



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 17.02.11

Kandidatnr.: 25

Antall ord: 7009

Sammendrag:

Bakgrunn for valg/problemstilling: I møte med mennesker som har vært innlagt med psykose har jeg fått høre om deres opplevelse av verden. Forskning, teori og egne erfaringer danner grunnlaget for at jeg skal kunne svare på problemstillingen: *Hvordan kan sykepleier skape god kommunikasjon med psykotiske pasienter?*

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven var å se hvordan sykepleieren kan skape god kommunikasjon med den psykotiske pasienten, og hvordan man kan etablere et menneske-til-menneske forhold ved hjelp av gjensidig tillit.

Metode: Oppgaven ble gjennomført som en litteraturstudie, som består av systematiske gjennomgang av relevant forskning og teori.

Funn/oppsummering: Funnene i denne studien viser at den mellommenneskelige kontakten mellom sykepleier og pasient er nødvendig for kunne skape god kommunikasjon. Andre faktorer som spiller en stor rolle, er tilliten pasienten får til sykepleier. For å kunne bygge opp tillit og skape god kommunikasjon, kreves det at sykepleieren forstår pasientens språk, og at hun har evnen til å møte han der han er. Derfor kreves også god tid, tålmodighet og kunnskap.

Abstract:

Background: In the face of people who have been hospitalized with psychosis, I have been hearing about their experience of the world. Research, theory and personal experiences form the basis for me to answer the question: How can nurses make good communication with psychotic patients?

Purpose: The purpose of this study was to see how the nurse can create good communication with the psychotic patient, and how to establish a human-to-human relationship through mutual trust.

Method: The task was carried through as a literature study, which consists of the systematic review of relevant research and theory.

Results: The findings of this study show that the interpersonal contact between nurse and patient is necessary to create good communication. Other factors that play a major role, is the confidence the patient gets to the nurse. In order to build trust and create good communication requires that the nurse understands the patient's language, and that she has the ability to meet him where he is. Therefore, also requires time, patience and knowledge.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG:	2
ABSTRACT:	3
1. 0 INNLEDNING:	5
1. 1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA:.....	5
1. 2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING:	6
1. 3 BEGRUNNELSE AV VALG:.....	6
1. 4 AVGRENSING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING:	6
2. 0 BEGREPSMESSIG RAMMEVERK:	7
2. 1 PRESENTASJON AV TEORETISK PERSPEKTIV:.....	7
2. 2 RELASJON MELLOM SYKEPLEIER OG PASIENT	9
2. 3 PSYKOSE:	10
2. 4 KOMMUNIKASJON MED PSYKOTISKE:	12
3. 0 METODE:	14
3. 1 METODEN SOM BLIR BRUKT:	14
3. 2 LITTERATURSTUDIE:.....	14
3. 3 STERKE OG SVAKE SIDER VED STUDIEN:	15
3. 4 KILDEKRITIKK:.....	15
3. 5 ETISKE ASPEKTER:.....	16
3. 6 LITTERATURSØK OG VALG AV LITTERATUR:	16
3. 7 PRESENTASJON AV ARTIKLENE:	17
4. 0 DRØFTING:	19
4. 1 Å FORSTÅ PASIENTENS SPRÅK:	19
4. 2 Å BYGGE OPP ET TILLITSFORHOLD:.....	21
4. 3 Å MØTE PASIENTER DER HAN ER:.....	22
5. 0 AVSLUTNING:	25
6. 0 REFERANSELISTE:	26
VEDLEGG 1	29
VEDLEGG 2	31

1. 0 Innledning:

1. 1 Bakgrunn for valg av tema:

Jeg har valgt temaet om psykose og kommunikasjon, både fordi at jeg synes dette feltet er utrolig spennende, i tillegg til at jeg ser på det som en utfordring å kommunisere med denne gruppen pasienter.

Psykose indikerer tilstedeværelse av hallusinasjoner, vrangforestillinger, eller et begrenset antall alvorlige adferdsavvik, som kraftig eksaltasjon og overaktivitet, tydelig psykomotorisk retardasjon og kataton adferd (Statens Helsetilsyn, 2009).

Psykose kan ses på som et fenomenologisk – psykologisk begrep (Cullberg, 2005). Derfor kan man anse at en person med psykose kan ha problemer med å skille mellom den ytre verden, og personens indre vurderinger. Han vil derfor få problemer med å skille mellom ”jeget” og omgivelsene. Det er enda ikke funnet noen forklaring på etiologien omkring det som skjer i hjernen ved en psykose, men man regner med at både arv og miljø spiller inn i utviklingen av denne lidelsen (Johannesen, 2006). Gjennom kommunikasjon kan sykepleier søke og bidra til at disse menneskene i større grad mestrer sine lidelser og/eller opplever en meningsfull hverdag (Eide & Eide, 2007).

Jeg har også erfaring fra en psykiatrisk akuttpost, hvor det til enhver tid var personer som ble innlagt med en eller annen form for psykose. Der har jeg opplevd at psykotiske pasienters behov varierte når det kom til kommunikasjon, tillit og relasjonsbygging. I begynnelsen av praksisperioden hadde jeg store problemer med å kommunisere med personer som var inne i en psykose. Jeg hadde ikke nok kunnskap om den psykotiske tilstanden, og hvordan jeg skulle kommunisere med dem. Jeg var usikker på om jeg skulle konfrontere pasienten med for eksempel hallusinasjoner og/eller vrangforestillinger, eller om jeg skulle forsøke å ta del i hans daglige oppfatning. Det var dette som vekket interessen for hvordan man skal kunne nå inn til denne gruppen, og skape god kontakt. Jeg vil derfor finne ut hva litteraturen sier angående bruk av kommunikasjon i forhold til psykotiske pasienter, og hvordan man kan skape et gjensidig tillitsforhold for å sikre god kommunikasjon.

1. 2 Presentasjon av problemstilling:

Jeg har ut i fra dette valgt følgende problemstilling:

”Hvordan kan sykepleier skape god kommunikasjon med psykotiske pasienter?”

1. 3 Begrunnelse av valg:

Grunnen til at jeg valgte dette temaet er viktigheten av det å forstå det psykotiske mennesket. Jeg opplevde selv hvor vanskelig det var å forholde meg til denne gruppen mennesker, uten å ha noen form for erfaring og kunnskap, og merket at etter hvert som jeg fikk kunnskap om psykose, bygging av tillitsforhold, samt kommunikasjon med psykotiske ble det lettere forholde meg til disse personene.

1. 4 Avgrensing og presisering av problemstilling:

I denne oppgaven har jeg valgt å forholde meg til pasienter av begge kjønn, over 18 år og som er innlagt ved en akuttpost eller institusjon.

I tillegg har jeg valgt å avgrense oppgaven ved å utelate dobbeldiagnoser, medikamentell behandling, pårørendes situasjon og bruk som ressurs, samt rusutløste psykoser.

Hensikten med denne studien er å finne ut hvordan sykepleieren kan skape god kontakt gjennom kommunikasjon med psykotiske pasienter.

2. 0 Begrepsmessig rammeverk:

2. 1 Presentasjon av teoretisk perspektiv:

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke Joyce Travelbee's teoretiske perspektiv i forhold til kommunikasjon, da hun sier at kommunikasjon er et av de viktigste redskaper for å kunne hjelpe mennesker til å mestre sykdom og lidelse (Travelbee, 2001).

Joyce Travelbee (1926 – 1973) sin sykepleierteori bygger på mellommenneskelige aspekter. Mennesket som individ, lidelse, menneske – til – menneske forhold, kommunikasjon og mening er viktige elementer i forhold til teorien hennes (Travelbee, 2001).

Travelbee definerer sykepleie slik:

"Nursing is an interpersonal process whereby the professional nurse practitioner assists an individual, family, or community to prevent or cope with the experience of illness and suffering and, if necessary, to find meaning in these experiences" (Travelbee 1971, s. 7).

I følge Travelbee (2001) er sykepleie en prosess. Det vil si at det er en hendelse, eller en rekke hendelser mellom sykepleier og den som har behov for sykepleie. Hun mener også at sykepleiers jobb er å alltid være til hjelp for andre, enten det er enkeltpersoner, grupper eller samfunn (Travelbee, 2001). For å skape et menneske – til – menneske forhold mener Travelbee (2001) at sykepleieren må gjennom 5 ulike faser, og at det er sykepleierens ansvar å etablere dette forholdet. Den første fasen er **Det innledende møtet**, hvor pleieren møter pasienten for første gang. Mye av denne fasen består av observasjon sammen med verdinormer og antakelser, og som danner grunnlaget for førsteinntrykket man får av møte med et nytt menneske. Deretter kommer den andre fasen, som går ut på **Fremvekst av identiteter**. Det er i denne fasen man begynner å gå bort fra forhold som pasient og sykepleier, og istedenfor begynner å se individet i sin helhet. Man begynner da å se den andre, og knytte bånd. Når man ser andre med et nytt perspektiv, kan man også begynne å sette seg inn i den andres følelser, og vise empati, som er den tredje fasen for å kunne skape et menneske – til – menneske forhold i følge Travelbee (2001). **Empatifasen** går derfor ut på å ta del i den andres psykiske tilstand, hvor han da befinner seg. Empati er evnen til å ta del i den andres sinnstilstand, uten å selv føle det på samme måte, slik at man allikevel står objektivt på utsiden. Når man kommer ut av empatifasen, kommer man inn i den fjerde fasen, som er å vise sympati for den andre. I **sympatifasen** distanserer man seg ikke på samme måte

som i empatifasen, og man vil dermed ønske å lindre den andres plager. Etter disse fasene mener Travelbee (2001) at man har skapt et menneske – til – menneske forhold, som fører til at man får **gjensidig forståelse og kontakt**. For å kunne skape god kommunikasjon mener Travelbee (2001) at det kreves bestemte forutsetninger, som kunnskap og evnen til å bruke kunnskapen riktig. Hun mener også at som sykepleier skal man ha både sensitivitet og god timing for å kunne kommunisere på en god måte. I tillegg mener hun at man skal være bevisst på at hver situasjon er ulik, og at det ikke finnes noen trylleformel for å kunne skape bånd mellom sykepleier og pasient (Travelbee, 2001).

2. 2 Relasjon mellom sykepleier og pasient

Å etablere kontakt vil si at man skaper en atmosfære av gjensidig tillit og respekt. Tillit er bærebjelken i alle relasjoner, og er vesentlig i all kommunikasjon. Tillit kan ikke oppstå plutselig og spontant, men er noe som bygges opp over tid (Spurkeland, 2006, Ekeland, 2007). For å kunne skape kontakt og etablere trygghet til pasienten for å kunne hjelpe ham både gjennom og ut av hans psykotiske tilstand, er det en vesentlig faktor at han blir møtt i sin aktuelle situasjon. Sykepleierens oppgave blir i slike tilfeller å kartlegge hans behov, ressurser og problemer, for å kunne fremme hans funksjonsnivå i hverdagen (Hummellvoll, 2007).

Fjørtoft (2007) sier at det er nødvendig å skape en god relasjon til pasienten for å kunne hjelpe en psykotisk pasient. Å etablere et gjensidig tillitsforhold krever ofte lang tid, samtidig som det er en av de største utfordringene i samarbeid med psykotiske (Fjørtoft, 2007). Eide og Eide (2007) mener at det å vise tillit betyr å utlevere seg selv, og at dette er grunnen til at vi reagerer kraftig når vi opplever mistillit.

Det kan være en utfordring å skape kontakt med psykotiske pasienter, på grunn av at de ofte er mistenksomme til andre. I tillegg kan den psykotiske ha et språk som kan være vanskelig å forstå. Derfor er det viktig at sykepleier aksepterer at den psykotiske i noen tilfeller ønsker å prøve ut om sykepleieren viser respekt, er til å stole på, og om hun virkelig er interessert (Hummellvoll, 2007, Fjørtoft, 2007). Hummellvoll (2007) skriver at en person aldri er psykotisk 24 timer i døgnet eller syv dager i uken. Det er derfor viktig å fange opp når personen har klare perioder, da dette er perioder hvor man kan bygge opp den nødvendige tilliten og kontakten som skal bære samarbeidsforholdet gjennom de uklare fasene (Hummellvoll, 2007).

De som skal arbeide med psykotiske pasienter, har en utfordring i forhold til det å bli kjent med den psykotiskes virkelighetsoppfatning. Man må arbeide tålmodig, interessert og empatisk for å kunne oppnå en felles forståelse for den psykotiskes feiltolkninger av verden, helt til man har skapt god kontakt med pasienten (Hummellvoll, 2007). Travelbee (2001) skriver at empati går ut på at man skal kunne ta del i den andres psykiske tilstand, uten å selv ta del i følelsen (Travelbee, 2001). I følge Ekeland (2007) er empati kommunikasjon om relasjon. Han mener at man vil oftere kunne føle empati for noen som man kjenner seg igjen i, eller har noe til felles med. I tillegg mener han at empati kommer lettere dersom vi anstrenger oss for å forstå den andre, eller tar hans subjektive oppfatning på alvor (Ekeland, 2007). I følge Cullberg (2005) er den terapeutiske relasjonen man skaper med den psykotiske pasienten med på å fremme forståelsen av vrangforestillingens betydning i forhold til

personligheten og omstendighetene i livet. Når man arbeider slik, må man arbeide systematiske og iherdig, og på en ikke- krenkende måte, for eksempel ved å stille spørsmål ved pasientens vrangforestillinger, da det kan oppfattes som en forsvarsholdning, og skiller seg fra en tradisjonell dynamisk behandling (Cullberg, 2005).

2. 3 Psykose:

Wilson og Kneisel (1996) sier at: ”*Psykose er en tilstand hvor personens mentale kapasitet til å oppfatte ´virkeligheten´, kommunisere og forholde seg til andre mennesker, er svekket. Dette virker inn på personens evne til å møte de krav livet stiller*” (sitert i Hummelvoll, s. 315).

I henhold til diagnosesystemet ICD – 10, som er et av diagnosesystemene som i dag er i bruk, kan man dele psykoselidelser inn i Schizofrenier, Schizoaffektive diagnoser, paranoide psykoser og akutte og forbigående psykoser (Snoek og Engedal, 2005, Statens Helsetilsyn, 2009). I følge Statens Helsedirektorat (2008) sies det at psykose ikke er en bestemt lidelse, men en betegnelse som blir brukt når vi får inntrykk av at et menneske mister kontakten med vår felles virkelighet. Ut i fra dette vil det bety at når man møter en person som er i en psykose, vil man ofte høre at de har en helt annen virkelighetsoppfatning enn den vi selv har. Ofte vil den psykotiske oppleve hallusinasjoner som fører til at de hører stemmer som ingen andre hører, samt at de kan ha sanseopplevelser, som smaker og lukt som andre ikke opplever. I tillegg til dette er det mange psykotiske som har vrangforestillinger, føler seg forfulgt eller overvåket, har tankekaos, forvirring, fastslåtte misforståelser eller uforklarlige forestillinger (Helsedirektoratet, 2008, Hummelvoll, 2007, Boydell, Gladstone & Volpe, 2006). En person som er inne i en psykotisk tilstand kan derfor oppleve kontakt med andre som vanskelig (Fjørtoft, 2007). Helsedirektoratet (2008) skriver at for noen er en psykose som å miste seg selv, og at man da ofte er preget av uro og angst.

Man kan skille mellom såkalte positive og negative symptomer når det kommer til psykose: De positive symptomene er hallusinasjoner og ”vrangforestillinger”, uro/agitasjon, storhetsideer, mistenksomhet, forfølgelsesideer samt fiendtlighet (Snoek & Engedal, 2005, Hummelvoll, 2007, Cullberg, 2005). Det er hørselshalusinasjoner som er mest vanlig, men smak og lukt kan også forekomme. I tillegg kan det oppstå tvangstanker, som f.eks. å ikke trække på streker når man går på fortau, telle vinduer o.l. Dette er symptomer som kan være svært slitsomme og plagsomme for pasienten. Disse symptomene oppfattes som positive, da de faller utenfor den normale erfaring.

De negative symptomene derimot – også kalt mangelsymptomer, dreier seg om de symptomene som går ut på at pasienten får tap av interesse, konsentrasjonssvikt, dårlig følelsesmessig kontakt med sosial tilbaketrekning, inadvendthet eller sløvhhet, mangel på spontanitet og ledighet i samtale, utmattelse og en opplevelse av at livet er et slit. I tillegg kan det oppstå apati og likegyldighet. Dersom de negative symptomene forekommer over lengre tid, har de oftere en dystre prognostisk betydning enn de positive (Snoek & Engedal, 2005, Hummellvoll, 2007, Cullberg, 2005, Borg & Topor, 2007). Når de negative symptomene oppstår, vil dagliglivets fungering hemmes. Problemet med de negative symptomene, er at det er fravær av noe som burde være til stede, og at personene som får dette, da preges av mangelen, og vil bli oppfattet som at de negative symptomene betraktes som karakteristiske trekk eller adferd som personen selv har valgt. Hummellvoll (2007) skriver at et eksempel på dette kan være hvis personen synes det er umulig å stå opp en morgen, kan dette tolkes som om personen selv *ønsker* å holde sengen hele dagen. I virkeligheten kan det være at personen ikke makter å stå opp med de symptomene han har. Derfor kan de negative symptomene forårsake langvarig lidelse og bekymring både for personen selv, familie/pårørende, venner og profesjonelle hjelpere (Hummellvoll, 2007).

Hummellvoll (2007) sier at den psykotiske personen oppfattes som et menneske som på sin spesielle måte forsøker å mestre indre og ytre opplevelser så langt kapasiteten for øyeblikket rekker. Cullberg (2005) nevner at flere undersøkelser har vist at psykotiske har det best når de er i et behandlingsmiljø som er preget av ro, vennlighet, tydelig program, orden og lavt aggresjonsnivå. Dette har grunnlag i at en person som er inne i en psykose har større følsomhet fra stress når det kommer til påvirkning utenfra (Cullberg, 2005). I følge Snoek og Engedal (2005) er det viktig med støttesamtaler. Dette er på grunn av at pasientene ofte sliter med dårlig selvbilde og lite fremtidshåp i forbindelse med en diagnose som ofte fører med seg lavere funksjonsnivå enn før (Snoek & Engedal, 2005).

For å kunne støtte en person som er inne i en psykotisk tilstand, mener Hummellvoll (2007) at det er viktig at sykepleieren klarer å møte pasienten der han befinner seg i sin eksistensielle situasjon, og at hun lytter med en interessert og åpen innstilling til hans budskap for å kunne forstå situasjonen bedre. Derfor må en eventuell realitetsorientering ha en god timing, slik at den kan presenteres når det passer i situasjonen, og pasienten er mottakelig for informasjonen som blir gitt. Hummellvoll (2007) mener at realitetsorientering går ut på å informere om ”virkeligheten” for å kunne hjelpe pasienten til å forstå og bearbeide at hans oppfatning av situasjoner og hendelser ikke deles med andre (Hummellvoll, 2007). Det vil allikevel være nødvendig med gjensidig orientering, slik at den psykotiske også forteller pleieren om sin

”virkelighet” for å kunne danne et grunnlag ved at sykepleieren også får en felles virkelighetsforståelse av pasientens syn. Dersom man kun vil motbevise den psykotiske versjon av ulike situasjoner, vil man ikke kunne være kapabel til å hjelpe pasienten. Dette kan istedenfor føre til at pasientens tillit til pleieren svekkes, og kontaktforholdet skades (Hummellvoll, 2007).

2. 4 Kommunikasjon med psykotiske:

Kommunikasjon kan kalles en prosess hvor mennesker formidler sine tanker og følelser til hverandre. Man kan kommunisere enten verbalt eller non- verbalt. Verbalt er når man har samtaler, imens non- verbalt er når man bruker mimik, tonefall, bevegelser eller berøring (Hummellvoll, 2007). Eide og Eide (2007) skriver at det å kunne lytte aktivt til det pasienten fortelle, både verbalt og non- verbalt er helt grunnleggende for å kunne forstå hva pasienten prøver å formidle (Eide & Eide, 2007). I følge Bowers (2010) finnes det mange nye anbefalinger om ikke- verbal kommunikasjon, vokabular og tidspunkt for samhandling. I samtale med den psykotiske bør man bruke rolig tempo, hvor man snakker sent og tydelig, korte setninger, enkelt ordforråd og repetisjon. I tillegg ble det anbefalt at stemmen var omsorgsfull og rolig, samtalene var korte og hyppige. Man bør også være tolmodig og utholdende når man kommuniserer med en person som er inne i en psykose (Bowers, 2010). Ved å gjengi, sammenfatte og parafrasere kan sykepleier forsikre seg om at det pasienten forsøker å formidle blir riktig oppfattet (Solvoll, 2005).

I følge Hummellvoll (2007) er det terapeutiske aspektet i kommunikasjon med den psykotiske, at sykepleier fungerer som en ”beholder”. Denne funksjonen skal gå ut på at sykepleier tar i mot pasientens budskap, som ofte trenger å bli bearbeidet og tolket, slik at forståelsen deretter gis tilbake til pasienten på en redigert måte. For å kunne mestre dette, er det viktig at sykepleier lytter empatisk til det pasienten forteller. I tillegg må sykepleier ha personlig trygghet for å kunne makte og la seg utsette for uklare og flertydige budskap (Hummellvoll, 2007). I følge Eide og Eide (2007), kan gode kommunikasjonsferdigheter betraktes som en form for kontinuerlig kvalitetssikring av sykepleie (Eide & Eide, 2007). Når den psykotiske har et budskap å fremføre, viser det seg ofte at det kan være vanskelig å få tak i det han ønsker å fortelle. Derfor kan det lett oppstå et kommunikasjonsproblem, da den psykotiske ofte bare indirekte antyder meningen, og pakker inn budskapet i detaljer og andre irrelevante opplysninger. Derfor er det viktig å prøve å forstå det pasienten egentlig forteller (Hummellvoll, 2007). Kommunikasjonssvikt kan påvirke pasientens sikkerhet, da det lett kan

oppstå situasjoner basert på misforståelser, både mellom medlemmer av diverse helseteam på ulike nivåer, eller mellom helseteam og pasient. I tillegg til å bidra til en potensiell pasientskade, kan dårlig kommunikasjon skape dårlig arbeidsmiljø for sykepleiere, leger og andre gruppemedlemmer (Kameg, Mitchell, Clochesy, Howard & Suresky, 2009). For at behandling og omsorg skal kunne gi resultater er et positivt arbeidsforhold viktig. Pasienten må kunne føle seg trygg, slik at han kan dele og avsløre de følelser, bekymringer og tanker han har. I arbeid med psykotiske bør derfor sykepleier ha gode holdninger og kvaliteter, som god sensitivitet, empati, solid fagkunnskap, medmenneskelighet, åpenhet, tilgjengelighet, være fleksibel, samt å arbeide målrettet og utholdende (Hummellvoll, 2007). De pasientene som har et positivt forhold til sin behandler, har større mulighet for å fullføre et behandlingsopplegg (Snoek & Engestad, 2005). I følge Helsedirektoratet (2008) har samtalebehandling vært svært nyttig for personer som opplever psykose. For å kunne gi god omsorg, er det en forutsetning at det er god kommunikasjon mellom helseteamet og pasienten, samt eventuelle andre instanser som bidrar i prosessen. Kai og Crosland (2001) skriver at det å ha en samtale med den psykotiske pasienten kan ofte være frustrerende, og man kan føle seg profesjonelt utilstrekkelig. Man bør derfor huske å opprettholde den terapeutiske relasjonen som blir basert på lytting, og tillate folk å relatere til sine opplevelser, da det fortsatt kan gi mye av verdi for den psykotiske pasienten (Kai og Crosland, 2001).

3. 0 Metode:

3. 1 Metoden som blir brukt:

”En metode er en fremgangsmåte , et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, s 83, 2007).

Metode er det verktøyet som brukes i systematisk innsamling og utvelgelse av data, samtidig som den beskriver hvordan man har gått frem for å finne det man er ute etter. Metoden vil derfor hjelpe oss til å finne det vi trenger for å kunne utføre oppgaven (Dalland, 2007).

Metodene kan deles inn i kvalitativ og kvantitativ forskning.

Kvalitativ metode bruker systematisert metode for å få frem meninger og opplevelser, ved bruk av intervjuer og opptak av samtaler, og tar utgangspunkt i at svarene ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2007).

I retningslinjene for bacheloroppgaven står det at vi skal anvende litteraturstudie som metode. Denne metoden blir regnet som en kvalitativ metode, hvor jeg finner litteratur som allerede er forsket på i forhold til det emnet jeg har valgt å skrive om.

3. 2 Litteraturstudie:

I denne oppgaven har jeg brukt litteraturstudie som metode, da denne metoden kan kan hjelpe med med å finne svar på problemstillingen med allerede eksisterende litteratur, både fra lærebøker, forskningsartikler, offisiell informasjon samt evidensbasert kunnskap. Formålet med denne typen studie av litteratur er ikke at man skal kunne finne frem til ny kunnskap, men at man skal finne den beste og mest gyldige kunnskapen om valgt emne. Det finnes ulike kriterier for å kunne gjennomføre en litteraturstudie, og det er at det finnes tilstrekkelig forskning og informasjon i forhold til det emnet jeg ønsker å skrive om, slik at det er et godt belegg for det jeg skal belyse i konklusjonen (Forsberg & Wengström, 2008).

3. 3 Sterke og svake sider ved studien:

Det er både sterke og svake sider ved å bruke litteraturstudie som metode. De sterke sidene er at man tar i bruk litteratur og forskning som allerede finnes om valgt emne. Man kan derfor få tilgang til god kunnskap på kort tid. Metodens svakheter er derimot den litteraturen og forskningen som man velger å bruke. Tolkningen av dataen skjer derfor i gjennom flere ledd. Med tanke på at min egen oppfatning kan brukes for å tolke det allerede tolkede materialet, kan det føre til at primærkildens opprinnelige tolkning ved forskning blir feiltolket. Litteraturens funn, rammer, påstander og konklusjoner kan være noe som kan være en svakhet ved en slik studie (Forsberg & Wengström, 2008).

3. 4 Kildekritikk:

I følge Dalland (2007) er kildekritikk de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann, og betyr at man vurderer og karakteriserer den litteraturen som blir benyttet i oppgaven. For å kunne fastslå at informasjonen jeg har gjort er av god kvalitet, har jeg sett på om den er relevant og gyldig i forhold til valgt problemstilling. Kildekritikk viser at jeg evner å stille meg kritisk til det materialet jeg bygger oppgaven på, slik som Dalland foreslår (Dalland, 2007). En av utfordringene ved å skrive en oppgave, er at både pensum og fagstoff ofte er sekundærkilder. Det vil si at materialet allerede er bearbeidet av noen andre (Dalland, 2007). I slike tilfeller bør jeg forsøke å lete fram primærkilden for å få en så god referanse som mulig. Jeg har valgt å bruke en bok fra 1971, skrevet av Travelbee. Boken er gammel, men det hun definerer som sykepleie, mener jeg er fortsatt like aktuelt i dag, som den var da. Jeg har også brukt Wilson & Kneisels definisjon av psykose, selv om den er fra 1996, da jeg følte at dette var den definisjonen som beskrev psykose på best måte. Når det gjelder forskning har jeg prøvd å finne frem til nyere litteratur, og holdt meg til artikler som ikke er eldre enn ti år.

3. 5 Ethiske aspekter:

Etikk er teori om moral. Det vil si regler og retningslinjer for hva som er rett eller galt i forbindelse med konkrete handlinger (Brinchmann, 2007, Molven, 2009). Allerede i planleggingsfasen av oppgaven hadde jeg tenkt på hvem som skal ha nytte av det som blir skrevet. Derfor har jeg gjengitt sitater og referanser så korrekt som mulig. Det skal skrives klare kilder på hvor litteraturen er hentet. I denne oppgaven kommer jeg til å bruke andres forskning, og deres meninger og synspunkter. Jeg må derfor være bevisst på at jeg fremstiller litteraturen på korrekt måte, og viser til kildene som er brukt.

3. 6 Litteratursøk og valg av litteratur:

For å finne aktuell litteratur til oppgaven, i tillegg til pensum, har jeg brukt biblioteket på Høgskolen Stord/Haugesund. For å finne forskningsartiklene brukte jeg 6 av skolens databaser/søkemotorer. De jeg brukte var: Ovid, SveMed+, PubMed, Cinahl, ProQuest og Vård i Norden. Den databasen jeg fikk de beste treffene, og fant de fleste av artiklene jeg valgte å bruke, var Cinahl. Der kom jeg til slutt frem til 49 artikler ved bruk av søkeordene Psychosis, communication, nursing, samt at jeg brukte inklusjonskriterier som fulltext, academic journal og årstall. Jeg valgte da å fokusere på artikler fra år 2000 til per dags dato for å finne den nyeste litteraturen. Etter å ha lest gjennom hensikten til flere av studiene, falt valget på 4 forskningsartikler som jeg syntes var relevante til oppgaven. I tillegg fant jeg en fagartikkel og en teoretisk artikkel som jeg følte var gode i forhold til problemstillingen.

Bøkene jeg tok i bruk var:

Borg, M. og Topor, A. (2007). Virksomme relasjoner – om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. Brinchmann, B. S. (Red.). (2005). Etikk i sykepleien. Cullberg, J. (2005). Psykoser. Travelbee, J. (2001). Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Travelbee, J. (1971). Interpersonal Aspects of Nursing. Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2008). Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Snoek, J. E. & Engedal, K. (2005). Psykiatri – Kunnskap, Forståelse, Utfordring. Rund, B. R. (Ed.), (2006). Scizofreni. Molven, O. (2009). Sykepleie og jus. Spurkeland, J. (2006). Relasjonskompetanse – Resultater gjennom samhandling. Statens helsetilsyn (2009). ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer.

3. 7 Presentasjon av artiklene:

Jeg har valgt ut fire artikler som jeg har valgt å bruke i oppgaven min. Tre av artiklene er kvalitative, og en av dem er kvantitativ. Artiklene har jeg funnet på BIBSYS sine søkemotorer; Cinahl og PubMed.

Boydell, Gladstone og Volpe (2006). En kvalitativ studie. 8 personer ble intervjuet, hvor 7 av dem var menn og 1 kvinne. Alderen varierte fra 16 – 24 år. Hensikten med studien var å forstå bedre hvilke faktorer som var involverte i beslutningen om søke hjelp eller ei når personene begynte å få psykotiske symptomer.

Kai og Crosland (2001), har skrevet et kvalitativ studie, hvor de intervjuet 34 pasienter. Hensikten med studien var å utforske erfaringer og oppfatninger av helsetjenester i forbindelse med mennesker med dårlig psykisk helse.

Dilks, Tasker og Wren (2010). En kvalitativ studie, med opptak fra 19 terapitimer, samt 23 intervjuer. Hensikten med oppgaven var å utforske sammenhengen mellom terapi og bedring av psykose.

Rask og Levander (2001). En kvantitativ studie. Totalt 350 spørreskjemaer ble delt ut, hvor 246 ble besvart (70%). Hensikten med oppgaven var å se i hvilken grad behandlingstiltak inkluderte verbale elementer, og fokuset mellom sykepleier – pasient verbale samhandlinger ble analysert.

Jeg har lagt ved vedlegg bak i oppgaven, som beskriver hver av studienes funn.

I tillegg til forskning har jeg brukt en fagartikkel samt en teoretisk, for jeg følte at de hadde noe å belyse og tilføre om det emne jeg har valgt å skrive om.

Bowers and colleagues (2009). Artikkelen beskriver hvordan spesialiserte sykepleiere bruker sine ferdigheter og erfaringer til å opprettholde terapeutisk samhandling med pasienter som er psykotiske eller opplever veldig sterke følelser.

Kameg, Mitchell, Clochesy, Howard & Suresky (2009). Denne teoretiske artikkelen belyser omfanget av kunnskap og utnyttelse av kommunikasjonsferdigheter. I tillegg legges det frem

at sykepleierstudenter ofte utrykker angst og mangel på tillit når det gjelder å kommunisere med pasienter med psykiske lidelser.

4. 0 Drøfting:

4. 1 Å forstå pasientens språk:

Studien til Boydell, Gladstone & Volpe (2006) viser til at det er en klar mangel på forståelse om hva som skjedde når en person ble psykotisk, og skriver at dette førte til tilbaketrekning fra den sosiale verden. Dilks, Tasker & Wren (2010) derimot belyser det å styrke den psykotiske til å fungere sosialt i hverdagen, ved hjelp av en aktiv, pågående og individuell prosess. Dette viser hvor viktig det er med kunnskap om emnet, slik at personer som opplever psykoser kan komme tilbake til en så normal hverdag som mulig, ved hjelp av kommunikasjon og tillit.

Flere av studiene tok utgangspunkt i det å kunne forstå den psykotiske pasienten. Dette krever kunnskap, tid og tålmodighet (Fjørtoft, 2007), noe som jeg selv har erfart i praksis. I tillegg må sykepleier være bevisst på hvordan hun prater til den psykotiske pasienten. Hun bør snakke sent, tydelig, bruke korte setninger, enkelt ordforråd og repetisjon for å sikre at pasienten klarer å få med seg det hun sier, på korrekt måte. Fra sykepleierens side er det da viktig å sense om pasienten får med seg det som blir fortalt, eller om han er ”opptatt med sitt eget”, med tanke på for eksempel tankekjør eller at han fokuserer mer på stemmene han kanskje hører. Man må være bevisst ved bruk av non-verbalt språk, ved det som bevisst eller ubevisst formidles uten ord, da pasienten har lett for å gjennomskue om pleieren er interresert eller ei (jfr. Hummellvoll, 2007, Fjørtoft, 2007).

For å kunne bygge opp god kommunikasjon med den psykotiske trenger man menneske-til-menneske kontakt (Jfr. Travelbee, 2001). Den psykotiske pasienten må få god tid til å venne seg til at andre mennesker er i nærheten, og pleieren må ha respekt for hans personlige behov for personlig avstand og rom. Jeg har selv sett hvor viktig betydningen av kommunikasjon med den psykotiske er. Ved å gjengi, sammenfatte og parafrasere kan jeg forsikre meg om at det pasienten forsøker å formidle blir riktig oppfattet, noe som Solvoll (2005) også belyser. Noe jeg har merket godt i samtale med den psykotiske, er at det lett kan oppstå misforståelser, så jeg er veldig bevisst på å gjengi det som blir fortalt for å få bekreftelse på at jeg har oppfattet pasienten på riktig måte (jfr. Solvoll, 2005).

Når man kommuniserer med en person som er i en psykotisk tilstand, kan det være viktig å bruke korte setninger og få ord med tanke på at det som blir formidlet ofte mistolkes. I mange tilfeller skjer mistolking i forbindelse med at den psykotiske personen har tankekjør og hører

stemmer som vrir om på setningene. I møte med den psykotiske må derfor sykepleier ofte gå varsomt frem, og bruke god tid for å kunne formidle aksept og toleranse.

Tidligere i oppgaven beskrev jeg de negative symptomene som kan oppstå hos en person som opplever psykose. Disse symptomene som kan bestå av blant annet konsentrasjonssvikt, dårlig følelsesmessig kontakt med sosial tilbaketrekning og mangel på ledighet i samtale er noen av grunnene til at det kan være vanskelig å komme i gang med en samtale med den psykotiske pasienten (Snoek & Engedal, 2005, Hummellvoll, 2007, Cullberg, 2005, Berg & Topor, 2007). Dette må sykepleieren være oppmerksom på når hun skal prøve å komme i kontakt med personen. For selv om pasienten kanskje har lyst til å prate om problemene sine, kan det være at disse symptomene tar overhånd, slik at pasienten ikke makter det (jfr. Hummellvoll, 2007). I slike stunder kan det være godt for pasienten at sykepleieren kun er til stede, uten å måtte si noe.

Etter hvert som jeg ble kjent med pasientene som var innlagt på grunn av psykose, var det lettere å merke når de hadde klare perioder, og når de var "langt borte". I de klare periodene var det greit å realitetsorientere, og personene forstod ofte hva jeg ville frem til. I andre tilfeller var pasientene lite tilgjengelige for informasjonen som ble gitt, og ville derfor ikke hatt utbytte av en slik orientering (jfr. Hummellvoll, 2007). Jeg erfarte allikevel at det var fint å bygge relasjoner i de klare periodene, for så å kunne bygge videre på dette når pasienten eventuelt ble psykotisk igjen. Det er mange av de som arbeider innenfor psykiatrien som til en hver tid prøver å overbevise pasienten om at han har feil, ser feil og hører feil, selv om han helt tydelig ikke er mottakelig. Dette viser at de ikke har oppnådd Travelbee's (2001) syn i henhold til empati; det å kunne sette seg inn i den andre sin situasjon. Dette er et av områdene som kan lage en sperre for å kunne skape den gode kommunikasjonen med den psykotiske pasienten, da pasienten lettere trekker seg tilbake, og skaper mistillit til sykepleieren.

Det er ikke mulig å kunne forutsette den mellommenneskelige kjemien, selv om man legger alt til rette for at man skal kunne etablere god kommunikasjon og relasjonsdannelse (jfr. Travelbee, 2001). I praksis opplevde jeg at mange av de som var inne i en psykose bar preg av mistillit til både personal og medpasienter. Samtidig merket jeg at de hadde behov for å komme i kontakt med andre, men hadde problemer med å enten sitte i ro, eller konsentrere seg om hva som ble sagt. Mange av pasientene hørte stemmer og i flere av tilfelle befalte stemmene at de ikke skulle snakke med personalet, da stemmene mente at personalet ikke var

til å stole på. En viktig oppgave for sykepleieren var da å kunne sense når en kunne prate med en pasient, være stille sammen med ham eller om en burde trekke seg unna.

4. 2 Å bygge opp et tillitsforhold:

Kai & Crosland (2001) skriver at for å forbedre, opprettholde og det å ta kontroll over sin egen mentale helse, kreves bygging av positive terapeutiske relasjoner, sammen med profesjonelle, som er basert på effektiv kommunikasjon, tillit og kontinuitet.

Den teoretiske artikkelen til Kameg, Mitchell, Clochesy, Howard & Suresky (2009) legger frem at sykepleierstudenter uttrykker mangel på tillit når det gjelder å kommunisere med mennesker som har psykiske lidelser. Det å etablere en god relasjon med det mennesket som befinner seg i en psykotisk tilstand, kan være utfordrende, men svært viktig, da deres tilværelse ofte er preget av angst, utrygghet, tilknytningsvansker, forvrengt virklighetsoppfatning og/eller lav selvfølelse. Det betyr at dersom man ikke har klart å skape en relasjon og opparbeidet tillit, vil man i liten grad kunne hjelpe pasienten, noe som både Kai & Crosland (2001), Hummellvoll (2007), Spurkeland (2006) og Ekeland (2007) belyser.

Å bygge opp et tillitsforhold kan ta lang tid, men å bryte det ned igjen, kan ta sekunder. I tillegg er det å etablere et gjensidig tillitsforhold en av de største utfordringene i samarbeid med den psykotiske pasienten (jfr. Fjørtoft, 2007). Det at jeg klarte å vise for flere av pasientene at jeg var til å stole på, at jeg holdt avtalene mine og gjorde de tingene jeg hadde lovet jeg skulle gjøre, var med på å fremme tillit fra pasientene til meg. Da klarte jeg å vise at jeg var tilliten verdig. Dersom jeg hadde brutt en avtale uten å gi beskjed til pasienten, er dette nok til å bryte ned tillitsforholdet som allerede var bygget opp. Jeg vil derfor si at gjensidig tillit og høflighet øker lojaliteten i forbindelse med både kommunikasjon og samhandling med psykotiske pasienter.

For at den psykotiske pasienten skal kunne etablere et tillitsforhold til sykepleieren, er kunnskap om kommunikasjon med psykotiske, samt viten om hvordan man skal forholde seg til disse pasientene viktig. Som Eide og Eide (2007) legger vekt på, går tillit ut på å utlevere seg selv, og mener derfor at vi reagerer kraftig dersom tilliten blir brutt. Jeg ble svært bevisst på dette da jeg var i praksis. Etter hvert lærte jeg at jeg måtte opparbeide et tillitsforhold før jeg eventuelt kunne kommunisere skikkelig med pasienten, for så å skape et menneske-til-menneske forhold (jfr. Travelbee, 2001). Med utgangspunkt i min holdning i forhold til pasienten, mener jeg å ha vist hvordan man kan bruke god kommunikasjon som tillitsskapende tiltak, og dermed ha et bedre utgangspunkt for et trygt og tillitsfullt forhold.

4.3 Å møte pasienter der han er:

I følge Boydell (et. al., 2006) kan en person som er inne i en psykose oppleve kontakt med andre som vanskelig. Derfor er det å kunne møte pasienten der han er et viktig element i kommunikasjon med den psykotiske. Kai & Crosland (2001) legger vekt på at kvaliteten og effektiviteten av kommunikasjon, tillit fra pasienten, samt kontinuitet i omsorgen var viktig for å kunne hjelpe. Rask & Levander (2001) viste også til at det var verbale samhandlinger som hovedredskapet i arbeid med psykisk syke.

For å kunne ivareta pasientens behov, er det viktig at det er etablert en kontakt mellom sykepleier og pasient, og at sykepleieren har evnen til å kunne møte pasienten der han er. Etter min tolkning av Eide & Eide (2007), er det å skape en god relasjon mellom sykepleier og pasient av stor betydning og kan i noen tilfeller være avgjørende for utfallet av en behandling. En god relasjon hviler ofte på sykepleiers kunnskaper, holdninger, tilgjengelighet, tid til rådighet, samt evne til å regulere nærhet og avstand (Eide & Eide 2007, Travelbee 2001). Dette var noe jeg merket spesielt godt i samtalen med flere personer som var inne i en psykose; kunnskap om sykdomstilstanden, tiden jeg hadde til rådighet og hvor stor avstand jeg skulle ha i forhold til pasienten, var ting som spilte en stor rolle for å kunne sette meg ned for å prate.

I mange tilfeller merket jeg at pasientene ofte ville sitte sammen med personalet, men uten å si et ord. Etter hvert begynte de noen ganger å prate, imens sykepleier satt og lyttet. Jeg kunne se at pasientene ofte satte pris på slike stunder, og virket mer avslappet. Dette danner grunnlaget, slik jeg forstår det, for Eide & Eide's mening om at gode relasjoner skapes dersom man har evne til å lytte, til å forstå den andre og til å skape en allianse. Som en pasient i forskningen til Boydell (et. al., 2006) sa; *"People don't want to hear it, and when you tell them, they don't want to be your friend anymore, 'cause they think you're crazy"*. Etter min oppfatning, er dette grunnen til at mange av de personene som opplever psykose blir sosialt isolerte, og har problemer med å prate med andre om hva de føler.

Man må kunne etablere kontakt og gjensidig forståelse for å kunne hjelpe et annet menneske (Travelbee, 2001). For å kunne mestre dette kreves det at sykepleieren har gode kunnskaper, samt at timingen passer. Som nevnt tideligere i oppgaven, kan kontakten etableres ved at man gjennomgår 5 faser, slik Travelbee (2001) beskriver det, gjennom; Det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati, sympati, og deretter skal menneske – til – menneske

forholdet være preget av gjensidig forståelse og kontakt. Et menneske- til- menneske forhold bidrar til å oppfylle sykepleierens hensikt og mål, og dermed hjelpe personen til forebygging og mestring av sykdom, samt å finne mening i erfaringen man får i fra sin egen situasjon (Travelbee, 2001). Ut i fra hvordan jeg forstår det, er derfor disse hovedpunktene en del av det som danner grunnlaget for den mellommenneskelige kontakten mellom sykepleier og pasient, som på sin side er et vesentlig holdepunkt for å fortjene pasientens tillit.

Å forstå den psykotiske pasienten kan være vanskelig, og noen ganger har jeg følt meg utilstrekkelig, da jeg ikke har fått tak i hva pasientene har prøvd å fortelle meg. Dette er på grunn av at den psykotiske ofte bygger inn det han ønsker å formidler med små detaljer, samtidig som de ofte forvikler inn flere emner i samme setning. For å forsikre meg at jeg har klart å forstå pasienten på riktig måte, må jeg derfor lytte empatisk til det som blir fortalt, gjenfortelle det til pasienten, for så å få en bekreftelse på om jeg forstod ham på riktig måte, noe som også Hummellvoll (2007) tar opp i sin bok. Som nevnt tideligere i oppgaven, vil pleieren da fungere som en "beholder", for å kunne bearbeide det som den psykotiske pasienten forteller, for å få frem det pasienten ønsker å fortelle på best mulig måte.

Siden en person som er inne i en psykose kan oppleve kontakt med andre som vanskelig, er det å kunne møte pasienten der han er et viktig element i kommunikasjon med den psykotiske. En pasient, fra Boydell (et. al. 2006) sin studie forteller *"It got to the point where I couldn't take it anymore.. The shadow would turn into something.. They'd turn into cartoons.. It was freaky.. I said I gotta tell someone.. I told my mother"*. Dette viser i følge min tolkning hvor stor påkjenning den psykotiskes opplevelser av hverdagen kan være. Det kan være vanskelig å åpne seg til andre om sine problemer, så det å vite at man kan prate med noen uten å bli "dømt", kan være til god hjelp. En av de psykotiske pasientene jeg har pratet med hadde store problemer med hallusinasjoner. Jeg kunne se at hun var redd, men fikk ikke tak i hvorfor. Etter hvert som hun fikk etablert et tillitsfullt forhold til meg, valgte hun å fortelle meg grunnen; Hun følte hele tiden at et troll var ved siden av henne. Hun fortalte meg at hun var klar over at dette trollet ikke var ekte, men for henne føltes det helt virkelig. Derfor tok jeg trollet i hånden, og geleidet det ut på gangen og lukket døren etter meg da jeg gikk inn igjen til henne. Jeg kunne se hvor lettet pasienten var, og merket at dette ga et godt grunnlag for at hun klarte å fortelle meg om flere opplevelser av ulike situasjoner. Jeg fikk på denne måten vist at jeg tok pasienten på alvor. Dette er en situasjon som etter min oppfatning også kommer frem i studien til Dilks (et. al, 2010), men da i form av at noen ba stemmene til pasienten til å gå vekk. Etter min mening viser disse situasjonene tydelig at det å ha et stabilt tillitsforhold

der pasienten vet at han kan åpne seg og fortelle om sin opplevelse sykepleieren (eller andre), er viktig for å kunne skape trygg og god kommunikasjon.

Ut i fra de funnene jeg har fått i fra artiklene, teorien jeg har funnet i bøkene, samt de erfaringene jeg har selv gjennom arbeid med denne gruppen pasienter, har jeg kommet fram til at for å kunne skape god kommunikasjon med psykotiske pasienter, kreves, tid, tålmodighet, kunnskap og evnen til å skape mellommenneskelig kontakt. Det å møte pasienten der han er og etablere et stabilt tillitsforhold, fremfor å hele tiden fokusere på at hans oppfatning av verden er ”feil”, vil derfor være med på å danne grunnlaget for tillit mellom pasient og sykepleier, noe jeg føler er en stor del av grobunnen for å kunne skape god kommunikasjon.

5.0 Avslutning:

Hensikten med å gjøre denne studien var å få en bedre innsikt i hvordan sykepleieren kan skape god kommunikasjon med psykotiske pasienter. Gjennom arbeid med denne bacheloroppgaven fikk jeg vist at sykepleierens evne til å skape et mellommenneskelig forhold vil kunne påvirke hvordan man som sykepleier klarer å skape en god relasjon med den psykotiske pasienten. Å kunne skape et etablert tillitsforhold, og opprettholde det, samt det å vise at man er til å stole på og at man respekterer pasienten, og hans oppfatning av virkeligheten, er med på å fremme et godt grunnlag for å skape god kommunikasjon. Studien i sin helhet viser at det er viktig å skape gjensidig tillit til den psykotiske, møte pasienten der han er, ha evne til å forstå hva han prøver å formidle, samt å ha kunnskaper om emnet for å kunne etablere god kontakt med den psykotiske pasienten.

6. 0 Referanseliste:

Borg, M og Topor, A. (2007). *Virksomme relasjoner – Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Kommuneforlaget.

Bowers, L. et. al. (2009). How expert nurses communicate with acutely psychotic patients. [Elektronisk versjon]. *Mental Health Practice*. April 2010, Volum 13, nr 7.

Boydell, K. M., Gladstone, B. M. og Volpe, T. (2006). Understanding Help Seeking Delay in the Prodrome to First Episode Psychosis: A Secondary Analysis of the Perspectives of Young People. [Elektronisk versjon]. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, sommer 2006, Volume 30, number 1.

Brinchmann, B. S. (Red.). (2005). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Cullberg, J. *Psykosser – Et intergrert perspektiv*. (2005). Oslo. Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Dilks, S., Tasker, F. og Wren, B. (2010). Managing the impact of psychosis: A grounded theory exploration of recovery processes in psychosis. [Elektronisk versjon]. *British Journal of Clinical Psychology*. 49, 87-107.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Fjørtoft, A. K. (2007). *Hjemmesykepleie – Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen. Fagbokforlaget.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Författerna och Bokforlaget Natur och Kultur.

Heggen, K. & Ekeland, T. J. (2007). *Meistring og myndiggjering – Reform eller retorikk?* Oslo. Gyldendal Akademisk.

Hummelvoll, J.K. (2005). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Johannesen, J. O. (2006). Scizofreni – klinisk bilde og utbredelse. I: B. R. Rund (Ed.), *Scizofreni* (29 – 45). Stavanger. Hertevik Forlag.

Kai, J. og Crosland, A. (2001). Perspectives of people with enduring mental ill health from a community- based qualitative study. [Elektronisk versjon]. *British Journal of General Practice*, September, 2001, **51**, 730-737.

Kameg, K., Mitchell, A. M., Clochesy, J., Howard, V. M. & Suresky, J. (2009). Communication and Human Patient Simulation in Psychiatric Nursing. [Elektronisk versjon]. *Issues in Mental Health Nursing*. 30:503-508.

Molven, O. (2009). *Sykepleie og jus*. Oslo. Gyldendal Akademisk.

Sosial og Helsedirektoratet, (2008). Psykisk Helse. IS- 1471.

http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00058/Psykose_Bokm_1_58699a.pdf

Rask, M. og Levander, S, (2001). Interventions in the nurse- patient relationship in forensic psychiatric nursing care: a Swedish survey. [Elektronisk versjon]. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2001, 8. 323-333.

Snoek, J. E. & Engedal, K. (2005). *Psykisatri – Kunnskap, Forståelse, Utfordring*. Oslo. Akribe Forlag.

Solvoll, B. A. (2005). Identitet og egenverd. I: N.J. Kristoffersen, N. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie – Bind 3*. (s.118-156). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Spurkeland, J. (2006). *Relasjonskompetanse – Resultater gjennom samhandling*. Oslo. Universitetsforlaget.

Statens helsetilsyn (2009). ICD-10. *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo. Gyldendal Akademisk.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Pennsylvania: F.A. Davis.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Vedlegg 1

Tittel/forfatter/år	<p>Managing the impact of psychosis: A grounded theory exploration of recovery processes in psychosis</p> <p>Dilks, Tasker & Wren (2010)</p>	<p>Understanding help seeking delay in the prodrome to first episode psychosis: A secondary analysis of the perspectives of young people.</p> <p>Boydell, Gladstone & Volpe (2006)</p>
Hensikt	Å utforske sammenhengen mellom terapi og bedring av psykose.	Å bedre forstå hvilke faktorer som var involverte i beslutningen om søke hjelp eller ei.
Metode	Kvalitativ	Kvalitativ
Resultat/funn	<p>Studien rapporterer om bestemte elementer i et større studie som er spesielt knyttet til utvinnende prosesser i forhold til psykose. Spesifikke kategorier av aktivitet ble begrepsfestet til teoriserede sentrale aktiviteter som var involvert i å håndtere effekten av psykosen. Behandlingen i forhold til psykotiske så ut til å være rettet mot å styrke klienter til å fungere i den sosiale verden. I et forsøk på å oppnå dette, virket det som klientene var engasjert i en pågående innsats for å håndtere effekten av psykosen på både deres subjektive opplevelse og i det daglige livet. Konseptet av dette arbeidet var som en aktiv, pågående, og individuelt rettet prosessen i samsvar med andre undersøkelser. I tillegg kom det frem i</p>	<p>Analysen viste at individuelle strategier for å overse tegn og symptomer på psykose, og forsøk på å skjule disse fra andre fungerte som en barriere for å søke hjelp. Studien fant også ut at de som søkte hjelp ble påvirket av et overbevisende eller tvunget element knyttet til rollen som significant i andre ungdommer i sosiale nettverk. Det var en klar mangel på forståelse om hva som skjedde, noe som førte til en tilbaketrekning fra den sosiale verden rundt dem. Resultater aktualiserer behovet for utdanning på mange nivåer. På individnivå, ungdom, familie og tjenesteleverandører må være utdannet om tidlige tegn på psykose, og bidratt til å forstå at det er mulig å behandle og utvinning er ventet, særlig i de tidligste stadier.</p>

	<p>undersøkelsen at rettsmedisinske sykepleiere hadde en høy evne til å vise empati. I tillegg kom det frem at det ikke kun var terapi som var den beste behandlingsformen. Ved bruk av forskjellige felles aktiviteter, kunne det gi økt forståelse, samt gi god effekt i håndtering av psykoser.</p>	<p>Generell utdanning i skolen i tillegg til en rekke nettstedet begynner å dukke, laget for å oppmuntre unge mennesker til å snakke om deres psykiske helse bekymringer før alvorlige problemer oppstår.</p>
--	--	---

Vedlegg 2

Tittel/forfatter/år	Intervention in the nurse – patient relationship in forensic psychiatric nursing care: A swedish survey Rask & Levander (2001)	Perspectives of people with enduring mental ill health from a community-based qualitative study Kai & Crosland (2001)
Hensikt	å se i hvilken grad behandlingstiltak inkluderte verbale elementer, og fokuset mellom sykepleier – pasient verbale interaksjoner ble analysert.	å utforske erfaringer og oppfatninger av helsetjenester i forbindelse med mennesker med dårlig psykisk helse. Det primære målet for respondentene var å forbedre, opprettholde og ta kontroll over deres mentale helse.
Metode	Kvantitativ	Kvalitativ
Resultat/funn	I denne studien kom de frem til at den samhandlingen mellom sykepleier og pasient som brukes i rettspsykiatri inkluderer verbale elementer i stor grad, med fokus på sosiale spørsmål. For å kunne trekke de ytterligere funnene i innholdet i disse verbale samhandlingene, er det et åpenbart behov for samhandling mellom sykepleiere i forhold til dette formålet, da med tanke på hvorfor og hvordan de verbale elementene påvirker behandlingsresultatet. Det viktigste funnet i artikkelen var at rettsmedisinske psykiatriske sykepleiere brukte verbale interaksjoner som hovedinstrument i behandlingsprosessen.	Bygging av positive terapeutiske relasjoner med profesjonelle, basert på effektiv kommunikasjon, tillit, og kontinuitet var viktig for å oppnå målet som ble beskrevet i oppgavens hensikt. Men innstillingen i forhold til hvor helsetjenesten tok sted, kunne påvirke respondentenes forsøk på å håndtere sosiale stigma. Opplevelser av sosial isolasjon, sosioøkonomiske nød og stigmatisering var ofte gjennomgripende, spesielt i forhold til at disse kompromitterte respondentenes muligheter og deres evne til å forbedre sin mentale helse, i forhold til sin sykdom. I tillegg viser denne studien potensialet for hvordan helsepersonell kan hjelpe folk med varig dårlig psykisk helse, ved å sikre at kvaliteten på kommunikasjon og

		kontinuitet i omsorgen de gir, og hvor dette finner sted. Det understreker ytterligere behovet for å håndtere de sosiale stigma og utstøting denne gruppen opplever.
--	--	--