förtroende till. Eklund et al. (2012) förklarar att stöd hjälpte personer med schizofreni att hantera livet, vilket uppnåddes genom närvarande familj och vänner. Antonovsky (2005) uppmärksammar att livets krav enklare kunde bemötas vid en känsla av hanterbarhet. Hanterbarhet och meningsfullhet är två viktiga beståndsdelar i begreppet KASAM, som innebär känsla av sammanhang. Som hälso- och sjukvårdspersonal är det viktigt att beakta personens stolthet, värdighet och delaktighet (Nilsson et al., 2008). För att förenkla hanteringen av sjukdomen för personen som lever med schizofreni är det betydelsefullt att hälso- och sjukvårdspersonal visar intresse och engagemang för personens tillfrisknande (Eklund et al., 2012).

Begreppet livsvärld innefattar en persons upplevelse av omgivningen, vilket formar värderingar och agerande. Alla människor lever i sin egen livsvärld, vilken är verklig och självklar för den enskilda personen (Asp et al., 2016). Personer med schizofreni upplever förvirring över sin livsvärld då de kan känna att de lever i en annan värld än andra människor. Den egna världen upplevs verklig, samtidigt som resten av världen är överklig (Güner, 2014; Mauritz et al., 2009; Yang et al., 2011). Genom att ta hänsyn till livsvärlden hos en person med schizofreni kan ett gott vårdande skapas (Biley et al., 2007). För att förstå hur en människa ser på sin livsvärld och förhåller sig till hälsa, lidande, verklighet och vård är det viktigt att lyssna till personens berättelser (Dahlberg et al., 2007). En egen reflektion är att personer med schizofreni kan upplevas splittrade i sin livsvärld, därför är det viktigt att sjuksköterskor ger personer med schizofreni utrymme till att uttrycka sig för att kunna få en ökad förståelse. Mauritz et al. (2009) beskriver utebliven sympati och oförståelse som förkrossande. Moll et al. (2009) förklarar att personer med schizofreni upplever en god vård när hälso- och sjukvårdspersonal lät dem uttrycka sig fritt och visade respekt. Personer med schizofreni anser att hälso- och sjukvårdspersonal bör främja självständighet och självstyre i vårdandet (Moll et al., 2009). Det anses att kunskap om personens livsvärld är nyckeln till ett gott och personanpassat vårdande.

9. Konklusion och implikation

I detta arbete har upplevelsen av att leva med schizofreni beskrivits. Resultatet visade att personer med schizofreni lever i ensamhet, vilket kunde bero på försämrade relationer och isolering. Ensamheten kunde upplevas som förtvivlande och var smärtsam. Personer med schizofreni upplevde stigmatisering från samhället, i form av diskriminering och förutfattade meningar. Ensamhet och stigmatisering bidrog till en känsla av utanförskap. De upplevde stora förluster i livet, så som maktlöshet och hopplöshet. I kampen mot sjukdomen kunde de förlora sig själva och såg då suicid

som den enkla vägen bort från livet. Motvikt mot utanförskap och förluster var upplevelsen av att livet ändå kunde vara hanterbart och meningsfullt.

Personer med schizofreni upplevde att hälso- och sjukvårdspersonal ska visa hänsyn, lyssna samt ge utrymme för att kunna skapa ett gott vårdande. Stigmatiseringen tillsammans med okunskap ledde till oförståelse och utebliven sympati hos hälso- och sjukvårdspersonal. En ökad kunskap och undervisning om sjukdomen rekommenderas för att minska fördomarna. Fortsatt forskning om hur hälso- och sjukvårdspersonal bör bemöta personer med schizofreni efterfrågas.

Referenser

* = Resultatartiklar

Adler, M. (2011). *Psykiatrisk diagnostik*. Lund: Studentlitteratur AB.

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.

* Araten-Bergman, T., Avieli, H., Mushkin, P., & Band-Winterstein, T. (2016). How aging individuals with schizophrenia experience the self-etiology of their illness: a reflective lifeworld research approach. *Aging & Mental Health*, 20(11), 1147–1156. Doi: 10.1080/13607863.2015.1063110

Asp, M., & Fagerberg, I. (2016). Begreppsutveckling på livsvärldsfenomenologisk grund. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s.65–77). Lund: Studentlitteratur AB.

* Avieli, H., Mushkin, P., Araten-Bergman, T., & Band-Winterstein, T. (2016). Aging With Schizophrenia: A Lifelong Experience of Multidimensional Losses and Suffering. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2), 230-236. Doi: 10.1016/j.apnu.2015.11.005

* Barut, J.K., Dietrich, M.S., Zaroni, P.A., & Ridner, S.H. (2016). Sense of Belonging and Hope in the Lives of Persons with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2), 178–184. Doi: 10.1016/j.apnu.2015.08.009

Biley, F.C., & Galvin, K.T. (2007). Lifeworld, the arts and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(8), 800-807. Doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01196.x

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(2), 170–177. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00509.x

Carlsson, S., & Eiman, M. (2003). Evidensbaserad omvårdnad – studiematerial för undervisning inom projektet ”evidensbaserad omvårdnad – ett samarbete mellan universitetssjukhuset MAS och Malmö Högskola”, (Rapport nr 2). Malmö: Fakulteten för Hälsa och Samhälle, Malmö Högskola.

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2007). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur AB.

* Eklund, M., Hermansson, A., Håkansson, C. (2012). Meaning in Life for People with Schizophrenia: Does it Include Occupation? *Journal of Occupational Science*, 19(2), 93-105. Doi: 10.1080/14427591.2011.605833

- 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. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 75(4), 375–386. Doi: 10.1521/psyc.2012.75.4.375.
- Folsom, D.P., Lebowitz, B.D., Lindamer, L.A., Palmer, B.W., Patterson, T.L., & Jeste, D.V. (2006). Schizophrenia in late life: emerging issues. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(1), 45–52.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur AB.
- * Güner, P. (2014). Illness Perception in Turkish Schizophrenia Patients: A Qualitative Explorative Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(6), 405–412. Doi: 10.1016/j.apnu.2014.08.016
- Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad* (s.472-479). Lund: Studentlitteratur AB.
- Hjärnfonden. (2016). *Schizofreni*. Hämtad 2017-04-07, från <http://www.hjarnfonden.se/wp-content/uploads/2015/03/Schizofreni.pdf>
- * Irarrázaval, L. (2015). The lived body in schizophrenia: transition from basic self-disorders to full-blown psychosis. *Frontiers in psychiatry*, 6(9), 1-7. Doi: 10.3389/fpsy.2015.00009
- * Ko, C-J., Smith, P., Liao, H-Y., & Chiang, H-H. (2013). Searching for reintegration: life experiences of people with schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3/4), 394–401. Doi: 10.1111/jocn.12169
- Langius, A., & Björvell, H. (2001). The applicability of the Antonovsky Sense of Coherence Scale to a group of Pentecostalists. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 15(2), 190-192. Doi:10.1046/j.1471-6712.2001.00025.x
- * Le Lievre, J.A., Schweitzer, R.D., & Barnard, A. (2011). Schizophrenia and the Progression of Emotional Expression in Relations to Others. *Qualitative Health Research*, 21(10), 1335–1346. Doi: 10.1177/1049732311406448
- Mattsson, M. (2014). Psykoser. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – På grundläggande nivå* (s.129–161). Lund: Studentlitteratur AB.

- * Mauritz, M., & van Meijel, B. (2009). Loss and Grief in Patients With Schizophrenia: On Living in Another World. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(3), 251–260. Doi: 10.1016/j.apnu.2008.06.006
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. (2008). Schizophrenia: A concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. *Epidemiologic Review*, 30(1), 67–76. Doi: 10.1093/epirev/mxn001
- * Mizuno, E., Iwasaki, M., Sakai, I., & Kamizawa, N. (2015). Experiences of Community-Dwelling Persons Recovering From Severe Mental Illness. *Archives of Psychiatric Nursing* 29(2), 127–131. Doi: 10.1016/j.apnu.2014.12.001
- * Moll, M.F., & Saeki, T. (2009) Social Life of People with Diagnosis of Schizophrenia, Attended at a Psychosocial Care Center. *Revista latino-americana de enfermagem*, 17(16), 995-1000. Doi: 10.1590/S0104-11692009000600011
- * Nilsson, B., Nåden, D., & Lindström, U.A. (2008) The tune of want in the loneliness melody – loneliness experienced by people with serious mental suffering. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(2), 161-169. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00508.x
- Overton, S.L., & Medina, S.L. (2008). The Stigma of Mental Illness. *Journal of Counseling & Development*, 86(2), 143-151. Doi: 10.1002/j.1556-6678.2008.tb00491.x
- Palmer, B.A., Pankratz, V.S., & Bostwick, J.M. (2005). The Lifetime Risk of Suicide in Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 62(3), 247–253. Doi: 10.1001/archpsyc.62.3.247
- Salzmann-Erikson, M., Rydlo, C., & Wiklund Gustin, L. (2016). Getting to know the person behind the illness – the significance of interacting with patients hospitalized in forensic psychiatric settings. *Journal of Clinical Nursing*, 25(9–10), 1426-1434. Doi: 10.1111/jocn.13252
- Schizofreniförbundet. (u.å). *Negativa symtom*. Hämtad 2017-04-07, från <http://www.schizofreniforbundet.se/Erfarenheter/Schizofreni/Diagnos/Symtom/Bortfallssymtom/>
- Schizofreniförbundet. (u.å). *Positiva symtom*. Hämtad 2017-04-07, från <http://www.schizofreniforbundet.se/Erfarenheter/Schizofreni/Diagnos/Symtom/Tillaggssymtom/>
- SFS 1998:204. *Personuppgiftlagen*. Stockholm: Justitiedepartementet.

SFS 2003:460. *Lagen om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

* Shepherd, S., Depp, C.A., Harris, G., Halpain, M., Palinkas, L.A., & Jeste, D.V. (2012). Perspectives on schizophrenia over the lifespan: A qualitative study. *Schizophrenia bulletin*, 38(2), 295-303. Doi: 10.1093/schbull/spq075

Sponheim, S.R., Jung, R.E., Seidman, L.J., Mesholam-Gately, R.I., Manoach, D.S., O'Leary, D.S., ... Schultz, S.C. (2010). Cognitive deficits in recent-onset and chronic schizophrenia. *Journal of psychiatric research*, 44(7), 421-428. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2009.09.010

Svenska Psykiatriska Föreningen. (2009). *Schizofreni – kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Stockholm: Gothia Förlag AB.

Van Os, J., & Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *The Lancet*, 374, 635–645. Doi: 10.1016/s0140-6736(09)60995-8

Van Os, J., Rutten, B. P. F., Poulton, R. (2008). Gene-environmental interactions in schizophrenia: Review of epidemiological findings and future directions. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1066–1082. Doi: 10.1093/schbul/sbn117

Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examenarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 481-496). Lund: Studentlitteratur AB.

Walsh, J., Hochbrueckner, R., Corcoran, J., & Spence, R. (2015). The lived experience of schizophrenia: A systematic review of meta-synthesis. *Social Work in Mental Health*, 14(6), 607–624. Doi: 10.1080/15332985.2015.1100153

World Health Organization. (2016). *Schizophrenia*. Hämtad 2017-02-22, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>

* Yang, C-T., Narayanasamy, A., & Chang, S-L. (2011). Transcultural spirituality: the spiritual journey of hospitalized patients with schizophrenia in Taiwan. *Journal of advanced nursing*, 68(2), 358–367. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05747.x

Tabell 2: Sökordsöversikt

Sökord	Cinahl	PsycINFO	PubMed
Schizofreni	Schizophrenia (Cinahl Headings)	Schizophrenia (Thesaurus)	Schizophrenia (MeSH)
Upplevelse	Experience (Abstract)	Experience (Abstract)	Experience (Title/Abstract)
Liv	Life (Abstract)	Life (Abstract)	Life (Title/Abstract)
Kvalitativ	Qualitative (fritext)	Qualitative (fritext)	Qualitative (fritext)

Tabell 3: Sökhistorik

Datum	Databas	Sökord/Limits/ Boolska operatorer	Antal träffar	Lästa abstrakt	Granskade artiklar	Resultat artiklar
2017-03-07	Cinahl	(MM "Schizophrenia") AND AB experience AND qualitative Limiters: Published Date: 20070101–20171231; English Language; Peer Reviewed; Research Article	58	9	3	3
2017-03-07	PsycINFO	MJSUB.EXACT("Schizophrenia") AND ab(experience) AND qualitative Limits: Peer reviewed, After 2006, Language English, Qualitative study	179 (3*)	37	10	6
2017-03-07	PubMed	(schizophrenia[MeSH Major Topic]) AND experience[Title/Abstract] AND qualitative Limits: Published Date: last 10 years; Abstract available	75 (5*)	9	1	1
2017-03-08	Cinahl	(MM "Schizophrenia") AND AB life AND qualitative Limiters: Published Date: 20070101–20171231; English Language; Peer Reviewed; Research Article	29 (8*)	21	3	2
2017-03-08	PsycINFO	MJSUB.EXACT("Schizophrenia") AND ab(life) AND qualitative Limits: Peer reviewed, After 2006, Language English, Qualitative study	116 (9*)	33	3	2
2017-03-08	PubMed	(schizophrenia[MeSH Major Topic]) AND life[Title/Abstract] AND qualitative Limits: Published Date: last 10 years; Abstract available	57 (5*)	22	0	0
		Totalt:	514	131	20	14

* = Dubletter

Tabell 4: Artikelöversikt

Artikel 1

Referens	Araten-Bergman, T., Avieli, H., Mushkin, P., & Band-Winterstein, T. (2016). How aging individuals with schizophrenia experience the self-etiology of their illness: a reflective lifeworld research approach. <i>Aging & Mental Health</i> , 20(11), 1147–1156. Doi: 10.1080/13607863.2015.1063110
Land Databas	Israel PsycINFO
Syfte	Syftet var att utveckla kunskapen om äldre människors uppfattning om sin sjukdom schizofreni och bakomliggande orsaker.
Metod: Design	Kvalitativ metod Reflektiv livsvärldsfenomenologisk design
Urval	18 deltagare, 11 män och 7 kvinnor. Inklusionskriterier: över 60 år, fått diagnosen schizofreni innan de fyllt 40 år, boende i samhället samt vara mentalt, verbalt och kognitivt kapabel till att utföra en djupgående intervju.
Datainsamling	Djupgående semi-strukturerade fenomenologiska intervjuer. Längden på intervjun var mellan en till två timmar, men anpassades individuellt. Alla intervjuer spelades in och översattes ordagrant till text.
Dataanalys	Under studien skrev alla forskare dagbok kring tankar och känslor som uppkommit. Intervjuerna bearbetades flera gånger och forskarna fick fram meningsenheter som fokuserade på studiens fenomen. Meningsenheterna bildade mönster vilket genererade i teman. Forskarna hade under studiens gång en dialog med varandra för att tolkningarna skulle överensstämma med varandra.
Bortfall	Bortfall ej angivet
Slutsats	För äldre personer med schizofreni sågs sökandet av sjukdomsorsaken som en strategi för att nå mening i livet och minska känslan av att leva med en olöst gåta. Sökandet efter sjukdomsorsaken blev allt mer centralt i deras liv när de blev äldre. De fokuserade på schizofreni som en traumatisk livshändelse istället för den medicinska förklaringen. Personer med schizofreni betraktade sig själva som ensamvargar i sökandet efter svar om sin sjukdom utan andra personers hjälp. Ett sätt för deltagarna att beskriva sin sjukdom var genom att beskriva deras öde som förutbestämt av en högre makt. De talar om guds vilja och att den ska accepteras för att kunna uppnå fred med sjukdomen. Schizofreni som ett resultat av handlingar var ansågs vara en vanlig sjukdomsorsak enligt deltagarna. Genom att ändra sin relation med gud och världen kunde det leda till ett gott liv efter döden och en plats i himlen. I vissa kulturer ansågs magisk häxkraft vara en anledning till sjukdomen. Ett genetiskt ursprung och sjukdom på grund av traumatiska livshändelser var andra förklaringar till sjukdomsuppkomsten,
Vetenskaplig kvalitet	81,25% Grad I

Artikel 2

Referens	Avieli, H., Mushkin, P., Araten-Bergman, T., & Band-Winterstein, T. (2016). Aging With Schizophrenia: A Lifelong Experience of Multidimensional Losses and Suffering. <i>Archives of Psychiatric Nursing</i> , 30(2), 230–236. Doi: 10.1016/j.apnu.2015.11.005
Land Databas	Israel PsycINFO
Syfte	Syftet med studien var upptäcka den subjektiva upplevelsen i lidandet av att åldras med schizofreni.
Metod: Design	Kvalitativ metod Fenomenologisk design
Urval	18 deltagare, 11 män och 7 kvinnor. Inklusionskriterier: över 60 år, fått diagnosen schizofreni innan de fyllt 40 år, boende i samhället samt vara mentalt, verbalt och kognitivt kapabel till att utföra en djupgående intervju.
Datainsamling	Djupgående semi-strukturerad intervju, strukturerad utefter en intervjuguide. Fyra områden ingick i intervjuerna som belyser självupplevelse och upplevelse av sjukdomen. Intervjuerna spelades in.
Dataanalys	Intervjuerna översattes till text. Alla forskare har under studiens gång skrivit dagbok kring tankar och känslor som uppkommit. Alla forskare var involverade i analysen. Varje forskare kodade och kategoriserade innehållet självständigt, därefter jämfördes och diskuterades innehållet i grupp. Fyra huvudteman med nio subkategorier uppkom.
Bortfall	Bortfall ej angivet
Slutsats	En tydlig skillnad mellan livet innan sjukdomen och efter sjukdomen kunde ses i de sociala relationerna. En förlorad chans till kärlek upplevdes och det beskrevs som den största tragedin. Att leva utan kärlek ansågs vara förutbestämt. Förlorade relationer till föräldrar upplevdes, där föräldrarna kunde se personen med schizofreni som en tortyr och skräp. Känslan av att alltid vara ensam var vanligt förekommande. Längtan efter att ha ett eget, oövervakat boende var stor. Att leva i ett skyddat boende resulterade i begränsningar och restriktioner vilket minskade känslan av frihet. Schizofreni sågs som en tortyr att leva med. Vanföreställningar och hörselhallucinationer ledde till plåga. Sjukdomen schizofreni försämrade även framtidsutsikter, där chansen för en lovande karriär och utbildning var bristfällig. Detta resulterar även i försämrade självkänsla, ekonomisk situation och social status. Sjukdomens lidande berodde inte endast på symtomen, utan kunde även vara ett resultat av medicinen. Medicinen kunde leda till en inre tomhet och minskad energi. Brist på uppmärksamhet, oförmåga att kontrollera kroppen och en känsla av hjälplöshet var andra biverkningar.
Vetenskaplig kvalitet	87,5% Grad I

Artikel 3

Referens	Barut, J.K., Dietrich, M.S., Zaroni, P.A., & Ridner, S.H. (2016). Sense of Belonging and Hope in the Lives of Persons with Schizophrenia. <i>Archives of Psychiatric Nursing</i> , 30(2), 178–184. Doi: 10.1016/j.apnu.2015.08.009
Land Databas	USA PsycINFO
Syfte	Syftet med studien var att utforska känslan av tillhörighet och hopp i upplevelsen av att leva med kronisk schizofreni. Det andra syftet var att bistå med förståelse för patientens syn på behandlingen.
Metod: Design	Kvalitativ metod Fenomenologisk design
Urval	20 engelskspråkiga deltagare med diagnosen kronisk schizofreni, 13 män och 7 kvinnor. Deltagarna var mellan 18 och 65 år och var vid intervjutillfället hospitaliserade. Deltagarna inkluderades om de varit inlagda på sjukhus minst två gånger och mottagit behandling i över ett år. Deltagarna exkluderades om schizofrenin är substansutlöst eller om behandlingen fokuserar på drog- eller alkoholrehabilitering. Möjlighet till verbal kommunikation var nödvändig, för att deltagarna skulle kunna lämna informerat samtycke.
Datainsamling	Semi-strukturerade intervjuer som spelades in, vilket deltagarna gav sitt medgivande till.
Dataanalys	En person fullföljde alla intervjuer och sedan översattes de inspelade intervjuerna till text. Personen som utförde intervjuerna jämförde det inspelade mot texten för att finna eventuella avvikelser. Därefter satt varje forskare var för sig och kodade texten, varpå de alla träffades i grupp för att identifiera ytterligare koder.
Bortfall	1 av 20 = 5 % bortfall
Slutsats	Personer med schizofreni känner sig ofta annorlunda och inte accepterad för den de är. Känslan av att inte tillhöra i ett sammanhang kunde leda till en känsla av isolering och ensamhet. Detta resulterade i en längtan att kunna prata med andra människor för att kunna uppleva en acceptans och förståelse av dem. Istället kände de sig värdelösa och lämnade. Detta resulterade i en känsla av maktlöshet då de har en önskan om att delta i sammanhang, men vet inte hur. Att befinna sig i en ensamhet med schizofreni kunde leda till en känsla av galenskap. Personer med schizofreni upplever många gånger en hopplöshet och har mist ambitionen att uppnå mål i livet. Att uppleva en psykos var en extrem upplevelse och ledde till förlorat hopp om framtiden. Suicid sågs som den lättaste utvägen ur ett problematiskt liv. I de mest ensamma och desperata stunderna var tron på gud deras styrka och utan kontakt med gud fanns inget hopp. Ett liv med hopp gav personer med schizofreni en anledning till att leva. Att vara del i ett sammanhang gav livet en mening och tillhörighet kunde göra livet mer hanterbart. Tillhörighet beskrev som att vara en del av någon och få samspela med andra. Tillhörighet kan upplevas genom att få stöd av andra, men även genom möjligheten att kunna ge stöd tillbaka. Ibland kunde tillhörighet upplevs genom att interagera med andra människor med samma sjukdom. Att umgås med andra människor kunde hjälpa dem hantera sina symtom eller till och med minska dem. Även medicinen kunde hjälpa dem hantera symtomen och göra det mer möjligt för dem att passa in i sociala situationer.
Vetenskaplig kvalitet	91,6% Grad I

Artikel 4

Referens	Eklund, M., Hermansson, A., Håkansson, C. (2012). Meaning in Life for People with Schizophrenia: Does it Include Occupation? <i>Journal of Occupational Science</i> , 19(2), 93-105. Doi: 10.1080/14427591.2011.605833
Land Databas	Sweden PsycINFO
Syfte	Syftet med studien var att beskriva vad som ger mening i livet för personer med schizofreni, baserat på antagandet att sysselsättningen inte behöver vara en del av det.
Metod: Design	Kvalitativ metod Deskriptiv tolkande design
Urval	10 deltagare, fem män och fem kvinnor med diagnosen schizofreni i minst två år. Deltagarna inkluderades om de var i arbetande ålder, det vill säga 18–65 år. Samtliga deltagare var boende i egen lägenhet. Ingen av dem hade någon regelbunden daglig sysselsättning.
Datainsamling	Semi-strukturerade intervjuer med öppna frågor. Intervjuerna spelades in, vilket godkändes av samtliga deltagare.
Dataanalys	Transkripten lästes ett flertal gånger av forskarna för att få en helhetsbild. Därefter plockades meningsenheter ut som poängterar viktiga delar i texten. Nästa steg var att meningsenheterna kortades ner och skrevs ner. För att skapa en klar bild av intervjuerna sattes meningsenheterna ihop till kategorier.
Bortfall	Bortfall ej angivet
Slutsats	Ett socialt liv sågs som ett måste för att överleva i världen. Flera deltagare förklarade att deras liv var mer innehållsrikt innan insjuknandet. Sociala kontakter bidrog till ett mer meningsfullt liv. Familj, vänner och släktingar ingav en känsla av ett meningsfullt liv. Resor och stora händelser i livet, som barn och giftermål skapade mening i livet. Genom att känna hälsa kunde personer med schizofreni finna mening i livet. En viktig del i att finna mening i livet var lugn i själen och inre balans. Även trygghet var en viktig faktor, samtidigt som ett välfungerande vardagsliv, med hopp om ett jobb i framtiden kunde leda till mening i livet. Det var viktigt för personer med schizofreni att kunna utöva sina intressen. Att känna sig behövd och kunna göra skillnad prioriterades högt. Attityden hos familj, läkare, medicinering, deltagaren själv och en religiös vägledare var viktig i tillfrisknandet.
Vetenskaplig kvalitet	91,6% Grad I

Artikel 5

Referens	Güner, P. (2014). Illness Perception in Turkish Schizophrenia Patients: A Qualitative Explorative Study. <i>Archives of Psychiatric Nursing</i> , 28(6), 405–412. Doi: 10.1016/j.apnu.2014.08.016
Land Databas	Turkiet Cinahl
Syfte	Syftet med studien var att undersöka hur personer med schizofreni uppfattar sjukdomen.
Metod: Design	Kvalitativ metod Deskriptiv design
Urval	9 personer diagnostiserade med schizofreni enligt DSM-IV. Deltagarna var över 18 år, hade inga pågående symtom och aktiva i en förening. Personer som inte kunde besvara frågor samt hade språk- & kommunikationssvårigheter exkluderades.
Datainsamling	Djupgående intervjuer med semi-strukturerade frågor som pågick 30–60 minuter. Intervjuerna spelades in för att senare kunna skriva ner det som sagts.
Dataanalys	En konventionell innehållsanalys användes för kodning och identifiering av kategorier och teman. Data bearbetades flertal gånger för att finna underliggande teman av sjukdomen.
Bortfall	Bortfall ej angivet
Slutsats	Studien förklarar att sjukdomen påverkade det sociala livet hos personer med schizofreni. Under svåra tider där de inte upplevde något stöd kunde detta skapa en stor smärta. Personer med schizofreni upplevde att sjukdomen ledde till lägre rank i samhället och en förlorad social status. De tyckte att en förändrad uppfattning i samhället skulle leda till ökade möjligheter och minskade problem. Att bli ses som en börda för samhället ledde till ilska och smärta hos personer med schizofreni. De kunde uppleva att de inte förstod dem då de inte vet vad de går igenom. Schizofrenin kunde leda till tankar om suicid och att skulle ta slut på ångesten. På grund av deras sjukdom kunde de inte få utbildning eller en partner. Att be till gud kunde hjälpa dem och de blir friska om gud vill det. Personer som lever med schizofreni var nöjda med sitt tillstånd och ville inte byta det mot något annat. Personer med schizofreni kunde ha svårt att förstå orsaken till schizofreni. Orsaker som var definierade var svåra sociala förhållanden, akademiska misslyckanden, guds vilja, ogynnsam hälsa, personlighetsdrag eller en kombination av dessa. Familjen spelade en stor roll i återhämtandet. Medicineringen ansågs vara viktigt för att undvika återfall. De förstod även sitt egna ansvar för sin egen återhämtning. Medicinen kunde dock leda till minskad energi. En del personer uttryckte missnöje över den vård de erhållit.
Vetenskaplig kvalitet	91,6% Grad I

Artikel 6

Referens	Irarrázaval, L. (2015). The lived body in schizophrenia: transition from basic self-disorders to full-blown psychosis. <i>Frontiers in psychiatry</i> , 6(9), 1–7. Doi: 10.3389/fpsyt.2015.00009
Land Databas	Chile PsycINFO
Syfte	Syftet med studien var att klargöra aspekter relaterade till diagnosen schizofreni och att uppnå större förståelse för sjukdomen i syfte till att bidra till förebyggande och psykoterapeutiska interventionsmodeller.
Metod: Design	Kvalitativ metod Utforskande deskriptiv design
Urval	15 patienter med schizofreni som var inlagda första gången på en psykiatrisk avdelning. Samtliga deltagare var män mellan 18 och 25 år. Samtliga deltagare behandlades farmakologiskt för sin schizofreni vid intervjutillfället.
Datainsamling	Djupgående intervjuer med öppna frågor. Utöver intervjuerna ställdes semi-strukturerade fenomenologiska frågor för att undersöka avvikelser i självet. Denna metod kallas EASE vilket står för ”The examination of anomalous self-experience”. Uppskattningsskalan PANSS (The positive and negative syndrome scale) som undersöker svårighetsgraden av symtom användes även vid dessa tillfällen. Datainsamlingen utfördes vid fem olika tillfällen.
Dataanalys	Forskaren läste hela texten som översatts från intervjun för att skapa en helhetssyn. Därefter läste forskaren texten igen mer noggrant för att finna meningsenheter. Sedan kombinerades enheterna för att skapa en ny helhet. EASE översattes till spanska av andra forskare och granskades av forskarteamet. Även PANSS analyserades av forskarna, först självständigt sedan i grupp för en ökad validitet.
Bortfall	Bortfall ej angivet
Slutsats	Personer med schizofreni hade distanserat sig från sina vänner då de upplevde en svårighet till att relatera till människor. De kände en ständig rädsla över att andra människor skulle skada eller mörda dem. De kunde inte lita på andra människor. Samtidigt upplever de att de inte vill vara en börda för andra människor. Vid akuta faser av schizofreni har patienter en avvikande självupplevelse och kroppen upplevs främmande. Det förklaras som att någon annan besitter kroppen. De talar om röster som säger väldigt hemska ord eller som inte går att uppfatta. Ord repeteras och kan höras överallt. Rösterna kunde även leda till känslan att begå suicid. I svåra stunder kunde personer med schizofreni finna svar i bibeln.
Vetenskaplig kvalitet	81,25% Grad I

Artikel 7

Referens	Ko, C-J., Smith, P., Liao, H-Y., & Chiang, H-H. (2013). Searching for reintegration: life experiences of people with schizophrenia. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 23(3/4), 394–401. Doi: 10.1111/jocn.12169
Land Databas	Taiwan PsycINFO
Syfte	Studiens syfte var att förstå hur människor med kronisk schizofreni upplever sin sjukdom.
Metod: Design	Kvalitativ metod Fenomenologisk design
Urval	Ändamålsenligt homogent urval där 15 deltagare valdes. 30–64 år. Alla hade diagnosen schizofreni. Deltagarna skulle inte ha några akuta symtom av psykos. De skulle vara boende i samhället, kunna kommunicera verbalt om deras upplevelse samt kunde lämna informerat samtycke.
Datainsamling	Semi-strukturerad djupgående individuell intervju i 60-120 min som även spelades in. Deltagarna skrev även dagböcker och forskarna utförde observationer av deltagarna.
Dataanalys	Beskrivande fenomenologisk analys. Intervjuerna översattes till text. Forskarna har bearbetat intervjuerna själva samt diskuterat innehållet i grupp för att hitta gemensamma nämnare i kronologisk ordning.
Bortfall	Bortfall ej angivet
Slutsats	Sjukdomen kunde leda till rädsla och osäkerhet. Övernaturliga krafter kunde hjälpa dem finna en inre frid. Buddha var en högre makt som deltagarna i denna studie kunde vända sig till när de var ledsna. Sjukdomen kunde ses som en synd från det förra livet, som en sorts karma. Meningsfulla relationer i deras liv kunde ge dem glädje och inge ett hopp om framtiden. Hälsa prioriterades högt även vid studier, där utbildningen fick ta den tid som behövdes. Genom att finna strategier för att hantera sjukdomen kunde de utveckla sin självständighet. Personer med schizofreni uppskattade när hälso- och sjukvårdspersonal såg dem som vänner.
Vetenskaplig kvalitet	83,3% Grad I

Artikel 8

Referens	Le Lievre, J.A., Schweitzer, R.D., & Barnard, A. (2011). Schizophrenia and the Progression of Emotional Expression in Relations to Others. <i>Qualitative Health Research</i> , 21(10), 1335–1346. Doi: 10.1177/1049732311406448
Land Databas	Australien PsycINFO
Syfte	Syftet med studien var att öka förståelsen av upplevelsen av att vara diagnostiserad med schizofreni.
Metod: Design	Kvalitativ metod Deskriptiv fenomenologisk design
Urval	7 vuxna mellan 30–55 år deltog och bestod av 3 kvinnor och 4 män. Deltagarna är personer diagnostiserade med schizofreni utifrån DSM. Deltagarna ska vara utskrivna från ett sjukhus inom de fyra senaste månaderna, vilket inte fick bero på första psykosen. Deltagarna skulle vara frivilliga och ha förmågan till att delta i en djupgående intervju.
Datansamling	Intervjuer utfördes varannan till var tredje månad i högst 12 månader, cirka 60 min per intervju.
Dataanalys	Datansamlingen uppdagade teman av intervjuaren, som sedan presenterade data för övriga forskare. Den insamlade datan diskuterades gemensamt och teman formades.
Bortfall	2 av 9 = 22% bortfall
Slutsats	Deltagarna i studien tog distans i sociala sammanhang för att undvika konflikter, förvirring och missförstånd. De fick ofta en känsla av att vara avskilda från andra vid konversationer samt att andra människor inte ville lyssna. För att minska ångest som uppkom med schizofreni sågs emotionell distans och fysisk isolering som ett alternativ. De kände sig ofta missförstådda och fientligt bemötta av både familj och vänner. För att de skulle kunna känna sig bekräftade och accepterade krävdes delaktighet i andras liv genom delade upplevelser, vilket även ledde till positiva tankar. Det fanns hopp om framtiden om personer med schizofreni kunde fokusera på sig själva och applicera sig i nutid och framtid. När det fanns tydliga mål i livet var det enklare att hitta en riktning och mening med livet.
Vetenskaplig kvalitet	83,3% Grad I

Artikel 9

Referens	Mauritz, M., & van Meijel, B. (2009). Loss and Grief in Patients With Schizophrenia: On Living in Another World. <i>Archives of Psychiatric Nursing</i> , 23(3), 251–260. Doi: 10.1016/j.apnu.2008.06.006
Land Databas	Nederländerna Cinahl
Syfte	Syftet med studien var att studera upplevelsen av sorg vid schizofreni.
Metod: Design	Kvalitativ metod Grounded theory
Urval	10 patienter diagnosticerade med schizofreni, varav 9 var män och 1 kvinna. Åldern på deltagarna var mellan 21–38 år. Ett krav var att deras första psykos skulle vara inom 6 månader till 7 år från studiens start. Deltagarna behövde även ha en pågående aktiv behandling, samt vara förmögna till verbal kommunikation. De fick inte ha en pågående depression eller psykos, samt vara myndigförklarade.
Datansamling	10 semi-strukturerade intervjuer upp till 60 min. Tre områden belystes under intervjuerna: Interna förluster, externa förluster och sorg.
Dataanalys	Insamling och analys var en cykelprocess, där de tre första genomförda intervjuerna analyserades och la grunden för resterande intervjuer. Ett datorprogram användes för kvalitativ textanalys, vilket tog fram meningsenheter. Dessa jämfördes sedan med forskarnas egna resultatanalys.
Bortfall	Bortfall ej angivet
Slutsats	Schizofreni medförde bristande socialt nätverk, där vänner, bekanta och familj förlorades. Detta kunde leda till en känsla av ensamhet och isolering, vilket kunde bero på kommunikationshinder och att sociala sammanhang undveks. Personerna med schizofreni upplevde att de lever i en annan värld än friska människor. De upplevde också en påverkan och begränsning av arbete, studier och det dagliga livet. De kunde inte längre lite på sig själva, sina observationer och tankar då en psykos ofta skapade förvirring. En viktig källa till hopp och liv var att känna mening i livet. Att kunna acceptera sjukdomen och skapa en förståelse av sjukdomsförloppet var viktigt för deltagarna.
Vetenskaplig kvalitet	83,3% Grad I

Artikel 10

Referens	Mizuno, E., Iwasaki, M., Sakai, I., & Kamizawa, N. (2015). Experiences of Community-Dwelling Persons Recovering From Severe Mental Illness. <i>Archives of Psychiatric Nursing</i> 29(2), 127–131. Doi: 10.1016/j.apnu.2014.12.001
Land Databas	Japan Cinahl
Syfte	Studiens syfte var att beskriva hur deltagarna upplever sitt liv.
Metod: Design	Kvalitativ metod Fenomenologisk design
Urval	16 deltagare diagnosticerade med schizofreni. 11 deltagare var män och 5 kvinnor där alla var mellan 26–60 år. Ett kriterium var att deltagarna skulle få fortsatt behandling från diagnostillfället.
Datainsamling	Semi-strukturerade intervjuer som varade mellan 45–60 minuter.
Dataanalys	Studien analyserades dels utifrån hur deltagarna reflekterade över deras förflutna och hur de ser på deras återhämtning av sjukdomen. Intervjuerna översattes från inspelat band till skrift. Forskarna har vid upprepade tillfällen bearbetat texten, både enskilt och tillsammans för att hitta koder samt helhetskontexter.
Bortfall	Bortfall ej angivet
Slutsats	Personer med schizofreni upplevde sig som annorlunda och stigmatiserade, där andra hade förutfattade meningar och negativa tankar om sjukdomen. Där fanns en vilja till att bättre kunna smälta in och känna tillhörighet och delaktighet i samhället. För att känna hopp var det nödvändigt att inse att ingen annan kunde påverka livet. Att inte jämföra sig med andra, att acceptera situationen och att vilja göra framsteg var viktiga faktorer till ett förbättrat liv.
Vetenskaplig kvalitet	87,5% Grad I

Artikel 11

Referens	Moll, M.F., & Saeki, T. (2009) Social Life of People with Diagnosis of Schizophrenia, Attended at a Psychosocial Care Center. <i>Revista latino-americana de enfermagem</i> , 17(16), 995-1000. Doi: 10.1590/S0104-11692009000600011
Land Databas	Sao Paulo PsycINFO
Syfte	Syftet var att undersöka det sociala livet med diagnosen schizofreni vid ett psykosocialt omvårdnadscenter samt identifiera hur den terapeutiska processen har bidragit till deras sociala liv.
Metod: Design	Kvalitativ metod Utforskande deskriptiv design
Urval	12 deltagare mellan 18 och 40 år som lever med diagnosen schizofreni. Deltagarna ska vara registrerade på ett psykosocialt omvårdnadscenter. Inför urvalet lästes patientjournaler för att välja passande deltagare utefter inklusionskriterier.
Datainsamling	Semi-strukturerade intervjuer som spelades in med deltagarnas informerade samtycke.
Dataanalys	Insamlade data bearbetades en gång för att få en helhetssyn. Därefter översattes inspelningarna till text. Sedan gjordes en tematisk analys där kategorier skapades.
Bortfall	Bortfall ej angivet
Slutsats	Sjukdomen schizofreni upplevdes medföra svårigheter med relationer. Närvaron av vänner och familj blev sällsynt, vilket medförde en känsla av ensamhet. De hade även svårt att skapa nya relationer samt att delta i sociala sammanhang. Studien visade även på svårigheter på arbetsmarknaden. Personer med schizofreni upplevde svårigheter i att skaffa eller behålla jobb efter de fått diagnosen. Medicinering för schizofreni hade stor påverkan i deltagarnas liv, vilket kunde visas genom trötthet och svaghet. Synen var varierande med både positiva och negativa upplevelser. Deltagarna uttryckte en önskan om mer fokus på autonomi i vid sjukhusvistelser, samt en sjukhusmiljö fri från dömande hälso- och sjukvårdspersonal.
Vetenskaplig kvalitet	77% Grad II

Artikel 12

Referens	Nilsson, B., Nåden, D., & Lindström, U.A. (2008) The tune of want in the loneliness melody – loneliness experienced by people with serious mental suffering. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 22(2), 161-169. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00508.x
Land Databas	Finland Cinahl
Syfte	Syftet med artikeln är att utveckla kunskapen om ensamhet för patienter lever med en psykisk sjukdom och är ensamboende.
Metod: Design	Kvalitativ metod Utforskande deskriptiv design
Urval	8 patienter med diagnosen schizofreni, mellan 20 och 50 år. Deltagarna ska sedan tidigare varit inlagda på en psykiatrisk avdelning och vara ensamboende. De ska ha regelbunden kontakt med en psykiatrijuksköterska. Deltagarna exkluderas om de hade en familjemedlem som inneboende eller en aktiv psykos under intervjun.
Datainsamling	Datainsamling har pågått under ett år. Det första steget var observationer av deltagarna i deras hem tillsammans med en psykiatrijuksköterska. Observationerna fokuserade hur de uttryckte ensamheten i hemmet. Därefter utfördes en intervju med fokus på beskrivning av livsvärlden för att skapa en förståelse av ensamheten.
Dataanalys	Hermeneutiskt perspektiv har använts vid tolkning men ingen specifik analysmetod har använts. Forskarna antog en öppenhet för att nå den djupaste nivån av analysen.
Bortfall	Bortfall ej angivet
Slutsats	Studien visade att personer med schizofreni kände sig ensamma, upplever sig övergivna samt exkluderade från ett normalt liv då vänner hade försvunnit efter insjuknandet. De kände sig ofta annorlunda från andra, vilket medför en ökad risk till att ge upp hoppet om ett socialt liv. Det fanns även en avsaknad av känslan av trygghet och hemtrevnad då deltagarna inte hade någon makt över boendesituationen. Sjukdomen innebar att höra röster, vilket ibland ledde till tankar om suicid eller avvikande beteenden. Deltagarna kände glädje och hopp när de kunde möta andra personer på ett sätt där de kände sig välkomna, tillhörande och accepterade. Upplevelsen av sjukhusvistelser var oftast negativa då hälso- och sjukvårdspersonal kunde beröva friheten till medbestämmande och värdighet genom tång och maktutövande.
Vetenskaplig kvalitet	85% Grad I

Artikel 13

Referens	Shepherd, S., Depp, C.A., Harris, G., Halpain, M., Palinkas, L.A., & Jeste, D.V. (2012). Perspectives on schizophrenia over the lifespan: A qualitative study. <i>Schizophrenia bulletin</i> , 38(2), 295-303. Doi: 10.1093/schbull/spq075
Land Databas	USA PubMed
Syfte	Syftet med studien var att öka förståelse för äldres perspektiv på schizofreni och hur deras upplevelse av sjukdomen har ändrats över tid samt deras förväntningar på framtiden.
Metod: Design	Kvalitativ metod Grounded theory
Urval	32 deltagare med diagnosen schizofreni valdes ut, 13 kvinnor och 19 män. De skulle vara över 50 år, vara förmögna till att lämna informerat samtycke och godkänna att intervjun spelas in. Delatagarna skulle vara inlagda på antingen sjukhus eller vårdhem. De fick inte heller befinna sig i ett tillstånd som hindrar dem från att delta i intervjun.
Datinsamling	Semi-strukturerade intervjuer och ett demografiskt frågeformulär. Fyra öppna frågor ställdes under 45 till 60 minuter. Intervjuerna spelades in för att sedan transkriberas. Efter den semi-strukturerade intervjun ställdes demografiska frågor om ålder, kön, etnicitet, utbildning, levnadsförhållanden samt om när symtom uppkom och när diagnosen ställdes.
Dataanalys	Transkripten kodades individuellt av två forskare där de tog fram meningsenheter som bildade mönster. Därefter träffades forskarna i grupp för att nå konsensus om koderna. En kontrollanalys utfördes sedan på tre slumpmässigt utvalda intervjuer där granskaren bildade koder som sedan jämfördes med de tidigare koderna. Intervjuerna överensstämde till 75% vilket ansågs vara acceptabelt.
Bortfall	Bortfall ej angivet
Slutsats	Deltagarna i studien kände sig annorlunda och letade ofta en anledning till varför de fått sjukdomen schizofreni. De kände sig begränsade i det sociala livet på grund av rädsla för att bli avvisad eller diskriminering. Sjukdomen innebar även en svårighet i att ha ett arbete, vilket kunde vara orsakat av svåra symtom. Andra upplevda förluster sjukdomen medförde kunde vara maktlöshet över boendet, framtiden samt framtida familjer. För att kunna ta framsteg i livet hade vissa deltagare accepterat sin situation och var stolta över vad de hade åstadkommit. En del av acceptansen var att öka kunskapen om sjukdomen för att kunna skapa självhanteringstekniker och för att kunna hantera symtomen.
Vetenskaplig kvalitet	83,3% Grad I

Artikel 14

Referens	Yang, C-T., Narayanasamy, A., & Chang, S-L. (2011). Transcultural spirituality: the spiritual journey of hospitalized patients with schizophrenia in Taiwan. <i>Journal of advanced nursing</i> , 68(2), 358–367. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05747.x
Land Databas	Taiwan Cinahl
Syfte	Syftet var att utforska hur sjukhusvistelse och diagnosen av schizofreni påverkar taiwanesiska patienters andliga liv.
Metod: Design	Kvalitativ metod Naturalistisk design
Urval	22 patienter med diagnosen schizofreni som varit inlagda på en långsiktig rehabiliteringsenhet. Deltagarna ska vara över 20 år och ha förmågan till att koncentrera sig under minst 30 minuter. De patienter med akuta symtom som påverkade deras dagliga liv blev exkluderade. Deltagarna bestod av 12 kvinnor och 18 män.
Datainsamling	Djupgående semi-strukturerade intervjuer upp till en timma. Huvudforskaren spenderade tre till fem dagar på varje avdelning för att bli familjär med omgivningen och deltagarna. Intervjuerna skedde i tyst miljö och under kvällstid. Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant. Transkripten visades för deltagarna för att säkerställa korrekt översättning.
Dataanalys	Första steget var att identifiera övergripande idéer om informationen. Därefter granskades texten och generella teman, vilket skapade huvudteman och underteman. Sedan kartlades dessa teman i hanterbara kategorier.
Bortfall	Bortfall ej angivet
Slutsats	Deltagarna i studien kände sig isolerade, övergivna och distanserade från deras familj och vänner efter att de fått diagnosen schizofreni. De upplevde stigmatisering från omvärlden där ingen förstod vad schizofreni innebar, vilket gjorde ensamheten värre. Deltagarna hade svårt för att få jobb, och kände sig orättvist behandlade och utnyttjade till att utföra volontär- eller lågbetalda jobb. Det var svårt att hitta mening i livet på grund av utanförskapet, vilket gav en känsla av maktlöshet. Det kunde upplevas som att mänskliga rättigheter tagits ifrån dem, där bristande rättigheter och respekt beröva dem på ett normalt liv. Sjukdomen begränsade deras liv och personliga utveckling. Det fanns även en oro över framtiden. För att kunna klara av att leva med sjukdomen var det viktigt att känna självförtroende, uppskattning, hopp och att vara betydelsefull för någon.
Vetenskaplig kvalitet	89,5% Grad I

Liza Axelsson och Sara Söderblom



Besöksadress: Kristian IV:s väg 3
Postadress: Box 823, 301 18 Halmstad
Telefon: 035-16 71 00
E-mail: registrator@hh.se
www.hh.se