



Høgskulen
på Vestlandet

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling -
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 27.04.17 kl 14.00

Kandidatnr.: 541

Antall ord: 8951

De som lider i det skjulte:

**En litteraturstudie om pårørende til et familiemedlem med en
schizofrenidiagnose**



Hentet 24. April 2017 fra

https://commons.wikimedia.org/wiki/File%3AHelping_hands_logo.svg

Bachelorutdanningen i sykepleie, Avdeling for helsefag

Haugesund, April 2017

Kull 2014

Antall ord: 8951

Sammendrag

Tittel: De som lider i det skjulte: En litteraturstudie om pårørende til et familiemedlem med en schizofrenidiagnose.

Bakgrunn: Mange pårørende har behov for støtte og hjelp til å mestre den emosjonelle belastningen det er å oppleve når et familiemedlem får en schizofrenidiagnose. Forskning har vist at involvering av pårørende reduserer faren for tilbakefall, fører til færre symptomer, bedrer sosial fungering og gir en økt opplevelse av tilfredshet og mestring hos den syke og pårørende. Derfor vil jeg med denne oppgaven tilegne meg kunnskap om hvordan en sykepleier kan støtte pårørende på best mulig måte.

Hensikt: Med denne oppgaven ønsker jeg å besvare problemstillingen: hvordan kan en sykepleier støtte pårørende hvor et familiemedlem har en schizofrenidiagnose?

Metode: Bacheloroppgaven er en litteraturstudie. I oppgaven har jeg tatt for meg fem utvalgte forskningsartikler, teori og egne erfaringer som jeg skal drøfte opp mot min problemstilling.

Funn: I utvalgte artikler kommer det frem at det er en stor belastning å ha omsorg for et familiemedlem med schizofreni. De pårørende kan ofte føle seg maktesløse og mangle forståelse for den psykiske lidelsen. Det er viktig at sykepleieren etablerer et godt samarbeid med de pårørende og støtter familien. Gruppesamlinger viser seg å ha et positivt utfall på familien.

Konklusjon: Det kommer frem at pårørende har behov for støtte av den profesjonelle sykepleieren. Det å få et familiemedlem med schizofreni vil være med å påvirke hele familien og ikke bare den psykisk syke. Undersøkelser viser at pårørende til pasienter med schizofreni er i risiko for å utvikle egen helsesvikt. Derfor har sykepleieren en viktig oppgave i å støtte de pårørende. Det kommer også frem at psykoedukasjon i familiegrupper gir effekt og anbefales. Sykepleieren kan støtte pårørende ved å etablere tillit og styrke relasjoner. I møte med de pårørende må sykepleier vise interesse, anerkjenne deres erfaringer og lytte til situasjonen de er i. Deretter må sykepleier utøve sykepleien det er behov for. En bra begynnelse for å støtte pårørende kan være å ha utgangspunkt i teorien til Joyce Travelbee.

Abstract

Title: Those who suffer in secret: A literature study on relatives of a family member with schizophrenia diagnosis.

Background: Many relatives need support and help to master the emotional stress they experience when a family member gets a schizophrenia diagnosis. Research has shown that involvement of relatives reduces the risk of relapse, leads to fewer symptoms, improves social functioning and gives an increased sense of satisfaction and coping among the sick and relatives. Therefore, with this task, I want to acquire knowledge of how a nurse can support relatives where a family member has a schizophrenia diagnosis.

Purpose: The purpose with this task is to answer the thesis issue: How can a nurse support relatives where a family member has a schizophrenia diagnosis?

Method: The bachelor is a literature study. In the thesis, I have included five research articles, theory and personal experiences which I will discuss up against my thesis issue.

Results: In selected articles, it appears that it is a big burden to care for a family member with schizophrenia. The relatives can often feel powerless and lack understanding of the mental illness. It is important that the nurse establishes a good relationship with the relatives and supports the family. Group gathering proves to have a positive outcome on the family.

Conclusion: It's pointed out that relatives need support from the professional nurse. When a family member get diagnosed with schizophrenia it will affect the whole family and not just the mentally ill. Studies show that relatives of patients with schizophrenia are at risk of developing their own health failure. Therefore, the nurse has an important role in supporting the relatives. It appears that psychoeducative intervention in family groups is effective and recommended. The nurse can support relatives by establishing trust and strengthening relationships. When meeting with relatives, the nurse must show interest, recognize their experiences and listen to the situation they are in. Then, nurses must exercise the nursing care that is needed. A good start in support to relatives can be to follow the theory of Joyce Travelbee.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling.....	2
1.4 Begrepsavklaring	2
1.4.1 Schizofreni.....	2
1.4.2 Pårørende	3
2.0 Teori	4
2.1 Sykepleiefaglig perspektiv: Joyce Travelbee	4
2.2 Kommunikasjon og interaksjon med pårørende	4
2.3 Å hjelpe familien til den psykisk syke	6
2.4 Familiens rolle i behandling av schizofreni	8
2.5 Sykepleiers plikt til pårørendeinvolvering	9
3.0 Metode	10
3.1 Definisjon av metode	10
3.1.1 Litteraturstudie som metode	10
3.2 Metodekritikk	11
3.3 Litteratursøk	11
3.4 Kildekritikk	12
3.5 Forskningsetiske overveielser	12
4.0 Resultat	14
4.1 Familieperspektiv i psykisk helsevern.	14
4.2 Building collaboration in caring for people with schizophrenia.	15
4.3 Self-mangement in Chinese people with schizophrenia and their caregivers: A qualitative study on facilitators and barriers	16
4.4 Schizophrenia through the carers' eyes: results of a European cross-sectional survey..	17
4.5 Creating a new whole: Helping families of people with schizophrenia	17
4.6 Hovedfunn.....	19
5.0 Diskusjon	20
5.1 De pårørende kan ofte føle seg maktesløse	20
5.2 Det er nyttig å dele erfaringer med andre liknende situasjon.....	23
5.3 Familien har behov for informasjon, veiledning og konkrete råd	24
6.0 Konklusjon	27
7.0 Referanseliste	28
8.0 Vedlegg	I
8.1 Tabell søkeprosess	I
8.2 Eksempel på kildekritikk.....	III

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det første møte jeg hadde med psykisk helsevern var da jeg som sykepleierstudent fikk praksisplass ved en psykoseavdeling. Min tid i praksis gjorde at jeg fikk innsyn i hverdagen til sykepleierne og hvordan de utøvde sykepleie til pasienter med en schizofrenidiagnose og deres pårørende. Jeg fikk møte pårørende som hadde levd nært innpå den psykisk syke over mange år og pårørende hvor den psykisk syke nylig hadde fått påvist en schizofren diagnose. Jeg synes det var spennende å se hvordan sykepleierne var i møte med de pårørende. Enkelte av de pårørende hadde allerede dannet en relasjon med sykepleierne, men for noen pårørende ble det første møte, noe jeg synes var interessant. I denne oppgaven har jeg derfor valgt å ta for meg hvordan en sykepleier kan støtte pårørende hvor et familiemedlem har en schizofrenidiagnose. Jeg har valgt å skrive om pårørende til mennesker med schizofreni fordi det interesserer meg og er et relevant tema.

Schizofreni rammer rundt 1 prosent av befolkningen (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s.319). Den schizofrene diagnosen anses å være den alvorligste psykoselidelsen (Repål, Kråkvik, Grande & Røssberg, 2015, s.259). Den psykiske lidelsen koster det norske samfunnet mer enn all kreftsykdom, all hjertesykdom og alle revmatiske lidelser hver for seg. Grunnen til dette er at sykdommen ofte debuterer i tidlig alder. De fleste pasienter med schizofreni vil motta behandling, både fra primærhelsetjenesten og spesialhelsetjenesten. I Norge ble det beregnet at kostnadene til schizofreni var ca. 5 milliarder i 2002 (Norsk helseinformatikk, 2016).

Når et familiemedlem blir rammet av schizofreni vil vedkommende ofte ha en bisarr og uforklarlig atferd. Derfor fatter pårørende ofte mistanke lang tid før sykdomsutbruddet. De pårørende vil gjerne oppleve at den syke har manglende interesse for arbeid, sosiale aktiviteter, personlig utseende og hygiene. Dette vil være kombinert med sinnsforvirringer, lett depresjon og generell angst (Engmark, Alfstadsæther & Holte, 2006). Familien trenger ofte hjelp til å mestre de schizofrene symptomene, som, affektforstyrrelser, tankeforstyrrelser og vrangforestillinger. Gjennom den psykoedukative familieoppfølgingen kan familien bidra

til å hindre og utsette tilbakefall hos det psykisk syke familiemedlemmet (Snoek & Engedal, 2017, s.89).

1.2 Problemstilling

Hvordan kan en sykepleier støtte pårørende hvor et familiemedlem har en schizofrenidiagnose?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Pårørende er ofte en viktig ressurs i behandlingen av psykiske lidelser. Når de blir involvert i behandlingen kan det redusere tilbakefall hos den psykisk syke. Det har blitt vist at færre symptomer forekommer og deres sosiale fungering blir bedre. Pasienten og pårørende vil også få en økt opplevelse av mestring og tilfredshet (Helsedirektoratet, 2008).

Med denne bacheloroppgaven har jeg som hensikt å finne ut hvordan en sykepleier kan støtte pårørende hvor et familiemedlem har en schizofrenidiagnose. Jeg ønsker å finne ut hvilke tiltak en sykepleier kan sette i gang for å hjelpe og støtte den syke pasienten og deres pårørende. I denne oppgaven tar jeg for meg begge kjønn, men det har blitt vist at insidensen er noe høyere hos menn enn hos kvinner (Larsen & Thorsen, 2017). Forskjellen på insidensen vil ikke ha betydning i denne oppgaven. Det er vanlig at symptomene til schizofreni starter å vise seg i 20-40-årsalderen (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2009). Schizofreni kan derfor ramme den unge i familien eller en forelder. I bacheloroppgaven vil jeg derfor ta utgangspunkt i opplevelsene til familien når et medlem får en schizofrenidiagnose. Jeg har valgt å fokusere på pårørende fordi de ofte spiller en viktig rolle i behandlingen til pasienten.

1.4 Begrepsavklaring

Jeg har valgt å forklare begrepet schizofreni, selv om det er pårørende til et familiemedlem med den psykiske lidelsen som er i fokus. Grunnen til at jeg forklarer begrepet er fordi jeg mener det er nødvendig for å forstå sykdommen til pasienten og hvordan den kan være med å påvirke familien.

1.4.1 Schizofreni

Schizofreni er en alvorlig psykisk lidelse som er preget av tre kategorier symptomer. Den første kategorien er psykotiske symptomer hvor den syke vil oppleve hallusinasjoner,

vrangforestillinger og tankeforstyrrelser som endrer tanker, følelser, handlinger og hvordan man oppfatter ulike situasjoner. Den andre kategorien symptomer er de negative symptomene. Ved denne kategorien symptomer vil den syke merke endringer i følelseslivet som igjen fører til at en trekker seg tilbake sosialt og får en svekket sosial fungering. Den siste kategorien symptomer er de kognitive symptomene. Når disse symptomene oppstår vil den syke få en endring i tenkning, affekter og persepsjon. En vil oppleve en forstyrret evne til å kunne planlegge og merke at oppmerksomheten svikter (Larsen & Thorsen, 2017).

1.4.2 Pårørende

I følge Engmark, Alfstadsæter og Holte (2006) har pårørende ofte omfattende kjennskap til den syke pasienten. De er ofte en viktig del av pasientens nærmiljø og står ofte for mye av pasientens omsorg. Enkelte pårørende blir som en representant for den syke, og mange pårørende kan selv begynne å slite psykisk på grunn av den store belastningen det kan være å ha omsorg for en person med psykiske lidelser. Snoek og Engedal (2017, s. 57) forteller videre at det har i psykiatrien oppstått mange triste eksempler hvor pårørende har fått skylden for at et familiemedlem har fått en psykisk lidelse. Familien spiller en viktig rolle i behandlingen ved å kunne kjenne igjen symptomer og hindre tilbakefall. Pårørende kan ha egne behov for støtte og hjelp som bør ivaretas (Nordvoll, Borge & Steinstad, 2015, s.387).

2.0 Teori

2.1 Sykepleiefaglig perspektiv: Joyce Travelbee

Sykepleieteorien sin funksjon gir oss perspektiv og oversikt innenfor fagområdet. Den skal være med å synliggjøre sykepleieren sitt funksjonsområde ved å beskrive sentrale sykepleiefenomen. Sykepleieren skal ved hjelp av sykepleieteori vurdere, tenke og handle i kliniske situasjoner (Kristoffersen, 2016, s.21).

I denne oppgaven har jeg valgt å ta for meg Joyce Travelbee som sykepleieteoretiker, fordi hennes perspektiver er relevant for mitt valg av problemstilling. Travelbee tar for seg sykepleieren sitt møte med pårørende og deres lidelser og behov. Hennes definisjon av sykepleie er (Travelbee, 2001, s.29):

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene.

Teoriene til Travelbee dreier seg i hovedsak om de mellommenneskelige aspektene. Det er ikke bare den syke som har behov for støtte og finne mening i sykdommen som har oppstått. Det skjer også at familien til den syke har behov for hjelp av den profesjonelle sykepleieren. Når sykdom oppstår i en familie, er det som regel med å påvirke resten av familien. Travelbee sier at familien sin reaksjon på sykdommen vil uvegerlig kommuniseres til den som er syk. Sykepleieren vil indirekte hjelpe familien ved å pleie den syke. Videre bør sykepleieren gå direkte inn for å danne en relasjon med den syke sin familie. Om mulig bør sykepleieren gå i visittiden og vise oppmerksomhet ovenfor de pårørende. Videre må sykepleier kommunisere og lytte til dem (Travelbee, 2001, s.259).

2.2 Kommunikasjon og interaksjon med pårørende

Når en sykepleier utfører sitt arbeid med pasienter eller pårørende foregår det en form for kommunikasjon. Den kan skje i samtale eller ved taushet. Kommunikasjonen skjer gjennom bruken av utseende, holdning, manerer, gester og ansiktsuttrykk. Kommunikasjonen er en prosess som skal være med å styrke menneske-til-menneske-forholdet og styrke sykepleiens mål og hensikt, som er å hjelpe enkeltindivider og familier med forebygging og mestring av

erfaringer med sykdom og lidelse. Sykepleieren skal om nødvendig hjelpe de pårørende til å finne mening i sine erfaringer (Travelbee, 2001, s.136). Sykepleieren skal bruke kommunikasjonen som en prosess for å søke og gi informasjon, og det er det midlet den syke pasienten og vedkommende sin familie bruker for å få hjelp. Videre er kommunikasjon en erfaring en blir delaktig i. Avhengig av hva som blir formidlet i interaksjonen kan denne erfaringen være frustrerende, av gjensidig betydning eller meningsløs. Kommunikasjon skal være en dynamisk kraft som skal være med å ha dyp innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet sykepleieren møter i ulike situasjoner, den skal brukes til å trekke mennesker nærmere hverandre. Måten sykepleieren kommuniserer på kan også støte mennesker bort, hjelpe dem eller skape mistillit. (Travelbee, 2001, s.137)

Det en sykepleier ønsker å oppnå med interaksjonen er at den syke skal lære å kjenne, å fastslå og ivareta den syke sine sykepleiebehov og å oppfylle sykepleiens mål og hensikt. Skal sykepleieren nå disse målene er det viktig å ha innsikt i hva som skal oppnås med interaksjonen. Det må bli etablert et menneske-til-menneske-forhold med vedkommende som tar imot sykepleie. Sykepleieren må også vite hvorfor hensikten og målene skal oppfylles. Videre må sykepleieren vite hvordan en skal kommunisere og samhandle for å nå sykepleiens mål og hensikt. Har pasienten og deres familier tillit til sykepleieren har de mye lettere for å åpne seg opp å komme med sin frykt og angst (Travelbee, 2001, s.139-141).

Når det arbeides med mennesker kommer en ofte svært nær inn på deres lidelser og liv. Hos de aller fleste vil det da utløse et ønske om å støtte, trøste og hjelpe. En forutsetning for å kunne arbeide i nære relasjoner er at en klarer å vise empati ovenfor menneskers liv og lidelse. Skal en se i et relasjonelt perspektiv lever mennesker og utvikler seg i relasjonen til sine omgivelser. Mennesker som ikke har evnen til å formidle følelser og opplevelser på en god måte til andre, vil ofte ha vansker med å utvikle mellommenneskelige relasjoner (Håkonsen, 2006, s.71-87).

Eide & Eide (2013, s.20) bruker adjektivet «hjelpende» om kommunikasjon. Det blir tatt i bruk for å tydeliggjøre at kommunikasjonen som blir brukt av helseprofesjonene skal være hjelpende for pasienten, samt de pårørende. Hjelpende kommunikasjon skal være anerkjennende, skape tillit og trygghet, og formidle kommunikasjon på en måte som bidrar til at problemer blir løst for pasient og pårørende. Den hjelpende kommunikasjonen skal også sørge for at pasienten og pårørende skal mestre situasjonen de er i på best mulig måte.

Pasienter og pårørende har i enkelte situasjoner svært kort tid til å etablere kontakt med hjelperen de møter. Derfor er det essensielt at hjelperen kommuniserer klart og lytter aktivt hva situasjonen krever, slik at det ikke oppstår dårlige løsninger og uheldige valg (Eide & Eide, 2013, s.21).

Et grunnleggende prinsipp innenfor psykisk helsevern er konfidensialitet. Regulering av lover og etiske retningslinjer skal være med å sikre at pasienten sin behandling kan holdes konfidensiell. Det er samme restriksjoner i forhold til taushetsplikt når det gjelder psykisk helsevern og somatikken. Det som ofte pårørende opplever er at de blir møtt annerledes og informasjonen blir gitt på en helt annen måte når det gjelder pårørende til pasienter som er innlagt ved en psykiatrisk enhet (Engmark, Alfstadsæter & Holte, 2006). I følge Pasientrettighetsloven § 3-3 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999), som omhandler informasjon til pasientens nærmeste pårørende, slår fast at «dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes». Videre skriver Engmark, Alfstadsæter og Holte (2006) at problemer kan oppstå når det gjelder konfidensialitet. Når pasienten ikke ønsker at pårørende skal informeres kan dette være med å skape en konflikt for de pårørende sitt behov for nødvendig informasjon.

2.3 Å hjelpe familien til den psykisk syke

Schizofreni kan gjøre det utfordrende for både pasient og pårørende å møte hverdagen. Diagnosen kan føre til at den syke får problemer med å ta vare på seg selv og andre mennesker kan oppfatte vedkommende som veldig kaotisk. Symptomene på diagnosen kan komme gradvis, gjerne over en periode på uker eller måneder, men den kan også komme akutt. Mennesker med en schizofreni har ofte et følelsesmønster preget av sinne eller engstelighet. Enkelte får tanker om selvmord eller døden. Personer med schizofreni har en langt høyere risiko for å begå selvmord enn andre (Helsebiblioteket, 2015).

Psykoedukativ behandling er en av de formene hvor det har blitt forsket mest på og prøvd ut. Den er først og fremst utviklet for å behandle schizofreni, hvor den blir brukt som en psykososial behandlingsform. Denne formen for behandling legger vekt på å gi medlemmene i familien kunnskap om sykdommen som har oppstått og hvordan det følelsesmessige klimaet kan bli bedre. Det er fra denne terapiformen uttrykket expressed emotions kommer fra. Expressed emotions (EE) blir brukt som et «mål» på et følelsesmessig klima. Er det et høyt

nivå av EE i en familie vil det si at det er mye aggressivitet og fiendtlighet, lavt nivå av EE er det motsatte. Familien lærer seg visse kommunikasjonsregler som skal være med å senke nivået av EE (Snoek & Engedal, 2017, s.59).

Travelbee mener at sykepleieren har i oppgave å etablere et menneske-til-menneske-forhold med pasienten. Dette innebærer at sykepleieren samt pasienten anser og forholder seg som unike menneskelige individer. En sykepleier skal hjelpe individet (eller familien) å mestre eller forebygge sin sykdom eller lidelse. Kontakten sykepleieren har med vedkommende hun har omsorg for kan være et skritt nærmere menneske-til-menneske-forholdet (Travelbee, 2001, s. 172). Pasienters slektninger og pårørende blir betraktet på ulike måte hos sykepleiere. Enkelte sykepleiere ser på pårørende som et nødvendig onde som må tolereres, eller som irritasjonsmomenter som plager med spørsmål (Travelbee, 2001, s.259). Noen sykepleiere kan til og med mene at pårørende kan lage vanskeligheter for dem. En sykepleier skal indirekte hjelpe familien ved å utføre god sykepleie til den syke. Deretter bør sykepleieren gå med direkte inn for å danne en relasjon med den sykes familie. Sykepleieren bør være tilgjengelig om de pårørende ønsker å drøfte sykepleien til den syke (Travelbee, 2001, s.259).

Pårørende til pasienter som har en psykisk lidelse møter ofte mange utfordringer. De blir ofte utsatt for et stressende miljø og store belastninger følelsesmessig. Derfor er det essensielt at det forekommer et godt samarbeid mellom helsepersonell og pårørende. Dette kan være med å redusere den psykiske påkjenningen hos de pårørende. Desto bedre den sykes familie har det, jo større er sjansen for god støtte til den syke i dagliglivet (Helsedirektoratet, 2008). Det er viktig at helsepersonell er oppmerksom på at mennesker som har psykiske lidelser ofte kan være svært krevende å forholde seg til. Derfor må sykepleier vite at pårørende er i en risikogruppe for å utvikle egen helsesvikt. Pårørende kan møte belastninger som er så store at det kan føre til problemer i sitt eget arbeidsliv og enkelte kan frafalle helt. Derfor er det viktig å være imøtekommende med pårørende sine behov og gi dem råd og veiledning om hvordan dem ivaretar egen helse (Helsedirektoratet, 2008).

I følge Engmark, Alfstadsæter og Holte (2006) er det å se at pasienten lider som er det vanskeligste å takle for pårørende. Flere pårørende er fortvilet over å se hvor mye pasienten forandrer seg. Sykdomsforløpet er også svært varierende noe som betyr at det er perioder med

forbedringer og perioder med forverring. Hos pårørende til et familiemedlem med en schizofren lidelse kan kronisk sorg forekomme.

Det er omfattende dokumentert at mange pårørende er misfornøyd med hjelpen de mottar i møtet med psykisk helsevern. Som regel er det mangel på informasjon, støtte og råd som skaper denne misnøyen. Andre pårørende forteller hvordan de blir ignorert, satt til siden og holdt utenfor pasientens behandling. Helsepersonell oppfattes som lite tilgjengelig for pårørende (Engmark, Alfstadsæter & Holte, 2006).

2.4 Familiens rolle i behandling av schizofreni

Familier er systemer der medlemmene er knyttet til hverandre med blanding av følelsesmessige, biologiske og sosiale bånd. Det er viktig at behandlingsarbeidet ivaretar pasientens og familiens behov. Forholdet mellom helsepersonell, pårørende og pasienten må bygges på gjensidig tillit (Snoek & Engedal, 2017, s.56).

Snoek og Engedal (2017, s. 89) forteller at familien spiller en viktig rolle i behandlingen av den schizofrene pasienten. Spesielt for de unge pasientene som enda bor hjemme og følges opp av familien. Flere undersøkelser forteller at det blir et bedre behandlingsresultat for pasienten med en schizofren lidelse når familien har forståelse og nok kunnskap om sykdommen. Det er viktig at familien får kunnskap til å dempe negative følelser. De schizofrene symptomene som oppstår kan ofte være krevende for familier å håndtere og trenger derfor ofte hjelp til å håndtere disse. Veilederen til helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2008) forteller at gjennom god dialog med familien til vedkommende som er syk er med å skaffe god informasjon og pårørende sin vurdering av situasjonen. Dette vil medføre til at pårørende får mer kunnskap rundt sykdommen, bli bedre kjent med behandlingsalternativer, årsaksforhold og prognoser. Dette kan igjen gi dem en følelse av mestring og bidra til mindre angst, sinne, skyldfølelse og hjelpeløshet. Pårørende er en viktig ressurs og er derfor ofte viktige samarbeidspartnere. Når pårørende blir trukket inn i behandlingen av schizofrene pasienter, reduseres tilbakefall, pasientene har færre symptomer og gir økt sosial fungering. Det kan også gi en økt følelse av tilfredshet og mestring hos pasient og pårørende (Nordvoll, Borge & Steinstad, 2015, s.387).

Nordvoll, Borge og Steinstad (2015, s.387) skriver om et intervju som ble utført av seks pårørende til pasienter med psykisk lidelse. I dette intervjuet ble det trukket fram to forhold

som de pårørende mente var viktig. Det første var behovet for god informasjon om hvordan behandlingen foregikk. Det andre ønsket var om å bli involvert i behandlingen og at det skulle være en god dialog med dem som behandlet pasienten.

2.5 Sykepleiers plikt til pårørendeinvolvering

De yrkesetiske retningslinjene til Norsk sykepleierforbund (2011, s.9) viser til at en sykepleier har plikter ovenfor pårørende som å vise respekt og omtanke. Videre skal sykepleier sørge for at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt. Ved barn som pårørende skal sykepleier sørge for at barnas særskilte behov blir ivaretatt. En sykepleier skal samhandle med pårørende og behandler opplysningene deres med fortrolighet. Oppstår det en konflikt mellom pasient og pårørende skal hensynet til pasienten prioriteres.

3.0 Metode

3.1 Definisjon av metode

En metode forteller noe om hvordan en bør gå frem for å skaffe eller tilegne seg kunnskap. Sosiologen Wilhelm Aubert formulerte metode på følgende måte (Sitert i Dalland 2012, s. 111):

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.

Thidemann (2015, s. 76) skriver at metode er den systematiske fremgangsmåten som benyttes for å tilegne seg kunnskap og informasjon for å avklare en problemstilling. Metode brukes som et redskap når noe skal undersøkes. Ved valg av en bestemt metode er det viktig å vektlegge hva man ønsker å finne svar på. Metoden skal være med å avklare og gi gode data som vil gi svar på spørsmålet en har tatt for seg på en faglig måte. Den er med å samle inn informasjon og nødvendige data til det som trengs i undersøkelsen vi tar for oss. (Dalland, 2012, s.112)

Det finnes mange ulike måter å samle data på. Det skilles ofte mellom to kategorier; kvalitativ og kvantitativ metode. Kvantitative metoder har som fordel å gi data i form av målbare enheter. Kvalitativ metode har som hensikt å fange opp opplevelse og mening som ikke lar seg måle eller tallfeste (Dalland, 2012, s.112). Ved kvantitativ metode får en breddekunnskap, som betyr at en får et lite antall opplysninger fra flere undersøkelsesenheter. Kjentegn ved kvalitativ metode er dybdekunnskap, som betyr at man får flere opplysninger fra få undersøkelsesenheter (Thidemann, 2015, s. 78).

3.1.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven har jeg valgt å ta for meg litteraturstudie som metode. Støren (2013, s. 37) sier at litteraturstudie som metode handler om å søke etter vitenskapelige originalartikler i relevante databaser. Det er essensielt å ha et tilstrekkelig antall forskningsartikler av god kvalitet for å gjennomføre en litteraturstudie. Vurdering av de skriftlige kildene i form av

kildekritikk spiller en viktig rolle i den litterære oppgaven. Det er kildekritikk som er det metodiske redskapet (Dalland, 2012, s. 223).

Forsberg og Wengström (2016, s. 30) sier at å utføre en litteraturstudie innebærer å gjøre systematiske søk, kritisk vurdere og compilere litteraturen gjennom et valgt problemområde eller emne. Det bør være fokus på aktuell forskning innenfor det området som er valgt.

Thidemann (2015, s. 80) sier at en litteraturstudie har en prosess hvor alle trinnene i studien har en systematisk tilnærming. Grunnen til dette er for å holde leseren oppdatert og god forståelse for kunnskapen på det valgte området som problemstillingen etterspør.

3.2 Metodekritikk

Når det kommer til forskning er det ikke slik at en bestemt metode ansees som eneste rette. Noen metoder kan ha svakheter, som andre metoder ikke har. Enkelte ganger kan det være hensiktsmessig å kombinere metoder. Dette kalles for metodetriangulering. Ved en metodetriangulering vil det kombineres to metoder, som for eksempel kvantitativ og kvalitativ metode. Dette skal veie opp for svakhetene med å bare bruke en metode. Det er ressurskrevende å bruke metodetriangulering, noe som gjør det lite sannsynlig å bruke det i bachelorprosjekt (Thidemann, 2015, s.79).

3.3 Litteratursøk

I søket etter forskningsartikler til min oppgave har jeg brukt databasene Cinahl, Pubmed og Sykepleien Forskning. Før jeg startet søket var det viktig for meg å finne gode søkeord som kunne finne de forskningsartiklene som var relevant for min valgte problemstilling.

Søkeordene jeg kom fram til var SCHIZOPHRENIA, NURSING, CAREGIVERS, RELATIONSHIP, CARER, CAREGIVER, FAMILY, MANAGEMENT. Jeg vekslet mellom forskjellige kombinasjoner med søkeordene, slik at jeg kunne få et mest mulig utvidet søk. Jeg har valgt å bruke engelske søkeord for å få treff på mest mulig artikler i Cinahl og Pubmed sine databaser. Når jeg fant artikkel på Sykepleien Forskning brukte jeg søkeordene PSYKISK LIDELSE og FAMILIE.

I søket etter artikler hadde jeg som krav at de var skrevet på norsk eller engelsk, og at de skulle være relevante for mitt valg av problemstilling. Andre inklusjonskriterier var at artiklenes innhold handlet om schizofreni, pårørende og sykepleier. Jeg har også valgt å ta for

meg artikler hvor perspektivet til pasienten kommer frem. I artikkelsøket ønsket jeg å finne artikler som var så nye som mulig. Fire av artiklene er derfor innenfor en tidsramme på tre år. Den eldste av artiklene er fra 2011, men jeg anser innholdet relevant til dags dato. Jeg endte opp med å bruke en kvantitativ og fire kvalitative forskningsartikler. I forhold til min problemstilling er det best egnet å bruke et flertall av kvalitative artikler.

3.4 Kildekritikk

De metodene som blir tatt i bruk for å fastslå om en kilde er sann blir kalt for kildekritikk. Dette betyr at kildene må bli vurdert og karakterisert. Hensikten med kildekritikk er at du skal kunne vise at du er i stand til å forholde deg kritisk til det kildematerialet som blir tatt i bruk i oppgaven. I kildekritikken skal det også komme fram hvilke kriterier som har blitt benyttet under utvelgelse av materialet. Formålet er at leseren skal få del i refleksjonene en har gjort seg om hvilken gyldighet og relevans litteraturen har når det gjelder å belyse sin valgte problemstilling (Dalland, 2013, s. 67-72).

I min bacheloroppgave har jeg benyttet meg av fagbøker og pensumbøker fra Høyskolens bibliotek og elektroniske artikler. Jeg har prøvd å finne den informasjonen som har vært relevant for min problemstilling. Samtidig har jeg sett på kildenes gyldighet og holdbarhet. Rapporten til Engmark, Alfstadsæter og Holte anser jeg som relevant, selv om kilden er eldre enn ti år. All forskningen har blitt vurdert etter sjekklisten til Nasjonalt Kunnskapsenter for Helsetjenester (2014) for eksempel på vurdering av kvalitativ forskning se punkt 8.2. Inklusjonskriteriene for forskningen var at den ikke skulle være eldre enn ti år. Jeg har brukt flere forskningsartikler fra ikke-vestlige land som Kina og Thailand, men ut i fra min tolkning av artiklene anser jeg dem som troverdige. Etter gjennomgang av artiklene tolker jeg deres syn på psykiske lidelser og pårørende rolle som relativt lik den vestlige verden sitt syn. Fire av mine valgte artikler er skrevet på engelsk. Derfor må det tas høyde for at jeg kan ha mistolket deler av innholdet.

3.5 Forskningsetiske overveielser

Polit & Beck (2017, s.137) sier at det å studere mennesker betyr at en må ta hensyn til mange etiske problemstillinger. De etiske kriterier kan av og til komme i konflikt med ønsket om å oppnå svar. Når mennesker blir brukt som deltakere i forskning er det viktig at deres rettigheter er beskyttet. Helsinkideklarasjonen setter de etiske retningslinjene for forskning på

mennesker. Den ble tatt i bruk av verdens legeförening i 1964 og ble revidert på nytt i 2013. Enkelte land har startet sine egne etiske retningslinjer eller følger dem som er gitt av landets regjering. Dalland (2012, s.96) skriver at det er essensielt å ivareta forskningsdeltakernes personvern og sørge for at forskningsresultatene er troverdige. Når det forskes medisinsk er det viktig at forskningsdeltakerne ikke påføres skade eller utsettes for unødvendige belastninger.

I denne bacheloroppgaven har jeg vært oppmerksom på at alle artiklene har blitt godkjent av en etisk komité. Alle representantene i forskningen er anonymisert, så sensitive opplysninger vil ikke være et problem. Jeg har fulgt retningslinjene i henhold til skolens retningslinjer for oppgaveskriving.

4.0 Resultat

4.1 Familieperspektiv i psykisk helsevern.

(Berg & Solberg, 2015)

Hensikt: Å beskrive foreldre sine erfaringer og oppfatninger av å delta i parallelle gruppesamlinger, når en av foreldrene har en psykisk lidelse.

Utvalg og metode: Det var fem foreldrepar som skulle delta, men bare fire fullførte studien. Det ble gjennomført intervjuer som bar preg av en uformell og dialogisk form som var knyttet til forskningstemaet. Det ble stilt oppfølgings spørsmål om det var behov for mer utdypende svar fra intervjuobjektet. Til sammen ble det utført to intervju parvis av hvert foreldrepar, som tilsvarer åtte intervjuer. Det ble stilt ulike inngangsspørsmål til hvert intervju. Intervjuene varierte i lengde, men varte fra 20-40 minutter.

Funn: I artikkelen blir det nevnt at tidligere var familien i liten grad involvert i behandlingen til pasienten. Dette medførte at familien ofte kunne føle seg maktesløse og mangle forståelse for den psykisk syke personen og vedkommende sin lidelse. I vår tid har dette blitt endret gjennom lovverk, stortingsmeldinger, retningslinjer og politiske beslutninger og det har nå blitt lagt føringer for psykisk lidende og deres pårørende. Forskningen forteller at når et familiemedlem får en psykisk sykdom, har vedkommende som står personen nær behov for informasjon, konkrete råd og veiledning. Det oppleves at mange pårørende oppfatter situasjonen de er i som kaotisk og u håndterlig. De ender opp med å føle seg hjelpeløse. Ved oppstarten av gruppesamlingene gav de pårørende uttrykk for å ha frustrasjon ved å ha en partner som var psykisk syk. En av deltakerne nevner at før vedkommende ble med i denne gruppen, hadde vedkommende ingen anelse om hva som var riktig eller galt og hvordan han/henne skulle forholde seg til sin psykisk syke partner. Deltakerne fikk tilegnet ny kunnskap om den psykiske lidelsen og hvordan det var å være pårørende.

Konklusjon: Å ha parallelle gruppesamlinger for pårørende har vist seg å være en positiv opplevelse for familien. I studien kom det fram hvor viktig det var for foreldre og barn å ha gruppesamlingene på samme sted.

4.2 Building collaboration in caring for people with schizophrenia.

(Kertchok, 2014)

Hensikt: Å undersøke forholdet mellom thailandske kommunale psykiatriske sykepleiere og pårørende til et familiemedlem med en schizofren lidelse.

Utvalg og metode: Informasjon ble samlet inn fra til sammen 34 informanter, hvor 17 av dem var kommunale psykiatriske sykepleiere og de resterende 17 var hoved pårørende til et familiemedlem med en schizofren lidelse. Informasjonen ble samlet gjennom dybdeintervjuer, observasjoner og feltnotater. Dataene ble så analysert i henhold til den konstante og komparative metoden av Glaser (1978).

Funn: Studien avslørte at for å klare å oppnå et samarbeid mellom pårørende og de psykiatriske sykepleierne måtte de gjennom en prosess bestående av fem ulike stadier. Disse stadiene var å etablere tillit, få oversikt over bekymringer og behov, gjensidig forberedelse for utførelse av omsorg, samarbeide i omsorgen for pasienten og få oversikt over utfallet. Når en person har schizofreni vil dette ofte påvirke familien i stor grad. Den schizofrene diagnosen viser å være en signifikant årsak til stress i familien og føre til at medlemmer av familien blir utbrent eller kjenner på utfordringer rundt det å være pårørende. Det er en svært tidkrevende oppgave å ta hånd om en person med schizofreni.

Konklusjon: Denne forskningen demonstrer at det er en prosess å oppnå et samarbeid mellom de psykiatriske sykepleierne og pårørende til et familiemedlem med en schizofren lidelse. Målet for denne prosessen er at vedkommende med schizofreni skal leve et godt og verdig liv i samfunnet og med familien. Denne forskningen viser også at et godt forhold mellom psykiatriske sykepleiere og pårørende gjør det lettere for de pårørende å håndtere og få mer forståelse for den psykisk syke.

4.3 Self-mangement in Chinese people with schizophrenia and their caregivers: A qualitative study on facilitators and barriers

(Zou, Li, Arthur & Wang, 2014).

Hensikt: Å kartlegge barrierer og tilrettelegging av mestring hos pasienter med schizofreni og deres pårørende.

Utvalg og metode: Det var til sammen 35 personer som ble intervjuet, av disse hadde 21 en schizofren diagnose og 14 var pårørende. Kriteriene for deltakelse innbar at pasientene hadde hatt en schizofren diagnose over 2 år og var 18 år eller eldre. For de pårørende var kriteriene at vedkommende hadde bodd med pasienten over 1 år og at de hadde en viktig rolle i omsorgen for pasienten

Funn: Pasientene med schizofreni og deres pårørende delte en bemerkelsesverdig lik oppfatning av tilrettelegging og barrierer om mestring av sykdommen. Det kom fram at familien var til god hjelp for pasienten. Ofte kunne familien forutse når psykotiske symptomer oppstod og se de tidlige varseltegnene. Dette gjorde det enklere å sette i gang tiltak og hindre tilbakefall. Et positivt forhold med helsepersonell var en viktig faktor for å håndtere og mestre schizofreni. Deltakernes uttalelser avslørte at de viste tillit til helsepersonell og lyttet til det dem sa. Et annet funn var at mangel på kunnskap og ferdigheter gjorde det vanskelig for pasientene og pårørende å håndtere den schizofrene lidelsen. De pårørende fortalte hvor mye viktig det var å lære kunnskap fra pleierne. De pårørende ga uttrykk for at de ikke forstod den psykiske sykdommen på bakgrunn av mangel på relevant informasjon. En av de pårørende ga fortalte også at familien hadde vanskeligheter med å akseptere den psykiatriske sykdommen. Forskningen forteller også at på bakgrunn av dårlig informasjon om den psykiske lidelsen valgte mange å stoppe medisineringsen, fordi de trodde familiemedlemmet var kurert.

Konklusjon: Denne studien kan hjelpe sykepleiere å gjenkjenne hvilke faktorer som påvirker mestring hos pasienter med schizofreni. Den kan også være med å hjelpe sykepleiere og andre helsearbeidere i initiering og implementering av familiebasert hjelp til pasienter og deres pårørende. Offentligheten bør også bli undervist og få mer kompetanse om schizofreni. Dette ville påvirket folk sine fordommer om sykdommen.

4.4 Schizophrenia through the carers' eyes: results of a European cross-sectional survey (Svettini, Johnson, Magro, Saunders, Jones, Silk & Schreiner, 2015).

Hensikt: Å vurdere hvordan familie og venner av pasienter med en schizofren lidelse opplever diagnosen, medisinerings og tilslutning til medisinerings.

Utvalg og metode: En spørreskjemabasert tverrsnittundersøkelse ble sendt ut til 138 pårørende i 16 europeiske land. Tolkningen av resultatet på forskningen var basert på en beskrivende sammenligning av resultatene. Den har en kvantitativ forskningsmetode. Undersøkelsen ble utført på internett og det tok omtrent 10 minutter å gjennomføre.

Funn: Majoriteten av de pårørende uttrykte at de aksepterte den schizofrene diagnosen til familiemedlemmet (84%), mens 25% av deltakerne uttrykte at de følte seg skamfull ovenfor pasienten når de snakket om diagnosen med andre mennesker. Familieundervisning (90%) og familien sin mulighet til å anskaffe informasjon viste seg å være svært viktig i behandlingen til pasienten. 72% av de pårørende mente at pasientundervisning hadde god effekt og var med å øke sjansen for at pasienten tok medisin.

Konklusjon: Det å ha en nettbasert undersøkelse gjorde det mulig for forskerne å få informasjon fra et stort geografisk område. Blant de pårørende som deltok i undersøkelsen kom det fram at det kunne være problematisk å hjelpe pasienter med schizofreni og hvor viktig det var at pasienten tok medisin. De pårørende bekreftet den viktige rollen de spilte for pasienten og nesten alle (92%) var enige i at familien var viktig for behandlingen til pasienten. Særlig viktig er det at helsepersonell ser på familien som en viktig ressurs for bedre behandling og bedre resultat hos pasienter med en schizofren lidelse.

4.5 Creating a new whole: Helping families of people with schizophrenia

(Kertchok, Yunibhand & Chaiyawat, 2011).

Hensikt: Å utforske forholdet mellom thailandske psykiatriske sykepleiere og familier i henhold til utførelse av sykepleie til pasienter.

Utvalg og metode: 16 sykepleiere med en mastergrad i mental helse, psykiatri eller 10 års arbeidserfaring fra psykiatrisk avdeling var med på studien. Data ble samlet inn fra Mai 2007 til Juni 2008 gjennom dybdeintervjuer hvor deltakerne valgte sted for utførelse av intervjuet. Hvert intervju varte rundt 45-60 minutter og det ble tatt i bruk en båndopptaker. Deltakernes oppførsel ble også observert.

Funn: Studien avslørte en prosess sykepleierne brukte for å skape en ny helhet mellom familien, pasientene og de psykiatriske sykepleierne. Denne prosessen bestod av fire hovedfaser. Disse var utvikle tillit, styrke relasjoner, fremme vilje til å bry seg og støtte familien. De fleste psykiatriske sykepleierne brukte aktiv lytting og var alltid høflige med familiene, selv om de pårørende ikke var fornøyd med hjelpen de fikk. Denne studien viser hvordan thailandske psykiatriske sykepleiere hjelper pasienter tilbake til et normalt liv ved å samarbeide med familien deres.

Konklusjon: Funnene i denne studien kommer med et forslag til en prosess for å skape sterke retningslinjer for mennesker med schizofreni og deres familier. Psykiatriske sykepleiere kan bruke denne prosessen til å hjelpe mennesker med schizofreni ved å arbeide med deres familier.

4.6 Hovedfunn

Kort oppsummering av hovedfunnene i forskningsartiklene:

- Å være pårørende til et familiemedlem med en schizofren lidelse kan være krevende og medføre til at medlemmer av familien blir utbrent.
- De pårørende kan ofte føle seg maktesløse og mangle forståelse for den psykisk syke personen og vedkommende sin lidelse.
- Det er nødvendig at de pårørende får god informasjon, konkrete råd og veiledning om den psykiske lidelsen.
- For å oppnå et godt samarbeid mellom helsepersonell og pårørende er det viktig å etablere tillit, styrke relasjoner, fremme vilje til å bry seg og støtte familien.
- Å ha parallelle gruppesamlinger for pårørende har vist seg å ha et positivt utfall på familien.

5.0 Diskusjon

I denne delen av oppgaven skal jeg drøfte funnene jeg har gjort fra de fem utvalgte forskningsartiklene, og sette de opp mot valgt litteratur og egne erfaringer. Hensikten er å finne svar på min problemstilling: hvordan kan en sykepleier støtte pårørende hvor et familiemedlem har en schizofrenidiagnose?

5.1 De pårørende kan ofte føle seg maktesløse

Det å ha omsorg for en schizofren person er ofte en livslang oppgave. Pårørende er belastet med en omsorgsrolle som kan være krevende å håndtere. På den ene siden skal de ha omsorg for den syke i dagliglivet og behandlingssammenheng. På den andre siden trenger de pårørende støtte og muligheten til å ta vare på sitt eget liv. Denne omsorgsrollen innebærer gjerne lite emosjonell og praktisk støtte fra omgivelsene (Engmark, Alfstadsæther & Holte, 2006). Forskning fra de siste årene viser at familiens rolle er avgjørende i behandlingen til pasienter med schizofreni (Evensen, 2012). Uten støtte fra allianser med fagpersoner over lengre tid vil familien stå hjelpeløse ovenfor utfordringer som kan forekomme når et familiemedlem blir alvorlig psykisk syk (Fjell, 2010, s.85). Jeg er derfor av den oppfatning at pårørende har behov for kunnskap og veiledning når sykdommen rammer familien. Dette bekrefter Travelbee (2001, s.259) som skriver at familien har behov for hjelp av den profesjonelle sykepleieren for å finne mening og støtte i sykdommen som har oppstått.

Studien til Berg og Solberg (2015) viser hvordan pårørende ofte har mangel på kunnskap når den psykiske lidelsen oppstår i familien. Manglende kunnskap bidrar til å skape frustrasjon og merbelastning for familien. Lite deltakelse i behandlingen er med å gjøre at de pårørende kan føle seg maktesløse når de skal hjelpe og forstå den psykisk syke. Når familien har omsorg for en person med schizofreni er de til alle døgnets tider «på jobb». Dette fører igjen til at det er vanskelig å distansere seg emosjonelt fra de belastende forholdene i hjemmet (Engmark, Alfstadsæther & Holte, 2006). Over lengre tid kan dette være både fysisk og psykisk krevende. Funn fra forskningen til Olwit, Musisi, Leshabari og Sany (2015) viser hvordan pårørende kan føle en kronisk sorg, fordi det er krevende å ta avstand fra schizofrenidiagnosen. Sorg er en betegnelse på en tilstand som er knyttet til det å oppleve et tap. Mennesker som er i sorg kan ofte føle tristhet, sinne, skyld, lettelse, uvirkelighetsfølelse og håpløshet (Renolen, 2015, 197). Pårørende kan oppleve sorg både for den syke sin del og deres egen del på grunn av lidelsen sin alvorlighetsgrad og kronisitet (Engmark, Alfstadsæther

& Holte, 2006). Når sykdom oppstår, vil den som regel være med å påvirke resten av familien (Travelbee, 2001, s.259).

De pårørende møter på mange krevende utfordringer og de blir utsatt for følelsesmessige belastninger og omfattende stress (Helsedirektoratet, 2008). Funn fra forskningen til Kertchok, Yunibhand og Chaiyawat (2011) påpeker at det å ha et familiemedlem med schizofreni kan være stressende og føre til problemer for familien. En senere studie av Kertchok (2014) støtter også opp om hvordan en diagnose som schizofreni vil være med å påvirke miljøet i familien. Sykepleier må derfor være oppmerksom på at det å ha omsorg for et familiemedlem med psykisk lidelse betyr at de pårørende er i risikogruppe for å utvikle egen helsesvikt (Helsedirektoratet, 2008).

Forskningen til Kertchok (2014) gir eksempel på hvordan de psykiatriske sykepleierne er oppmerksom på helsen til de pårørende. De sørget alltid for å se hvordan de pårørende hadde det fysisk, mentalt og sosialt. De kom med forslag til hvordan de pårørende kunne slappe av og aktuelle livsstils tips. De psykiatriske sykepleierne utførte også helsesjekker når de pårørende hadde behov for det. En av de pårørende sa at hun var veldig fornøyd med måten hun ble behandlet av sykepleierne. Hun sa hun ble mer avslappet og kunne kontakte dem på telefon når hun møtte på problemer. Sett i lys av det deltakeren i forskningen forteller er det essensielt at sykepleier får en oversikt over hvordan de pårørende håndterer situasjonen som har oppstått. Sykepleieren må se etter tegn til utbrenthet som igjen kan føre til en depressiv tilstand hos de pårørende. Videre bør sykepleieren ta initiativ til å føre samtaler med de pårørende om hvordan de håndterer situasjonen og hvorvidt de bør søke hjelp for egen del. Typiske tegn en sykepleier må se etter er tristhet, initiativløshet, tap av energi, uro, redusert søvn og konsentrasjonsproblemer (Helsedirektoratet, 2008).

Tidsperioden før den psykisk syke får en diagnose kan være vanskelig for familien. Denne perioden er ofte preget av stress og bekymring, fordi de pårørende lever i en uvisshet om hva som feiler den psykisk syke. Når pasienten får bekreftet en diagnose vil det vekke ulike følelser hos de pårørende. Enkelte vil bli svært sjokkerte og få en opplevelse av sorg, men andre kan bli lettet for å endelig få bekreftet en diagnose. Noen kan også bruke lang tid på å akseptere diagnosen som har oppstått (Engmark, Alfstadsæther & Holte, 2006). I mange familier hvor et familiemedlem har schizofreni er det derfor vanlig å ha et miljø som består av høy fiendtlighet og aggresjon. Det er et høyt nivå av EE (Snoek & Engedal, 2017, s.59). EE-

nivået i familien er med å beskrive hvilke følelsesmessige engasjement som blir uttrykt i relasjon til en person som er preget av psykotiske symptomer i tanker og atferd. Når et av medlemmene i familien er i tidlig fase av psykosen vil over halvparten av pasient-familie relasjonene være preget av et høyt nivå av EE. Forskning viser at et høyt nivå av EE i familien vil være med å øke risikoen for tilbakefall og prognosen vil se dårligere ut for pasienten (Fjell, 2010, s.86). Enkelte pårørende kan oppfatte de negative symptomene ved schizofreni som personlighetstrekk den syke kan kontrollere selv. Dette fører ofte til at mange pårørende har problemer med å forholde seg til disse symptomene. Forskning viser at flertallet til pårørende aksepterer den schizofrene diagnosen til familiemedlemmet, men enkelte kan føle på skam når de snakker om diagnosen til andre (Svettini et al, 2015). Undersøkelser har vist at mellom 29-60% av pårørende selv sliter med psykiske vansker (Engmark, Alfstadsæther & Holte, 2006). Måten de pårørende reagerer på sykdommen som oppstår i familien vil uvegerlig kommuniseres til den som er syk (Travelbee, 2001, s. 259).

Kertchok (2014) sine funn fra forskningsstudien forteller at de pårørende særlig møter utfordringer nå den psykisk syke får psykotiske symptomer, vedkommende kan være truende og voldelig ovenfor de pårørende. Jeg har selv møtt pårørende som har opplevd å være redd sitt eget familiemedlem, fordi den psykisk syke utførte vold og oppførte seg truende ovenfor dem. Videre ble det fortalt at de slet med nattesøvnen fordi de følte at de måtte være på vakt til alle døgnets tider. Dette leder til tanken at i startfasen av sykdomsforløpet er det viktig at de pårørende mottar veiledning og råd til å håndtere slike situasjoner.

Psykoedukasjon i familiegrupper gir effekt og anbefales. Det er dokumentert gjennom forskning at undervisning om sykdommen som har oppstått er bra for pårørende og pasienter (Evensen, 2012). En manual for psykoedukativt familiearbeid består av ulike elementer. Det må utvikles en allianse og tillit mellom sykepleier og medlemmene i familien. Det må forekomme en undervisning om psykoser og familien må få hjelp til å tilpasse den nye hverdagen. I kjølevannet av en psykoseutvikling er det viktig at familien får opplæring i dagligdagse utfordringer i forhold til kommunikasjonstrening og problemløsning. Familien bør også få støtte fra et nettverk av personer som er velinformerte og deler den samme forståelsen av psykose og behandling (Fjell, 2010, s.87).

Det å få bekreftet at et medlem i familien har fått en alvorlig psykisk lidelse, er tungt å bære og fører gjerne til negative reaksjoner (Ingeberg, Tallaksen & Eide, 2013, s. 85-86). Den

psykoedukative behandlingen omfatter at det formidles kunnskap til pårørende og pasient, løsninger på problemer ved atferd, krisehåndtering og familiestøtte. I følge de faglige retningslinjene til helsedirektoratet ved utredning, oppfølging og behandling av psykoselidelser er psykoedukativt familiearbeid på nivå 1, som betyr at det er av sterkeste anbefaling (Evensen, 2012). Funnene i forskningen til Berg & Solberg (2015) viser at psykoedukasjon i familiegrupper oppleves som positivt for familien.

Behandlingen skal være med å hjelpe de pårørende med å finne en balanse mellom for mye og lite stimuli og krav, og til å bedre kommunikasjonen med det syke familiemedlemmet (Snoek & Engedal, 2017, s.89). Pårørende har behov for råd om hvordan de skal håndtere avvikende atferd som aggressivitet, sosial tilbaketrekning og avvising. Helsepersonell bør være støttende ovenfor de pårørende og gi veiledning og konkrete råd. De pårørende bør få veiledning om hvordan de kan være en positiv ressurs for det syke familiemedlemmet (Helsedirektoratet, 2008).

5.2 Det er nyttig å dele erfaringer med andre liknende situasjon

I forskningen til Berg & Solberg (2015) var de pårørende del av en samtalegruppe. I starten uttrykte de pårørende stor frustrasjon fordi de ikke visste hvordan de skulle håndtere å ha en partner som var psykisk syk. En av de pårørende i studien fortalte at før han ble medlem av samtalegruppa var han usikker på hvordan en skulle oppføre seg ovenfor en person som var psykisk syk. Han visste ikke hvilken oppførsel som var rett eller galt i situasjoner som oppstod i hjemmet. Etter deltakelsen på gruppesamlingene forklarte han at den nye kunnskapen som var tillært var med å gjøre tilværelsen enklere. Han fikk kunnskap om hvordan det var å ha en psykisk lidelse, samt hvordan det var å være pårørende i en slik situasjon. Jeg er av den oppfatning at samtalegrupper kan hjelpe pårørende hvor et familiemedlem har en psykisk lidelse. Funnene fra forskningen indikerer at det hjelper å møte andre som er i samme situasjon som en selv. Jeg tror det kan være til god støtte og hjelp, både når det kommer til det emosjonelle og det praktiske.

Pårørende kan møte utfordringer som å ta vare på egen helse, tap av inntekter og tid til aktiviteter som ikke omhandler pleie for det psykisk syke familiemedlemmet. Psykiatriske sykepleiere spiller en svært viktig rolle i behandlingen av både pasienten og pårørende. Denne rollen blir særlig viktig når pasienten flytter fra institusjon tilbake til hjemmet. De psykiatriske sykepleierne bruker da faglig kunnskap, kritisk tenkning og kliniske argumenter

for å hjelpe pasienten og de pårørende. Gjennom psykoedukasjon, rådgivning, hjemmesykepleie og generelle forberedelser skal sykepleierne gjøre pasienten og de pårørende klar for den nye hverdagen hjemme (Kertchok, 2014).

5.3 Familien har behov for informasjon, veiledning og konkrete råd

I følge de yrkesetiske retningslinjene til Norsk sykepleierforbund (2011, s. 9) skal en sykepleier sørge for at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt. Sykepleieren skal samhandle med pårørende og behandle deres opplysninger med fortrolighet. I noen tilfeller kan det oppstå konflikt mellom pasient og pårørende. Da skal hensynet til pasienten prioriteres. En sykepleier har taushetsplikt når det gjelder pasientens sykdomsforhold og andre personlige opplysninger. Sykepleieren må kjenne unntakene fra taushetsplikten når det kommer til å videreformidle informasjon til pårørende (Helsedirektoratet, 2008).

Utfordringer ved å overholde taushetsplikten når det gjelder å formidle informasjon til pårørende kan forekomme. Det kan være pasienter som ikke ønsker å dele informasjon om innleggelse eller generell informasjon om behandling vedkommende tar imot. Pasienter kan selv velge å holde dette konfidensielt. Dette blir støttet opp gjennom lover og etiske retningslinjer (Engmark, Alfstadsæter & Holte, 2006). I følge Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999), som omhandler informasjon til pasientens nærmeste pårørende, slår fast at «dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes. Er pasienten over 16 år og ikke i stand til å ta avgjørelser som omhandler pasientens eget liv, fordi vedkommende har psykiske og fysiske forstyrrelser, psykisk utviklingshemming eller senil demens, har både pårørende og pasient rett til informasjon etter reglene i § 3-2».

Det som kan være negativt med kravet om konfidensialitet er at det kan være et hinder for å oppnå et effektivt samarbeid med pårørende. Det er essensielt at helsepersonellet får fram viktigheten med å samarbeide med pårørende ovenfor pasienten. Helsepersonell bør derfor bruke god tid og få forståelse om hvorfor pasienten ikke ønsker å dele informasjon med pårørende. Det at pasienten ikke samtykker at pårørende kan få tildelt informasjon om den syke, bør også være et spørsmål som er en prosess. Det bør ikke være et spørsmål som blir stilt kun en gang. Pårørende har behov for informasjon slik at de kan støtte og hjelpe pasienten i videre behandling (Engmark, Alfstadsæter & Holte, 2006). Slik jeg ser det kan det

være vanskelig for pårørende til en psykisk syk pasient å få vite detaljer om hvordan pasienten har det i behandling. Når pasienten har en psykotisk episode kan jeg med forsiktighet si at det kan være hendelser som kan være vanskelig for pårørende å høre. Derfor kan det tenkes at sykepleier ikke greier ut om den psykotiske hendelsen, men gjerne skjerner pårørende for enkelte detaljer, om det er ønskelig.

Zou, Li, Arthur & Wang (2014) sin forskningsstudie påpeker at de pårørende ga uttrykk for at de trengte relevant kunnskap om schizofreni. Videre fortalte representantene at de ikke forstod sykdommen, fordi de ikke hadde nok informasjon og manglet kunnskap. For at pårørende skal kunne tilegne den kunnskapen de mottar fra helsepersonell er det først og fremst viktig å etablere en god relasjon dem imellom. Helsepersonell må derfor formidle kunnskapen og kommunisere på en slik måte at de pårørende mestrer situasjonen de er i. Den hjelpende kommunikasjonen helsepersonell bruker skal være anerkjennende, skape tillit og trygghet (Eide & Eide, 2013, s.20).

Forskningen til Kertchok (2014) tar for seg prosessen som må til for å danne en relasjon mellom psykiatriske sykepleiere og pårørende. Denne prosessen bestod av ulike stadier. Stadiene var å etablere tillit og få oversikt over pårørende sine behov og bekymringer. Til slutt skulle de pårørende og psykiatriske sykepleierne få til et samarbeid og skape god og trygg omsorg for det psykisk syke familiemedlemmet. Studien nevner at tillit må være tilstede for at de psykiatriske sykepleierne og pårørende skal kunne opparbeide et samarbeid sammen. Tillit i denne sammenhengen betyr da at de har tiltro til hverandre, føler seg komfortabel i hverandres nærvær og at de kan kommunisere og dele informasjon med hverandre. Travelbee (2001, s.137) sier at kommunikasjonen skal brukes på en slik måte at den trekker mennesker nærmere hverandre. Måten sykepleier kommuniserer på kan også være med å støte mennesker bort, hjelpe dem eller skape mistillit.

Kertchok (2014) sin forskningsstudie viser at de psykiatriske sykepleierne var bevisst på å være imøtekommende når de traff på de pårørende, uavhengig om det var hjemme hos pasienten eller på sykehuset. Hvordan de pårørende blir tatt imot i de første møtene med hjelpeapparatet vil ha stor betydning for hvordan kontakten blir videre. De første møtene vil også være med å påvirke hvordan de pårørende og helsepersonell samarbeider videre i behandlingen. Det mange pårørende kan oppleve er å være usikker på hvilke forventninger de kan ha til fagpersonene de møter og det psykiske helsevernet. Det er viktig at helsepersonellet

får fram at de pårørende er viktige ressurspersoner for familiemedlemmet som er syk. Helsepersonellet må lytte til det som blir sagt og vise forståelse og interesse for situasjonen de pårørende er i (Helsedirektoratet, 2008). Det første møtet med en familie er ofte fylt med utfordringer. Det må bli skapt en trygg atmosfære, der hvert familiemedlem får en opplevelse av å bli sett, ivaretatt og hørt (Reichelt, 2009, s.168).

Jeg er av den oppfatning at i det første møtet med pårørende bør sykepleier vise interesse for det som blir sagt, samt lytte og anerkjenne deres erfaringer. Sykepleieren bør også finne ut om de pårørende har behov for hjelp og støtte for å kunne ha den rollen de har. Det er essensielt at helsepersonell ser hele familien når et familiemedlem får en diagnose så alvorlig som schizofreni. Søsken av den psykisk syke kan ofte føle seg usikker, trist og kjenne på sorg eller sinne. Derfor er det viktig at helsepersonell kartlegger om pasienten har søsken for så å ta opp om det er utfordringer knyttet til situasjonen og foreldrene. Mange foreldre kan ende opp med dårlig samvittighet fordi de setter de andre i familien til side når det ene familiemedlemmet blir syk. Derfor er det viktig at foreldre får informasjon og råd om hvordan de kan ivareta familien i denne prosessen og de utfordringene som kan oppstå (Helsedirektoratet, 2008).

Med grunnlag i det som kommer fram er det tydelig at de pårørende har behov for god informasjon, og det er et steg i riktig retning for å utvikle et samarbeid mellom sykepleier, pasient og familie. Engmark, Alfstadsæter og Holte (2006) nevner at pårørende ofte kan få lite eller ingen informasjon fra behandlingsapparatet rundt pasienten. Videre nevner de hvor bekymringsfullt det er og hvilke konsekvenser det kan få. For det første har de pårørende behov for informasjon og kunnskap om den alvorlige psykiske lidelsen som har oppstått i familien. Nettopp for å løse utfordringer som kan forekomme i kjølevannet av den psykiske sykdommen. For det andre førte mangel på informasjon til mye engstelse og usikkerhet. Mange av de pårørende forstod ikke diagnosen og hva som skjedde med familiemedlemmet. Jeg kan med forsiktighet si at mangel på informasjon fører til utfordringer og kan være med å skape problemer som kunne vært unngått. Et funn som ikke kan overses i studien til Zou, Li, Arthur & Wang (2014) er at familien kunne ofte være med å forutse psykotiske symptomer som oppstod hos pasienten i en tidlig fase. Dette leder til tanken at god informasjon i kjølevannet av diagnosen kan være med å sette i gang tidlige tiltak og hindre tilbakefall hos det psykisk syke familiemedlemmet.

6.0 Konklusjon

Den foreliggende litteraturstudien får frem at når en sykepleier skal støtte pårørende hvor et familiemedlem har en schizofrenidiagnose, vil man møte på mange forskjellige og komplekse situasjoner. Dette gjør at det er vanskelig å finne et endelig fasitsvar på hvordan en som sykepleier kan støtte pårørende. Et bra utgangspunkt er at sykepleier sørger for at de pårørende får et godt første møte med hjelpeapparatet til pasienten som lider av schizofreni. Det viser seg at de første møtene har stor betydning for videre samarbeid mellom pårørende og sykepleier. For å oppnå et godt samarbeid er det viktig å etablere tillit, styrke relasjoner, fremme vilje til å bry seg og støtte familien. I møte med pårørende må sykepleier vise interesse, anerkjenne deres erfaringer og lytte til situasjonen de er i. Videre bør sykepleier kartlegge om de pårørende har behov for støtte for å kunne stå i den rollen de er i. Det er viktig at sykepleier ser hele familien til den syke, for undersøkelse viser at pårørende til pasienter med schizofreni er i risiko for å utvikle egen helsesvikt. Dette kommer av at det er en livslang oppgave å ha omsorg for en schizofren person. Forskning har vist at involvering av pårørende reduserer faren for tilbakefall, fører til færre symptomer, bedrer sosial fungering og gir en økt opplevelse av tilfredshet og mestring hos den syke og pårørende. Derfor har sykepleier en viktig oppgave å gi de pårørende veiledning om hvordan de kan være en positiv ressurs for det syke familiemedlemmet. Videre kommer det frem at psykoedukasjon i familiegrupper gir effekt og anbefales. Gjennom den psykoedukative familieoppfølgingen kan familien bidra til å hindre og utsette tilbakefall hos det psykisk syke familiemedlemmet.

I denne bacheloroppgaven håper jeg å ha belyst hvordan en sykepleier kan støtte pårørende til et familiemedlem med schizofreni. Ingen pårørende er like, derfor er det vanskelig å vite hva hver enkelt har mest behov for. Teorien til Joyce Travelbee fokuserer på at sykepleier må se sykdommen og lidelsen som har rammet pasienten og familien. Videre må sykepleieren få en forståelse for hvordan hvert enkelt menneske i familien opplever situasjonen som har rammet dem, og utøve sykepleie deretter. En bra begynnelse for å støtte pårørende kan derfor være å ta utgangspunkt i teorien til Joyce Travelbee.

7.0 Referanseliste

- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Engmark, L., Alfstadsæter, B., & Holte, A. (2006). *Diagnose schizofreni: foreldres erfaring*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Evensen, G. H. (2012, 12. Desember) *Psykoedukasjon i familiegrupper gir effekt og anbefales*. Hentet fra <https://www.napha.no/content/14498/Psykoedukasjon-i-familiegrupper-gir-effekt-og-anbefales>
- Fjell, A. (2010). Psykoedukativt eller kunnskapsbasert familiearbeid i tidlig fase av en psykoseutvikling. I L. Nilsen, K. L. K. Bjørø, E. Wego, & I. S. Bredal (Red.), *Det sårbare mennesket*. (1. utg., s. 85-98). Stavanger: Hertervig Forlag.
- Folkehelseinstituttet. (2009). *Livet med schizofreni: Erfaringer fra mennesker med diagnosen* [Brosjyre] Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Helsebiblioteket. (2015, 17. Mars). *Schizofreni*. Hentet 29. Mars 2017 fra <http://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/psykisk-helse/schizofreni>
- Helsedirektoratet. (2008). *Pårørende – en ressurs: Veileder om samarbeid med pårørende innen psykisk helsetjenester*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Håkonsen, K. M. (2006). *Mestring og relasjon: Psykologi med eksempler fra sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ingeberg, M. H., Tallaksen, D. W., & Eide, B. (2013). *Mentale knagger: En innføring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Akribe AS.

- Kertchok, R. (2014). Building Collaboration in Caring for People with Schizophrenia. *Issues In Mental Health Nursing*, 35(11), 872-882. doi:10.3109/01612840.2014.908439
- Kertchok, R., Yunibhand, J., & Chaiyawat, W. (2011). Creating a new whole: helping families of people with schizophrenia. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 20(1), 38-46. doi:10.1111/j.1447-0349.2010.00706.x
- Larsen, T. K., & Thorsen, O. (2017, 31. Januar) *Schizofreni*. Hentet fra: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/psykiatri/tilstander-og-sykdommer/psykoser/schizofreni/#fagmedarbeidere>
- Norsk Sykepleieforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Hentet 3. Mars 2017 fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Olwit, C., Musisi, S., Leshabari, S., & Sany, I. (2015). Chronic Sorrow: Lived Experiences of Caregivers of Patients Diagnosed With Schizophrenia in Butabika Mental Hospital, Kampala, Uganda. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 29(1), 43-48. doi:10.1016/j.apnu.2014.09.007
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#§3-1
- Polit, D. F., & Beck, C. T., (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Reichelt, S. (2009). De mange mulige samtalene: Samtaler inspirert av systemiske ideer. I M. H. Rønnestad, & A. Von der Lippe (Red.), *Det kliniske intervjuet* (2. utg., s. 165-183). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker: Innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Repål, A., Kråkvik, B., Grande, M., & Røssberg, J. I. (2015). Psykoselidelser. I T. Berge & A. Repål (Red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (2.utg., s.259-273). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E., (2010). *Psykiatriboken: sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Snoek, J. E., & Engedal, K. (2017). *Psykiatrici: For helse- og sosialfagutdanningene*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Solberg, M., & Berg, G. (2015). Familieperspektiv i psykisk helsevern. *Sykepleien Forskning* 2015 10(4), 372-378 doi: 10.4220/Sykepleienf.2015.55994
- Støren, I. (2013). *Bare søk!: Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Svettini, A., Johnson, B., Magro, C., Saunders, J., Jones, K., Silk, S., & ... Schreiner, A. (2015). Schizophrenia through the carers' eyes: results of a European cross-sectional survey. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 22(7), 472-483. doi:10.1111/jpm.12209
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Travelbee, J., (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Voll, J., Borge, L., & Steinstad, D. (2015). Kognitiv miljøterapi i psykisk helsevern. I T. Berge & A. Repål (Red.), *Håndbok i kognitiv terapi*. (2.utg., s.377-392). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Zou, H., Li, Z., Arthur, D., & Wang, H. (2014). Self-management in Chinese people with schizophrenia and their caregivers: A qualitative study on facilitators and barriers. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 23(4), 355-363. doi:10.1111/inm.12055

8.0 Vedlegg

8.1 Tabell søkeprosess

Søk Nr.	Database	Søkeord	Avgrensing	Treff	Artikkel
Nr.1	CINAHL	Schizophrenia	2011-2017	4086	0
Nr.2	CINAHL	Schizophrenia AND Caregivers		143	0
Nr.3	CINAHL	Schizophrenia AND Caregivers AND Nursing		18	Nr. 1
Nr.4	CINAHL	Schizophrenia	Fulltext, 2011-2017	628	0
Nr.5	CINAHL	Schizophrenia AND Family		76	0
Nr..6	CINAHL	Schizophrenia AND Family AND Relationship		12	Nr. 2
Nr.7	CINAHL	Schizophrenia AND Carer	Fulltext, 2011-2017	7	Nr. 3
Nr.8	PubMed	Schizophrenia	Fulltext, 2012-2017	26724	0
Nr.9	PubMed	Schizophrenia AND caregiver		383	0
Nr.10	PubMed	Schizophrenia AND caregiver AND Management		64	Nr.4
Nr.11	Sykepleien Forskning	Psykisk lidelse	2011-2017 AND Forskning	49	0
Nr.12	Sykepleien Forskning	Familie og Psykisk lidelse	2011-2017 AND Forskning	15	Nr.5

Nr1: Building collaboration in caring for people with schizophrenia

Nr2. Creating a new whole: Helping families of people with schizophrenia

Nr3. Schizophrenia through the carers' eyes: results of a European cross-sectional survey

Nr.4 Self-management in Chinese people with schizophrenia and their caregivers: A qualitative study if facilitators and barriers

Nr. 5 Familieperspektiv i psykisk helsevern

Dette er en tabell over suksessfulle søk.

8.2 Eksempel på kildekritikk

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

Familieperspektiv i psykisk helsevern

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell
Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?
Hva forteller resultatene?
Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det oppgitt en problemstilling for studien? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
<p>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
<p>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <p><i>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? • Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? • Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
<p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <p>TIPS:</p> <p><i>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er metoden som ble valgt god for å belyse 	<p>Ja</p> <p>0</p>	<p>Uklart</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p>0</p>

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. • Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? • Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? 	<p>Det ble brukt deskriptiv eksplorativt kvalitativt design. Intervjuer ble utført på deltakerne i studien. Intervjuene var presise og utførte i en logisk form.</p>
---	--

<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p>TIPS: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). • Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? • Er motstridende data tatt med i analysen? • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Ja, det har blitt brukt et deskriptivt eksplorativt kvalitativt design. Fenomenologisk tilnærning.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p>TIPS: Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Forskeren har gjort rede for sitt teoretiske ståsted og bakgrunn.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p>TIPS: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Det har blitt henvisning til prosjekter og bøker, og til andre forskning.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>					

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? 	<p>Balansert for dette er forstått det er lite forskning på parallelle grupper.</p>		
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
	<p>Kommentar:</p> <p>Studien har blitt godkjent av REK</p>		

HVA ER RESULTATENE?

<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan du oppsummere hovedfunnene? Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
	<p>Kommentar:</p> <p>Gruppesamtaler for familien ble sett på som viktig, befriende og nyttig</p>		

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p>TIPS:</p> <p>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? Droft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? 	<p>Kommentar:</p> <p>Deltakerne i studien sa at parallelle gruppesamtaler ga støtte og hjelp. De kunne være med å tydeliggjøre roller, dele erfaringer og oppdage, lære og erbjørne.</p>		
--	---	--	--