



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	16-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	24-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 405

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 10071

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 64

Andre medlemmer i gruppen: 403

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Kan sykepleieren bidra til myndiggjøring
av personer som lever med schizofreni?

Can nurses help empower people living with
schizophrenia?

403 og 405

Sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt helse- og omsorgsvitenskap

24.05.2019

Abstract

Title and research question: *Can nurses help empower persons living with schizophrenia?*

Background: Through our practice period in psychiatric health care, we have experienced variations in nurses' communication skills, and the interpersonal process between nurses and patients. The government also underline the importance of patient involvement. On the basis of this, we want to highlight the importance of communication skills, how nurses can establish a mutual understanding with the person living with schizophrenia, and the importance of this in the empowerment process.

Method: The method used in this thesis is literature study. We searched the PudMed and Cinahl databases for relevant literature, and found six peer-reviewed articles from different nursing journals. We have also used curriculum literature from the school's library database.

Results: By categorizing the results from the chosen articles into three different themes we found that stigmatizing attitudes towards persons living with schizophrenia and deprives the uniqueness in each individual human being. We also found that nurses' communication is important in the interaction, and how communication affects the nurse-to-patient-relationship. Research shows a significant difference between persons living with schizophrenia receiving sufficient nursing, where the nurse recognized the person living with schizophrenia as a human being and not judged through his or her illness, and the persons living with schizophrenia receiving insufficient nursing. Nurses view of humanity plays a fundamental role in how the nurse practice her communication.

Conclusion: At the end of our literature study we can answer the research problem with yes, nurses can help empower persons living with schizophrenia. We can answer this question by addressing the discussion's sub-headings: *by striving against stigmatizing attitudes, being aware of the fact that communication reveals our attitudes, and creating a good human-to-human relationship.*

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	4
1.1 BAKGRUNN	4
1.2 HENSIKT	5
1.3 PROBLEMSTILLING	5
1.4 AVGRENSING	5
1.5 BEGREPSAVKLARING	5
1.6 OPPGAVENS STRUKTUR	6
2.0 TEORI.....	7
2.1 KJENNETEGN VED SCHIZOFRENI	7
2.2 MENNESKESYN	8
2.3 MYNDIGGJØRING	9
2.4 JOYCE TRAVELBEES SYKEPLEIETEORI	9
2.5 KOMMUNIKASJON	12
3.0 METODE.....	13
3.1 LITTERATURSTUDIUM.....	13
3.2 SØKESTRATEGI	14
3.3 ETISKE OVERVEIELSER	15
3.4 KILDEKRITIKK	15
4.0 RESULTAT	17
4.1 STIGMATISERENDE HOLDNINGER REDUSERER DET UNIKE VED MENNESKET.....	17
4.2 SYKEPLEIERENS KOMMUNIKASJON ER AV BETYDNING	18
4.3 FELLES FORSTÅELSE SKAPER MYNDIGGJØRING.....	19
5.0 DISKUSJON.....	21
5.1 BEKJEMPE HOLDNINGER SOM FREMMER STIGMATISERING	21
5.2 KOMMUNIKASJONEN ER FORANKRET I SYKEPLEIERENS HOLDNING	23
5.3 MENNESKE-TIL-MENNESKE-FORHOLDET ER AVGJØRENDE FOR MYNDIGGJØRING	26
6.0 KONKLUSJON	29
7.0 REFERANSER	30
VEDLEGG	32
TABELL 3, OVERSIKT AV SØKEHISTORIKK	32
TABELL 4, LITTERATURMATRISE	33

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn

Travelbee (1999) hevder at "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" (s. 29). Hennes forklaring på den mellommenneskelige prosess er verdigrunnet i sykepleiefaget og sykepleieutøvelsen, noe vi har erfart gjennom et snart avsluttet treårig studie. Vi har erfart, og vært vitne til den mellommenneskelige prosessen mellom sykepleier og pasient i praksisperiodene våre, da spesielt i fagutøvelsen av sykepleie i psykiatrisk helsevern. Vi var begge i praksis på psykiatriske avdelinger som primært behandler personer med schizofreni, og ble interessert i sykepleierens rolle i dette samarbeidet, og hvordan sykepleierens holdninger og handlinger får konsekvenser og påvirker personene som lever med denne psykiske lidelsen.

Gjennom praksisperioden i psykiatrisk helsevern har vi opplevd stor variasjon i sykepleiernes kommunikasjonsferdigheter. På bakgrunn av dette ønsker vi å belyse viktigheten av god kommunikasjon som virkemiddel i myndiggjøringsprosessen av personer som mottar helsehjelp. Vi erfarte at personers relasjon til sykepleiere var viktig for å danne et godt samarbeid, og at myndiggjøring var vanskelig å få til dersom tillit ikke var tilstede i dette samarbeidet. Det kan tidvis være vanskelig for sykepleieren å etablere et godt samarbeid med mennesker som lever med schizofreni. Samarbeidsforholdet kan vanskeliggjøres dersom sykepleieren ikke har tilstrekkelig kunnskap om holdninger og kommunikasjonsferdigheter som fremmer myndiggjøring hos personer med schizofreni.

Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009) og Helsedirektoratet (2013) setter fokus på at pasienter skal være medvirkende i sitt pasientforløp. Vi tror at vi ved å skrive denne oppgaven både kan lære og opplyse andre om hvordan og hvorfor vi skal fremme myndiggjøring hos personer med den psykiske lidelsen schizofreni ved å la vedkommende være medbestemmende i sin behandling, og hvilken rolle sykepleieren har i dette arbeidet. Under arbeidet med innhenting av aktuell litteratur merket vi oss at det meste av nyere forskning konkluderer med at det ikke er nok tilgjengelig forskning som omhandler schizofreni, kommunikasjon og myndiggjøring. I tillegg til at det er lite forskning med konkrete konklusjoner, finnes det også lite litteratur om myndiggjøring spesifikt, da begrepet

myndiggjøring settes i sammenheng med begrepet ”empowerment” som fortsatt er et relativt uavklart begrep. Dette viser klart at det er et behov for videre forskning og litteratur rundt schizofreni og myndiggjøring.

1.2 Hensikt

Hensikten med vår oppgave er å øke kunnskapen og bevisstheten om hvordan vi som sykepleiere kan kommunisere, og hvilke holdninger vi formidler til personer som lever med schizofreni. Gjennom dette kan sykepleier fremme myndiggjøring slik at personen som lever med schizofreni kan mestre og finne mening i sin hverdag. Å øke kunnskapen og bevisstheten rundt dette er relevant for sykepleiefaget da holdninger og kommunikasjon er en forutsetning for gjensidig forståelse og samarbeid mellom sykepleier og den som mottar helsehjelp. Samarbeid er en sentral del av sykepleien til mennesker som opplever psykose (Hummelvoll, 2012, s. 351). Det vil oppstå situasjoner i alle sykepleieres arbeidsliv hvor god kommunikasjon og riktige holdninger er viktig, ikke kun i møte med personer som lever med schizofreni. Ikke minst er myndiggjøring av personer med psykiske lidelser en viktig oppgave for sykepleiere, da sykepleiere har en sentral rolle i å forsøke å påvirke livskvaliteten til vedkommende ved å hjelpe han eller henne å mestre og finne mening i sine erfaringer.

1.3 Problemstilling

Kan sykepleieren bidra til myndiggjøring (empowerment) av personer som lever med schizofreni?

1.4 Avgrensning

Vi har avgrenset vår problemstilling til kun å inkludere voksne mennesker som har den psykiske lidelsen schizofreni, og som har mottatt en eller annen form for behandling fra helsevesenet. Videre er oppgaven avgrenset til å kun dreie seg om samhandlingen mellom personer med schizofreni og sykepleier. Vi kommer dermed ikke til å trekke inn pårørende eller helsesystemet utenfor kontakten mellom personen med schizofreni og sykepleier. Vi avgrenser oppgaven til hvordan sykepleieren kan bruke sin kommunikasjon som virkemiddel og holdninger for å fremme myndiggjøring hos personen som lever med schizofreni.

1.5 Begrepsavklaring

1.5.1 *Schizofreni* er den vanligste formen for psykose, og i et livsløpsperspektiv er ca. 1% av befolkningen rammet av denne lidelsen. Psykoser er psykiske lidelser som kjennetegnes ved

at pasienten har en alvorlig forstyrrelse i sin virkelighetsoppfatning. Tenkning, persepsjon og affekt vil være forstyrret hos pasienten. (Snoek & Engedal, 2017, s. 82-83)

1.5.2 *Myndiggjøring* kommer fra det engelske begrepet *empowerment*. Empowerment er vanskelig å direkte oversette til norsk uten å vesentlig redusere begrepets betydning og meningsinnhold. I hovedsak er ”empowerment”-begrepet et umodent begrep i vitenskapelig sammenheng som ikke har blitt etablert i norsk forstand. Begrepet settes i sammenheng med myndiggjøring, bemyndigelse, brukermedvirkning, livsstyrketrening, styrkning, delaktighet, pasientkraft egenkraftmobilisering eller å ha handlingsrom i eget liv. (Tveiten & Boge, 2014, s. 15) Empowerment er et internasjonalt begrep, men vi velger å forstå det som synonymt til *myndiggjøring*. Da selve ordet ”empowerment” vanskelig oversettes direkte fra engelsk til norsk, bruker vi det norske ordet *myndiggjøring*, uten at vi av den grunn ønsker å ekskludere mangfoldet rundt empowerment.

1.5.3 *Kommunikasjon* kommer fra det latinske ordet ”communis”, og betyr ”å ha felles”. Det er en nødvendig forutsetning for fellesskap (Hummelvoll, 2012, s. 420). Kommunikasjon er en gjensidig prosess der en deler eller formidler tanker og følelser. Dessuten er kommunikasjon en forutsetning for å kunne oppnå det som i følge Travelbee er sykepleierens mål og hensikt, nemlig å hjelpe pasienten i å mestre sykdom og lidelse, og å finne mening i disse erfaringene (referert i Kirkevold, 1998, s. 119).

1.6 Oppgavens struktur

Gjennom et sykepleieperspektiv forklarer vi i denne oppgaven viktigheten av sykepleiernes kompetanse og bevissthet ved kommunikasjon til personer som lever med schizofreni. Oppgaven innledes av oppgavetemaets bakgrunn og hensikt, som danner oppgavens problemstilling. Videre beskriver vi relevant teori som knyttes til problemstillingen. Gjennom metoddelen forklarer vi hvorfor og hvordan vi har valgt den aktuelle litteraturen, de ulike databasene og valg av artiklene som er brukt. Ut ifra litteraturens og artiklenes resultater som vi har samlet i tre deloverskrifter, diskuterer vi problemstillingen. Avslutningsvis har vi formet en konklusjon som forsøker å svare på problemstillingen. Det er også lagt ved vedlegg om søkene og en oversikt av artiklene.

2.0 Teori

For å belyse teori knyttet til vår oppgave har vi valgt å bruke pensumlitteratur innenfor psykiatrisk sykepleie, sykepleieteori og kommunikasjon fra Høgskulen på Vestlandets sykepleierutdanning.

2.1 Kjennetegn ved schizofreni

Schizofreni er en alvorlig psykoselidelse (Malt, 2018) som gjør det utfordrende for personen med schizofreni å oppfatte virkeligheten, og forholde seg til andre. Personen som opplever psykose, vil periodevis ha en annen virkelighetsoppfatning og i den anledning oppleve sansebedrag som kan skape angst og oppleves truende for personen. Det kan også føre til at personen som opplever disse symptomene føler seg ensom da hans eller hennes situasjon oppleves annerledes i forhold til menneskene rundt seg. For at sykepleiere skal kunne hjelpe personen som befinner seg i psykose er det viktig at vi danner oss en forståelse rundt vedkommendes opplevelser og tanker. (Hummelvoll, 2012, s. 339)

Personer med schizofreni kan oppleve hallusinasjoner som kan gjøre hans eller hennes daværende fordreide virkelighetsoppfatning tydelig for andre. Han eller hun kan se eller høre ting som andre ikke oppfatter. Disse sansebedragene kan personen som opplever dem oppfatte som nedsettende eller krenkende, ved at stemmene personen hører prater nedsettende til personen som opplever dem, eller andre rundt seg. Dette gjør det vanskelig for personen å konsentrere seg, og det kan bli utfordrende for han eller henne å opptre i sosialt samvær med andre. Pårørende til personer som lever med schizofreni beskriver at vedkommende kan få uforutsigbare følelsesmessige reaksjoner, og at disse kan henge sammen med at personen har endret virkelighetsoppfatning. Symptomer som er observerbare for andre kalles positive symptomer, og disse kan være vrangforestillinger, tankemessig desorganisering, hallusinatorisk atferd, uro/agitasjon, storhetsideer, mistenksomhet og fiendtlighet. Negative symptomer, som affektmatthet, følelsesmessig tilbaketrekking, sparsom emosjonell kontakt med andre, passiv/apatisk sosial tilbaketrekking, problemer med abstrakt tenkning, mangel på spontanitet og ledighet i samtale, er mindre påfallende for andre, men er alvorlige for personen som opplever dem, da de kan føre til at pasienter mister kontakt med omverden. Personer som lever med schizofreni og som har et godt forhold til sin behandler vil ha større sjanse til å fullføre et behandlingsregime. (Snoek & Engedal, 2017, s. 83-87)

2.2 Menneskesyn

Som sykepleiere handler vi etter vår faglige bakgrunn og de erfaringer vi har gjort oss i forhold til andre mennesker. Disse erfaringer er med på å danne vårt menneskesyn. ”Våre holdninger og handlinger er med på å forme det mellommenneskelige samspill vi til daglig tar del i” (Hummelvoll, 2012, s. 111). Hummelvoll (2012, s. 25-26) gjengir Phil Barkers humanistiske menneskesyn hvor en ønsker å rette fokuset på å dyrke frem en omsorgskultur der hvert enkeltmenneskes verdighet blir opprettholdt og hvert individ blir respektert som person. Mennesket står i fare for å bli redusert til sin psykiske lidelse og kan dermed utsettes for krenkelser når mennesket settes i en stigmatiserende pasientrolle. Derfor er våre holdninger og handlinger knyttet til hvordan vi ser mennesket i pasientrollen viktig for å ikke redusere pasienten til sin psykiske lidelse.

Det humanistiske menneskesynet befinner seg på individnivå. Som kontrast til det humanistiske menneskesynet, har vi den sosiologiske tankegangen som ser på mennesket i en sosial situasjon på samfunnsnivå. Sosiologisk tankegang legger til grunne for den ”sosiale modell” som holder individuelle forskjeller hos individer konstant for å tydeliggjøre de ulike samfunnsrollene. I dette perspektivet blir individuelle forskjeller hos personer satt i forhold til sosiale forventninger og normer. Det å ikke oppfylle disse forventningene og normene kan føre til at personen blir fastlåst i det Hummelvoll kaller en avvikerrolle. Gjennom avvisning og restriksjoner på normal sosial samhandling med andre kan en slik stigmatisering også kunne medføre at personen vil etter hvert kunne opptre i tråd med andres forventninger og låses fast i avvikerrollen. Dette vil igjen medføre til en bekreftelse av fordommene til den som blir sett på som avviker. (Hummelvoll, 2012, s. 118)

En paternalistisk tankegang hos sykepleiere kan bidra til å forsterke avvikerrollen hos personer med psykiske lidelser. I medisinsk sammenheng går ”paternalisme” ut på at legen avgjør hva som er best for pasienten, og står i motsetning til pasientautonomi (Winther, 2018). Hummelvoll (2012, s. 96) beskriver uønsket paternalisme som en situasjon der helsepersonell reduserer den voksne pasientens beslutningsevne og autonomi ved at man gjør kravet på å vite bedre enn pasienten hva som er det beste alternativet for han eller henne. Denne tankegangen hos sykepleiere hemmer myndiggjøring av pasienter da Rappaports (referert i Tveiten & Boge, 2014, s. 19) beskrivelse av myndiggjøringens kontrast er maktløshet, lært hjelpeløshet, fremmedgjøring og opplevelsen av å ikke ha kontroll over sitt eget liv.

2.3 Myndiggjøring

Myndiggjøring er i følge Hummelvoll (2012, s. 351) et sentralt mål for sykepleie og behandlingen til personer med psykoselidelser. Myndiggjøring innebærer at vedkommende involveres i å definere hva behandlingen skal inneholde og hvordan den skal foregå. En forutsetning for myndiggjøring er å etablere et godt samarbeid mellom sykepleier og personen med psykoselidelsen basert på god kommunikasjon og gjensidig forståelse. Hovedprinsipper i myndiggjøringstenkning inneholder i følge Tveiten og Boge (2014, s. 16): ”maktfordeling fra fagperson til bruker, medvirkning og synet på bruker som ekspert på seg selv”. I følge pasient- og brukerrettighetsloven er brukermedvirkning en lovfestet rettighet (2001, § 3-2).

Myndiggjøringsprosessen innebærer at personen som mottar helsehjelp får hjelpen som må til for å kontrollere sin egen hverdag i så stor grad som mulig, og får anledning til å benytte seg av dette tilbudet. Denne prosessen krever en felles forståelse av likeverdighet mellom partene i samarbeidet. I dette samarbeidet skal den som hjelpes stadig øke sin kontroll ved at hans eller hennes ressurser og muligheter stimuleres. Prosessen handler om mer enn bare å gi råd eller informasjon. Den som hjelper skal evne og skape et samarbeid som ivaretar affektive og rasjonelle aspekter, som tillit, trygghet og anerkjennelse, hos personen som hjelpes. Det presiseres at myndiggjøring i stor grad dreier seg om involvering. (Tveiten & Boge, 2014, s. 20)

Eide og Eide (2007, s. 19) beskriver myndiggjøring som en holdning som kommer til uttrykk gjennom praktisk kommunikasjon og ved å involvere pasienten i beslutninger. Myndiggjøring er begrunnet i etiske verdier som respekt, autonomi, likeverd og hensyn til pasientens beste. Videre beskriver Snoek og Engedal (2017, s. 45) myndiggjøring som en prosess der pasienten får økt mestring i sitt eget liv, og dermed blir i stand til å ivareta sin egen helse. Mestring bygger på et samvirke av emosjonell nærhet og kompetanse, som igjen bidrar til å bygge opp selvfølelsen.

2.4 Joyce Travelbees sykepleieteori

Oppgaven bygger på Joyce Travelbees sykepleieteori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter. Hennes (referert i Kirkevold, 1998, s. 113) teori tar i utgangspunkt i den medmenneskelige prosessen, som definerer selve sykepleien. For å anvende den mellommenneskelige prosessen, kreves et menneske-til-menneske-forhold. Utgangspunktet

her er at det viktigste som skjer når et menneske mottar sykepleie, er det forholdet som etableres mellom sykepleier og pasient. Det er kvaliteten av dette forholdet som forklarer hvordan en pasient kan dra nytte av sykepleie (Kirkevold, 1998, s. 61). Generaliserende begreper som pasient og sykepleier tar Travelbee (1999, s. 63-64) sterk avstand fra, da hun mener disse definisjoner reduserer enkeltmennesket til det generelle. Travelbee definerer mennesket som et unikt og uerstattelig individ (Travelbee, 1999, s. 57), og at det er sykepleierens viktigste hensikt å hjelpe pasienten til å finne mening i tilværelsens ulike livserfaringer. Å etablere et menneske-til-menneske-forhold gjennom interaksjonsfaser er nøkkelen til god sykepleie, da sykepleierens hensikt oppnås ved å etablere dette forholdet (Travelbee, 1999, s. 41).

“Terapeutisk bruk av seg selv” er ifølge Travelbee effektiv bruk av kommunikasjon hos sykepleieren. Sykepleieren skal bruke sin personlighet og kunnskap for å bidra til forandring hos den syke. Når denne forandringen virker positivt vil den være terapeutisk. Man vil bevisst søke å etablere bånd til pasienten og møte hans eller hennes behov, og hjelpe vedkommende til å akseptere den menneskelige tilstanden, som inkluderer sykdom og lidelse. I følge Travelbee kreves det en dyp forståelse av den menneskelige tilstand og egne verdier for å bruke seg selv terapeutisk. (Travelbee, 1999, s. 44-46) Videre forklarer Travelbee (1999, s. 140) at kommunikasjon brukes for å bli kjent med mennesket som skjuler seg bak merkelappen ”pasient”. For å kunne gjøre dette må sykepleieren være i stand til å sette mennesket i fokus uten å kategorisere eller sette merkelapp på han eller henne.

Kirkevold (1998, s. 115) gjenforteller Travelbees syn på hvordan en gjennom samtale og drøfting med pasienten, kan skape et helhetlig bilde over pasientens oppfattelse av sykdom, slik at sykepleier kan utøve helhetlig sykepleie til pasienten. Måten den syke personen oppfatter sin sykdom på, er viktigere enn noen helsearbeiders kategoriseringssystem. Som sagt trekker Travelbee sterk avstand fra å redusere enkeltmennesker til det generelle. En vil gjennom samtale og drøfting med pasient kunne starte prosessen for å skape et menneske-til-menneske-forhold.

Menneske-til-menneske-forhold er et virkemiddel som ifølge Travelbee gjør det mulig å oppfylle sykepleiens mål og hensikt, nemlig å hjelpe et individ med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse med å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999, s. 171). Et av de viktigste redskapene sykepleieren har, ifølge Travelbee er kommunikasjon, men hun

presiserer at kommunikasjonsteknikker ikke er mirakelkurer, og at det ikke finnes noen trylleformel som kan etablere bånd. Menneske-til-menneske-forholdet er ikke noe som kommer av seg selv, men noe som bygges opp dag for dag med den syke. Det betyr at sykepleieren må vite hva hun eller han gjør, tenker, føler og erfarer. Menneske-til-menneske-forholdet er et mål som nås etter at forholdet mellom sykepleier og den syke har gjennomgått flere faser. En kan ikke gå videre til neste fase uten å ha gjennomført den forrige. (Travelbee, referert i Kirkevold, 1998, s. 117-119) Travelbee beskriver disse fasene på følgende måte;

1. *Det innledende møtet*

Sykepleierens oppgave i denne fasen er å være klar over hvordan stereotype oppfatninger preger hans eller hennes inntrykk av den syke personen, og betydningen av å bryte ut av denne kategoriseringen for å få øye på det særegne individet i pasienten (Travelbee, 1999, s. 186-187)

2. *Fremvekst av identiteter*

Sykepleier og pasient begynner å etablere bånd og sykepleieren får en begynnende forståelse av pasientens oppfatning av sin situasjon, og pasient opplever sykepleieren som en enestående person og ikke som en rolle. For at dette skal skje, må sykepleieren fri seg fra pasienten ut fra hans likheter med andre pasienter han eller hun har pleiet (Travelbee, 1999, s. 188-189).

3. *Empati*

I følge Travelbee er empati en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer. Det er i hovedsak evnen til å gå inn i eller dele og forstå et annet individs psykososiale tilstand i et bestemt øyeblikk. Å vise empati er en intellektuell prosess som ikke synes å være avhengig av om en liker eller misliker den andre (Travelbee, 1999, s. 193 og 196).

4. *Sympati*

Sympatifasen er et resultat av den empatiske prosessen. Sympati er et steg videre i den forstand at sympati er knyttet til et ønske om å avhjelpe lidelse. Sympati kan ikke forekomme dersom en ikke opplever nærhet til den en føler sympati for. Sympati kan være med på å lette lidelsen, ved at personen ikke bærer byrde av lidelse alene (Travelbee, 1999, s. 200).

5. *Gjensidig forståelse og kontakt*

Den siste fasen av menneske-til-menneske-forholdet er en nær, gjensidig forståelse og kontakt mellom de to personene (Travelbee, 1999, s. 211).

Siden mening bare kan finnes av den syke selv, vil helsearbeidere, familie eller venner av den syke ikke kunne "gi mening" til vedkommende, selv om de kan hjelpe han eller henne til å finne mening (Travelbee, 1999, s. 226).

2.5 Kommunikasjon

Med gode kommunikasjonsferdigheter kan sykepleieren øke forståelsen av mennesket som et unikt individ, ikke bare ut fra personens sykdom. Relasjonen som skapes kan gi sykepleieren større mulighet til å gi bedre hjelp og støtte, til å ta gode beslutninger sammen med pasienten, og til å stimulere pasientens utvikling i riktig retning. (Eide & Eide, 2007, s. 21)

Når vi arbeider som sykepleiere, kommuniserer vi som yrkesutøvere, som fører til at kommunikasjonen vil befinne seg på et profesjonelt grunnlag. Denne kommunikasjonsformen skiller seg fra det hverdagslige og private ved at den kommer fra et helsefaglig formål. Kommunikasjonen skal være faglig begrunnet og til hjelp for personen som mottar helsehjelp. Eide og Eide beskriver videre hvordan den profesjonelle kommunikasjonen skal ivareta pasientens autonomi. Dette gjøres ved å ta pasienten på alvor, behandle en med respekt og la pasienten ha innflytelse i sin egen situasjoner. (Eide & Eide, 2007, s. 18-19)

Bekreftende kommunikasjon kan i følge Eide og Eide (2007, s. 220) defineres som ferdigheter som formidler at man har sett og forstått det sentrale i det den andre prøver å kommunisere, og at sykepleieren har evne til innlevelse i pasienten livssituasjon. Bruken av bekreftende kommunikasjon uttrykker og forutsetter respekt og interesse for pasienten. Man respekterer deres integritet, frihet og rett til selvbestemmelse. Både nonverbal og verbal bekreftende ferdigheter kan gi grunnlag for myndiggjøring.

Nonverbal kommunikasjon er i følge Eide og Eide (2007, s. 199) en grunnleggende, profesjonell ferdighet som anvendes gjennom hele hjelpeprosessen. Våre nonverbale uttrykksformer kan ofte avsløre spontane reaksjoner, som også kan være ubevisste for oss selv. Slike uttrykksformer formidler et budskap som tolkes av pasienten. Sykepleiernes nonverbale kommunikasjon formidler hvorvidt vi er innstilt på å lytte og hjelpe, som igjen avgjør hvorvidt pasienten føler seg trygg og ivaretatt.

Eide og Eide (2007, s. 198-199) samler gode nonverbale kommunikasjonsferdigheter i seks hovedpunkt:

1. ”Å ha øyekontakt, men uten å stirre
2. Å innta en mottagende, åpen kroppsholdning (og unngå kryssende armer/ben)
3. Å lene seg fram mot den andre, være henvendt gjennom kroppsholdning (og unngå å henge likegyldig tilbakelent)
4. Å følge den andres utsagn nært ved forstående nikk, bekræftende ”mm”, eller også beroligende berøring
5. Å være avslappet, naturlig og vennlig i stemme og bevegelse (og ikke spent, utrolig og rastløs)
6. Å la ansiktet uttrykke ro, tilstedeværelse og interesse (lukket munn, glatt panne, senkede øyenbryn, osv.)”

Som sykepleier har en mulighet til å tre inn i det Stern (referert i Eide & Eide, 2007, s.154) kaller en ledsagerrolle. Denne rollen inntas når sykepleieren bruker sin kommunikasjon til å regulere oppmerksomhet og balansere følelsene til pasienten. Denne psykologiske funksjon hos sykepleieren kan bidra til å skape balanse og trygghet for pasienter når de settes for belastninger, som for eksempel sykdom. En hjelper som balanserer sin kommunikasjon etter pasientens følelsesmessige intensitet, vil kunne ha en slik funksjon. Dette vil kunne bidra til å utvikle pasientens indre, selvregulerende funksjon og styrke hans eller hennes selvbestemmelse og integritet.

3.0 Metode

Metode er det redskap som brukes når man skal gjennomføre undersøkelser eller forskningsprosjekter. Metoden vil definere hvordan man innhenter seg ny kunnskap og går frem for å finne svar. Den valgte metoden vil også handle om hvordan man henter inn, organiserer og tolker data. (Dalland, 2017, s. 52)

3.1 Litteraturstudium

Vi skriver vår bacheloroppgave som en litteraturstudie. Denne metoden er valgt da denne gir en god oversikt av forskning som allerede har blitt gjort rundt temaet. Ved litteraturstudium systematiserer man kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere betyr at man samler inn

litteratur, kritisk vurderer den aktuelle litteraturen, og til slutt sammenligner funnene slik at man kan besvare oppgavens problemstilling. Man gir leseren en forståelig og oppdatert oversikt over forskning som finnes, og eventuelt mangler rundt det valgte temaet.

(Thidemann, 2015, s. 79-80)

Vi har gjennomgått både kvalitativ og kvantitative forskningsmetoder i vårt søk for å tilegne oss den nyeste forskning rundt det aktuelle tema. Begge metodene bidrar på hver sin måte til en videre forståelse av det samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler. Den kvantitative metoden gir data i form av målbare enheter, der tallene gir mulighet til å foreta regneoperasjoner. Kvalitativ metode tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes. (Dalland, 2017, s. 52)

3.2 Søkestrategi

Problemstillingen danner utgangspunktet for litteratursøket. For å gjøre den søkbar og presis er PICO et verktøy som kan benyttes (Thidemann, 2015, s. 86). Vi utførte PICOen med engelske ord da søkene ble utført på engelsk.

Tabell 1, PICO-skjema

	Engelske ord
P = patient/problem	Patients with schizofrenia
I = intervention	Communication
C = comparison	
O = outcome	Empowerment

I utgangspunktet valgte vi å søke etter artikler som inneholdt alle momenter i vår problemstilling, men med dette fant vi ikke artikler som var inkluderbare i vår oppgave. Ved å benytte Høgskulen på Vestlandets tilbud kalt "søkeakutten", som er et tilbud der studenter kan få hjelp til å finne søkeord og søke i relevante databaser, ble vi anbefalt å søke bredere da dette ga flere relevante resultater. I tillegg til ordene inkludert i PICO, brukte vi også søkeordet "nursing" for å avgrense søket til sykepleiefaget.

Som inkluderingskriterier, kriterier som skal tydeliggjøre litteratursøket og avgrense treff (Thidemann, 2015, s. 84), valgte vi publikasjoner utgitt mellom 2008 og 2018 da litteratur som er eldre enn dette kan være utdatert og muligens ikke like relevant i dagens praksis. Et ekskluderingskriterium er at vi begrenser søket til kun å ta for seg artikler fra Europa og Nord-Amerika, da kommunikasjon og holdning er av betydning i problemstillingen. Vi har lite kunnskap om holdninger og handlinger innenfor helsevesenet i de andre verdensdelene, og har valgt å forbeholde oss til studier som foregår i Europa og Nord-Amerika. Artikler fra disse verdensdelene mener vi vil være mer overførbare til vår egen praksis. Vi har også valgt artikler som hovedsakelig fokuserer på sykepleiefaget og sykepleieutøvelse.

Vi søkte i databaser som vi har tilgang til gjennom Høgskulen på Vestlandets nettsider, og som inneholder helsefaglig forskning. Vi utførte søk i SveMed+, PubMed, Cochrane og Cinahl. De databasene som mest presise treff og flest relevante artikler var PubMed og Cinahl. Søkene har blitt gjort i perioden desember 2018 og april 2019.

3.3 Etiske overveielser

Da vi skriver litteraturstudium skal vi bruke resultater fra andres forskning, og vi må dermed forholde oss til akademiske normer til kildehenvisning (Thidemann, 2015, s. 12). Derfor skal vi gjengi sitater og referanser korrekt etter APA 6th-stilen. Vi skal alltid vise klart hvor litteraturen er hentet fra, og sørge for at litteraturen blir fremstilt på riktig måte.

De fleste av artiklene vi har valgt er av kvalitativ metode, og deltagere deler her sine personlige beskrivelser av den livssituasjon hun eller han befinner seg i (Dalland, 2017, s. 65). Det blir derfor vurdert om det er tatt hensyn til anonymitet, taushetsplikt og informert, frivillig samtykke i forskningsartiklene som skal brukes. Informert, frivillig samtykke betyr at de som involveres i forskning, gjør dette på et selvstendig grunnlag. (Dalland, 2017, s. 77). Vi har i tillegg vurdert om artiklene er godkjent av etikkomiteer.

3.4 Kildekritikk

Dalland (2017, s. 150) mener at grunnlaget for å utøve kildekritikk er at man er kapabel til å forholde seg kritisk til det som er skrevet, det kalles for informasjonskompetanse. Dette gjøres ved å vurdere både kilden og informasjonens kvalitet knyttet til relevansen til oppgaven. Vi har lest de utvalgte artiklene nøye, analysert innholdet og vurdert de etiske overveielser. Vi har utført kildekritikk i tråd med Dallands beskrivelse og med hjelp av sjekklister fra

Helsedirektoratet (2016) som validerer metodene som er brukt i de aktuelle studiene. Alle artiklene vi har valgt er gitt ut i vitenskapelige sykepleietidsskrifter og er fagfellevurdert.

Flere av studiene (Lilja & Hellzén, 2008; Mahone, Maphis & Snow, 2016; Pounds, 2010) har få deltagere og er av kvalitativ metode som baserer seg på følelsene og tidligere opplevelsene av personer som lever med schizofreni. Dermed kan ikke disse funnene være generaliserende for alle personer med schizofreni da de er unike individer med egne følelser og preferanser. På tross av dette har vi inkludert artiklene da kvalitativ forskning ikke er ment å være generaliserende, og vi i denne oppgaven legger vekt på det individuelle enkeltmennesket og hans eller hennes livssituasjon, og ikke bare sykdomsbildet.

Vi har undersøkt kvantitative studier, men ikke lyktes i å finne nyere og relevant forskning som omhandlet schizofreni og myndiggjøring, da studiene enten var utdaterte eller hadde for få deltagere som lever med schizofreni. I Hultqvist, Eklund og Leufstadius (2015) kvantitative studie om myndiggjøring og mennesker med psykiske lidelser, hadde kun 28% av deltagerne schizofreni, og vi anså dermed ikke studien til å være relevant til vår litteraturstudie da resultatet i studien tok for seg psykiske lidelser som samlebegrep og ikke tok for seg enkeltlidelser. Hanssons og Björkmans (2005) kvantitative studie om reliabilitet og pålitelighet til den svenske empowermentskala var nesten 50% av de inkluderte deltagerne personer med schizofreni, men med studiens utgivelsesår tatt i betraktning var den ikke lengre relevant. Vi har identifisert disse studiene, men har valgt å ekskludere dem på grunn av oppgavens avgrensning. Som nevnt innledningsvis er forskning rundt schizofreni og myndiggjøring sparsom, og vi har ikke lyktes med å finne systematiske oversikter som kan relateres til den valgte problemstillingen.

Av databaser har vi brukt de som vi er kjent med gjennom tidligere undervisning knyttet til kunnskapsbasert praksis. Av litteratur har vi benyttet oss av sykepleierutdanningens pensumlitteratur fra Høgskulen på Vestlandet. For å finne litteratur å supplere sykepleiepensumet med søkte vi på bibliotekets eget nettsted (oria.no) med hjelp fra ansatte på campus Kronstad. Vi anser dermed databasene og pensumlitteraturen som pålitelig.

4.0 Resultat

De seks artiklene vi har valgt inkluderer ikke alle momentene i problemstillinger vår, men de inneholder relevante funn og opplysninger som kan knyttes til oppgavens problemstilling. I denne delen av oppgaven gir vi en oversikt over innholdet i studiene etter relevante temaer.

4.1 Stigmatiserende holdninger reduserer det unike ved mennesket

Ut i fra en britisk kvalitativ spørreundersøkelse om stigmatisering gjort i 2008 gjengir Jensen et al. (2013, s. 150) at pasienter som har vært i kontakt med psykiatriske helsetjenester har rapportert at livene deres ble skadet av stigmatisering som følge av at helsepersonell kun så sykdommen, ikke personen som et unikt individ. Kort sagt kan krenkende og stigmatiserende språk hos helsepersonell føre til at helsepersonell hindrer personer med psykiske lidelser i å oppsøke nødvendig helsehjelp. Jensens studie dreier seg om stigmatisering som følge av språkbruk, og ønsker å fremme det hun kaller personsentrert språk. Ved å bruke personsentrert språk plasserer man substantivet ”person” foran det beskrivende adjektivet eller diagnosen til personen man omtaler. Hun påpeker at ved ikke å plassere personen foran diagnosen, skapes en uønsket avstand mellom sykepleier og pasient. En liknende avstand blir presentert i Lilja og Hellzés (2008, s. 282) studie, der deltagerne i studien var innlagt ved en psykiatrisk avdeling. Deltagerne rapporterte at de opplevde ensomhet under innleggelsen, som følge av de ansattes manglende tilstedeværelse. De opplevde at helsepersonellet så på dem som sykdomstilfeller fremfor mennesker. Videre beskrev deltagerne at å være innlagt på psykiatrisk avdeling betydde å bli forandret fra et unikt individ til å bli assosiert med sin diagnose. I studien kommer det frem at deltagerne skulle ønske de hadde mer mellommenneskelig kontakt med personalet på avdelingen slik at de kunne prate og skape relasjon til dem. I stedet opplevde de ved flere tilfeller å bli behandlet med medisiner, fremfor å bli tilbudt mellommenneskelig kontakt og dialoger. Slike holdninger som er beskrevet i Jensens et al. (2013, s. 149) og Lilja og Hellzés (2008, s. 280) studier kan forstås som en konsekvens av tradisjonell psykiatrisk behandling basert på en paternalistisk tankegang. Stigmatiseringen i samfunnet som Jensen forklarer, kan reduseres ved at psykiatrisk helsepersonell oppfordres til å bruke personsentrert språk fremfor stigmatiserende merkelapper slik at det skapes et inkluderende samfunn. Pitkänen, Hätonen, Kuosmanen og Välimäki (2008, s. 1599) skriver i sin studie at deltagerne ble stigmatisert på grunn av deres psykoselidelse og dette førte til en videre diskriminering av deltagerne.

Deltagerne i studien til Lilja og Hellzén (2008, s. 282) forklarte hvordan en måtte strebe etter en følelse av kontroll i et fremmed og skremmende miljø. For å få en følelse av kontroll kunne de tidvis motsette seg helsehjelpen de ble tilbudt. En av deltagerne beskrev dette som en måte å holde på sin identitet. Etter hvert tilpasset pasientene seg dette fremmede og skremmende miljøet, og dette følte som et tap av individualitet. Lignende erfarte deltagerne i studien av Harrison, Newell og Small (2008, s. 18). Her lot etter hvert deltagerne som om de ikke hørte stemmer lengre da sykepleierne ikke ønsket å prate om dem. Slike opplevelser tydeliggjør manglende likeverdighet mellom pasientene og sykepleierne fra sykepleierens side.

For flere av deltagerne i studien til Lilja og Hellzén (2008, s. 282) følte omsorgen de mottok som krenkende fordi de opplevde en distanse mellom dem og helsepersonellet. Denne distansen oppsto som følge av at deltagerne måtte lære å tilpasse seg usynlige regler og grenser på avdelingen. Deltagernes opplevelse av denne distansen problematiseres også i Jensen et al. (2013, s. 149), hvor hun trekker frem at den utdaterte mentaliteten om ”oss” mot ”dem” i helsevesenet fører til stigmatisering som generaliserer og reduserer mennesket til sin lidelse. Hun påpeker at denne stigmatiseringen kan reduseres.

4.2 Sykepleierens kommunikasjon er av betydning

Deltagerne i studien av Lilja og Hellzén (2008, s. 283) så på helsepersonellet på avdelingen som ”allmektige mestere”, ved at de kunne tildele deltagerne en diagnose, og at denne aldri forsvinner fra livene deres. Diagnosen skapte en følelse av å være mindre verdt. De ønsket også å ha samtaler med personalet, fordi de ønsket hjelp til å kunne håndtere hverdagen. I stedet fikk de kun ordinasjoner på medisiner. Deltagernes opplevelse av ikke å bli hørt kommer også frem i studien av Harrison et al. (2008, s. 18), der pasienter forteller at når de forsøkte å formidle informasjon til helsepersonellet, ble de tildelt medisiner i stedet for å bli hørt.

Som nevnt i forrige delkapittel mener Jensen et al. (2013, s. 147) at språket er av betydning for å unngå stigmatisering av personer med psykiske lidelser, og at dette kan unngås ved å anvende ”personsentrert språk”. Formålet med ”personsentrert språk” er at det vil danne grunnlaget for ”recovery”-orientert praksis som fremmer likeverd, respekt og håp.

Tabell 2, konkrete eksempler på personsentrert språk

<i>Skriv eller si...</i>	<i>I stedet for...</i>
Personer med schizofreni	Schizofrene folk
Person med mental sykdom	Mentalt syk person
Personer diagnostisert med psykotisk depresjon	Psykotisk depressive personer
Person med Alzheimerssykdom	Offer for Alzheimerssykdom

Pounds (2010, s. 771-773) beskriver også det verbale og nonverbale samspillet mellom personer som lever med schizofreni og en psykiatrisk sykepleier under et terapeutisk møte. Sykepleieren i studien formidlet et ønske om å hjelpe pasientene gjennom en åpen kroppsholdning, et smil, et bekræftende nikk, ved å bevege kroppen i pasientenes retning, ved å redusere den fysiske avstanden mellom dem og ved å uttrykke tilstedeværelse under samtalen. Innimellom måtte hun bruke overdreven verbal- og nonverbal kommunikasjon for å få kontakt med pasientene. Spesielt når vedkommende var symptompreget, da vedkommendes evne til å tolke og respondere på disse kommunikasjonsmetodene ble redusert. Slike små forandringer i kommunikasjonen kan hjelpe sykepleiere i å danne bånd med pasientene. I en av samtalene fortalte deltageren om en trist livshendelse, her responderte sykepleieren med å gjenspeile følelsen han formidlet ved å ha et bekymret ansiktsuttrykk og et vennlig smil. Hos en av deltagerne som opplevde negative symptomer fungerte bruken av humor som kom frem i øyeblikkene med gjensidig problemløsning og som viser betydningen av relasjonsbygging mellom deltageren og sykepleieren.

I studien av Pitkänen et al. (2008, s. 1599), har forskerne tatt deltagerens synspunkter i betraktning for å finne sykepleietiltak som kan forbedre deltagerens livskvalitet. Deltagerne i studien oppgir at sykepleiernes oppmuntring til å oppsøke interesser og medvirke i behandling gjennom samtale virket myndiggjørende. Deltagerne ønsker at sykepleiere burde vise mer interesse for deltagerens liv, og gi mer pasientundervisning og informasjon i forhold til schizofreni som psykisk lidelse.

4.3 Felles forståelse skaper myndiggjøring

Pitkänen et al. (2008, s. 1600-1601) skriver at et godt sykepleier-pasient-forhold viser seg å ha direkte innflytelse på pasienten. Studien belyser tiltak som sykepleiere kan iverksette for å

fremme myndiggjøringen av personer som lever med schizofreni. Slike tiltak kunne være å diskutere sammen med personen, vise interesse, oppmuntre og gi han eller henne muligheter til å være selvbestemmende. Sykepleieren kan gi han eller hun informasjon, ta hensyn til hans eller hennes individuelle behov og å vise respekt og empati. Studien finner at sykepleiere kan bedre livskvaliteten til personer med schizofreni ved å tilrettelegge for et godt sykepleier-til-pasient-forhold basert på respekt og myndiggjøring. Deltagerne i studien av Lilja og Hellzén (2008, s. 283) påpekte at en viktig faktor som kunne øke deres trivsel og livskvalitet på den psykiatriske avdelingen var når det formet seg en relasjon mellom pasienten og sykepleieren som var bygget på en opplevelse av likeverdighet. Mahone et al. (2016, s. 378) beskriver også ulike tiltak som sykepleiere kan gjennomføre for å fremme myndiggjøring. Blant annet gjennom en-til-en-samtaler, brukermedvirkning, og alliansebygging understreker hun at sykepleiere i psykiatrisk helsevern spiller en grunnleggende rolle i dette samarbeidet.

Mahone et al. (2016, s. 373) går ut i fra at sykepleieren arbeider etter holistisk sykepleierteori, som involverer pasientundervisning og oppmuntrer til selvivaretagelse hos pasienter med schizofreni. Videre forklares det at gjennom myndiggjøring gis personen som mottar helsehjelpen den kunnskapen som kreves for at han eller hun og sykepleier skal ta avgjørelser sammen angående behandlingsplanen. Sykepleierne utøver terapeutisk bruk av seg selv for å fremme myndiggjøring i dette samarbeidet. Med terapeutisk bruk av seg selv kan sykepleieren danne allianse med personen som lever med schizofreni. Siden det er sykepleierne som har omfattende og hyppigst kontakt med pasienten, spiller sykepleieren en betydelig rolle når det kommer til å fremme myndiggjøring. Selv om studien i hovedsak skriver om myndiggjøring og brukermedvirkning knyttet til gjennomføring av medikamentell behandling hos personer som lever med schizofreni, kan prinsippene om myndiggjøring i studien knyttes til denne oppgaven.

Deltagerne i studien av Harrison et al. (2008, s. 17-18) som erfarte ”å finne mening i livet etter en å ha fått diagnosen schizofreni”, hadde en positiv selvaktelse og så ikke på seg selv som syke. De oppfattet seg som normale, rasjonelle, aksepterte og engasjert mennesker, og hadde kontroll over symptomer knyttet til schizofreni, som i denne studien var assosiasjonsforstyrrelser i form av hørte stemmer. En nøkkel til å akseptere sin tilstand var å ta kontroll over eget liv og å ha mål i hverdagen. Hverdagslige mål kunne eksempelvis være å gå jobb eller å studere. Videre beskriver forskerne at det er viktig for sykepleiere som arbeider i psykiatrien å fremme et positivt selvilde hos pasienten. Dette innebærer å utvikle en felles

forståelse av opplevelsen av symptomene i form av stemmene pasienten opplever, akseptere deres virkelighet og samarbeide med pasientene. Dette hjelper pasienten til å engasjere seg, og å unngå den negative syklusen av gjentatte innleggelse, lav selvtillit, avhengighet og lav selvaktelse.

5.0 Diskusjon

Med utgangspunkt i teamene vi har presentert i resultatdelen skal vi i denne delen av oppgaven knytte funnene fra artiklene med teori, retningslinjer, lovverk og egne erfaringer. Dette gjør vi i hensikt om å svare på problemstillingen; *Kan sykepleieren bidra til myndiggjøring (empowerment) av personer som lever med schizofreni?*

5.1 Bekjempe holdninger som fremmer stigmatisering

Sosiale normer og forventninger kan føre til at mennesket objektifiseres og reduseres til bestemte samfunnsroller (Hummelvoll, 2012, s. 118). Dette bekrefter Travelbee (1999, s. 65) i sin sykepleierteori, ved å forklare det å oppfatte et enkeltmenneske som en sykdom er det samme som å overse vedkommende som menneske. Videre skriver hun (1999, s. 66): ”Å oppfatte den syke som et unikt menneske er den eneste utveien til å unngå å stereotypisere”. Med dette tatt i betraktning til Yrkesetiske Retningslinjer, skal sykepleieren beskytte pasienten mot krenkende handlinger (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Forskning (Harrison et al., 2008; Jensen et al., 2013; Lilja & Hellzén, 2008) viser at personer med schizofreni som har opplevd krenkelse som følge av stigmatisering i møte med helsepersonell har motsatt seg helsehjelp, eller verget seg for å oppsøke helsehjelp. Å se på mennesket som en sykdom fremfor et unikt individ har opphav i en krenkende holdning, og fratrar mennesket sin autonomi. Vårt menneskesyn gjenspeiles i våre holdninger og handlinger i samarbeid med personer som mottar helsehjelp, og hvordan vi forholder oss og opptrer rundt han eller henne. I noen tilfeller kan sykepleiere opptre krenkende ovenfor personer som mottar helsehjelp i situasjoner uten at krenkelse var sykepleierens intensjon. Slike situasjoner kan oppstå som følge av sykepleiers mangel på kunnskap og bevissthet rundt stigmatiserende holdninger. For å hindre at slike situasjoner oppstår, er det nødvendig med en holdningsendring slik at myndiggjøring hos personer som lever med schizofreni fremmes. Kunnskap om slike holdninger og bevisstgjøring av disse kan bli en større del av undervisningen i sykepleiestudiet mener vi. Den menneskelige reduksjonsprosessen som Travelbee beskriver (1999, s. 66) fører til avhumanisering av individet, og vil være det motsatte av å myndiggjøre.

Et humanistisk menneskesyn som Travelbee har, er en bevegelse bort i fra paternalismen, og det samme er hovedideen i myndiggjøringstenkningen som Tveiten og Boge (2014, s. 18) beskriver.

Den sosiale modell i det ”sosiologiske menneskesyns” syn på avvik (Hummelvoll, 2012, s. 118), kan relateres til det deltagerne i studien av Lilja og Hellzén (2008, s. 282) opplevde. De følte at de ble behandlet som barn av helsepersonell, og at behandleren hadde makten til å sette en diagnose som ville følge dem livet ut. I følge den sosiale modell vil den stigmatiserte etter hvert opptre etter de forventninger som knyttes til rollen han eller hun settes inn i. For at personer med schizofreni ikke skal settes inn i noen avvikerrolle er det dermed nødvendig å anerkjenne han eller hun som menneske fremfor sin sykdom. Personer som lever med schizofreni kan oppleve periodevise symptomer som kan være tydelige for allmennheten. Det kan eksempelvis være at han eller hun prater høyløst med seg selv, eller endrer atferd som ikke samsvarer til situasjonen han eller hun befinner seg i. Som Hummelvoll (2012, s. 118) forklarer stigmatisering, kan slik atferd føre til utstøtelse når individet viser tilløp til sosiale normbrudd, og vedkommende står i fare for å få på seg en betegnelse om å være annerledes. Slik som den sosiale modell forteller føyer motvillig deltagerne seg (Lilja & Hellzén, 2008, s. 282; Harrison et al., 2008, s. 18) seg etter avdelingens normer, og personer som lever med schizofreni havner i en avvikerrolle slik som Hummelvoll beskriver (2012, s. 118). Både det paternalistiske og den sosiologiske tankegang sees på som motstridende til det humanistiske menneskesynet som vi ønsker å handle etter. Dette bør motivere til at sykepleiere kan øke sin bevissthet rundt menneskesyn, og hva det betyr for samarbeidet med myndiggjøring av personer som lever med schizofreni.

Deltagerne i studiene (Lilja & Hellzén, 2008, s. 283; Harrison et al., 2008; s. 18) følte de ikke fikk komme i dialog med helsepersonalet, og at de ble behandlet som barn. For at personer som lever med schizofreni ikke skal ha en slik opplevelse kan vi som sykepleiere ha en mer mellommenneskelig tilnærming som Joyce Travelbees sykepleieteori baserer seg på. Hun understreker at måten den syke oppfatter sin sykdom på er viktigere enn helsepersonellens kategoriseringssystem. Menneske-til-menneske-forholdet begynner med ”det innledende møtet” som handler om at sykepleieren må være bevisst på stereotype oppfatninger som preger ens inntrykk av pasienten (Travelbee, 1999, s. 186). Med slike stereotype oppfatninger som det tilsynelatende ser ut til at helsepersonellet i de overnevnte studiene forholder seg til, vil det være umulig å oppnå det Travelbee anser som sykepleierens mål og hensikt, da

menneske-til-menneske-forholdet er et virkemiddel som muliggjør denne prosessen. De stereotype oppfatningene vil hindre den mellommenneskelige prosessen slik som deltagerne i studiene ga uttrykk for. Deltagerne i studien av Lilja og Hellzén (2008, s. 283) opplyser at de skulle ønske de fikk mer mellommenneskelig kontakt slik at de kunne få tillitt til personalet. For å skape tillitt må sykepleier bryte ut av sine stereotypiske oppfatninger, og fri seg fra pasienten ut i fra hans eller hennes likheter med andre pasienter sykepleieren har pleiet tidligere.

Stigmatiserende språk og holdninger mot personer som lever med schizofreni kan føre til at de unngår å oppsøke helsehjelp (Jensen et al., 2013, s. 150). Ytterligere, kunne dette i følge Lilja og Hellzén (2008, s. 281) føre til at personer opplevde ensomhet og mangel på sosial kontakt når de var innlagt på psykiatrisk avdeling. Disse personene beskrev at de ble tvunget i et miljø der individualitet ble fratatt som følge av personalets holdninger. Sykepleiernes krenkende holdninger og manglende initiativ til å involvere personene som mottok helsehjelp på den psykiatriske avdelingen fører til at deres grad av medvirkning i behandlingen blir redusert. Videre kan dette vanskeliggjøre samfunnsdeltagelse som eksempelvis å gå på skole, ha en jobb eller delta i fritidsaktiviteter. Som sykepleiere har vi en etisk plikt til å ”ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket ” (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Som sykepleier har man en påvirkningskraft på menneskene rundt oss der vi arbeider, ikke bare på personene som mottar helsehjelp, men også dem man arbeider sammen med. Ved å gå frem som et godt eksempel, og ved å bevisstgjøre andre om hvordan holdninger kommer frem i språket, kan man bidra til at personer som lever med schizofreni ønsker å motta helsehjelp fremfor å unngå det.

5.2 Kommunikasjonen er forankret i sykepleierens holdning

Slik som Travelbee (1999, s. 147) forteller vil alltid sykepleierens holdning avsløres gjennom kommunikasjon. Personen som mottar helsehjelp vil kunne oppfatte i hvilken grad sykepleieren har ”gode hensikter”, og i hvilken grad det vil hjelpe han eller henne å mestre sin sykdom og lidelse. Kommunikasjon formidles både verbalt og nonverbalt. Slik som Eide og Eide (2007, s. 198) understreker vil den nonverbal kommunikasjon sykepleier formidler gi et inntrykk om hvorvidt en er innstilt på å lytte og hjelpe, som igjen er avgjørende for om vedkommende føler seg trygg og ivaretatt. Den psykiatriske sykepleieren i studien av Pounds (2010, s. 771) anvender ”terapeutisk bruk av seg selv”, og benytter seg aktivt av flere

nonverbale kommunikasjonsferdigheter som er i tråd med Eide og Eides (2007, s. 198-199) seks hovedpunkter for gode nonverbale kommunikasjonsferdigheter. Blant annet satte hun seg nærmere og hadde hodet vent mot personen hun snakket med under samtalen. Denne responderende kommunikasjonen vil i følge Eide og Eide (2007, s. 220) bekrefte at man ser og hører den andre. Vi bør, slik som denne sykepleieren, være bevisst på hvordan kroppen kommuniserer, og at dette vil særlig i forhold til personer som opplever psykoser da de kan være engstelige og redde som følge av symptomer. Ved å benytte seg av overnevnte kommunikasjonsferdigheter vil man kunne vise gjennom handling en holdning at man er likeverdige, der man formidler at pasientens opplevelse av symptomer er menneskelige og reelle.

Sykepleierens verbale kommunikasjon er avgjørende for menneske-til-menneske-forholdet. Sykepleierens ordvalg og tonefall vil være av betydning for hvordan personen som lever med schizofreni oppfatter han eller henne. Ved å bruke stigmatiserende språk og uttrykk som reduserer mennesket til sin sykdom, slik som "den schizofrene damen" kontra "damen som lever med schizofreni" mener Jensen et al. (2013, s. 147) at helsepersonell bidrar til sosial ekskludering og diskriminering av mennesker med psykiske lidelser, fremfor å styrke den terapeutiske alliansen, da det å ikke sette personen først skaper en avstand mellom helsepersonell og individet som mottar helsehjelp. Joyce Travelbee (1999, s. 140) forklarer at kommunikasjon brukes for å bli kjent med mennesket som skjuler seg bak merkelappen "pasient". For å kunne gjøre dette må sykepleieren være i stand til å sette dette mennesket i fokus uten å kategorisere eller fordømme han eller henne. Jensen et al. (2013, s. 147) forklarer at "personsentrert språk" vil forhindre fordommer som låser fast mennesker i sosiale roller på bakgrunn av deres psykiske lidelse. Denne formen for språkbruk vil kunne skape en holdningsendring hos helsepersonell. Personer som lever med schizofreni opplever tidvis en annen realitet enn de rundt, og kan av den grunn føle seg ensomme (Hummelvoll, 2012, s. 339). Deltagerne i studien av Lilja og Hellzén (2008, s. 282) beskriver at den lette utveien når de opplevde at ingen på den psykiatriske avdelingen så de, var å trekke seg vekk og isolere seg for å prøve å takle hverdagen på egenhånd. De sier videre at sykepleiere kan forhindre isolasjon og vonde tanker ved å behandle de som medmennesker. Slik som disse sykepleierne opptrådte viser at vi i psykiatrisk helsevern kan være personlig, men ikke privat i samarbeidet med personer som lever med psykoselidelse, for å forhindre isolasjon og ensomhet.

Dersom vi ser tilbake på Travelbees (1999, s. 29) verdigrunnlag i sykepleie, understreker hun at sykepleie er en mellommenneskelig prosess. Personer som lever med schizofreni kan periodevis være plaget av symptomer som vanskeliggjør det å oppfatte virkeligheten og å forholde seg til andre i perioden symptomene pågår. For at sykepleier skal kunne hjelpe vedkommende, er det da viktig at sykepleier bruker seg selv terapeutisk slik som Travelbee forklarer (Travelbee, 1999, s. 44-45). Sykepleieren i studien av Pounds (2010, s. 772) gjorde små forandringer i sin verbale og nonverbale kommunikasjon slik at kommunikasjonen tilpasses deltagerens sinntilstand, hun inntok med andre ord en ledsagerrolle. Sykepleieren balanserer sin kommunikasjon, slik at hun bidrar til å utvikle pasientens indre, selvregulerende funksjon. Eksempelvis forsøkte hun å ha overdreven verbal og non-verbal kommunikasjon i de øyeblikkene der deltagerne var symptompreget. Denne ledsagerrollen som sykepleieren inntok, vil i følge Eide og Eide (2007, s. 154) styrke personens selvbestemmelse og integritet. Terapeutisk allianse er også noe Mahone et al. (2013, s. 374) beskriver i deres studie. Studien ser på viktigheten av at sykepleiere bruker seg selv terapeutisk for å danne allianse med personer som lever med schizofreni, og hvordan legge til rette for at han eller hun kan bli medbestemmende i sin egen behandlingsplan og dermed myndiggjøres. På den måten kan vedkommende ta valg på bakgrunn av kunnskapen sykepleieren formidlet. Symptomer som endret virkelighetsoppfatning kan føre til at det er vanskelig å skape en felles forståelse av virkeligheten, og dermed må sykepleier bruke den kunnskapen en har fra praksis og undervisning til å tilpasse seg virkelighetsoppfatningen til personen med schizofreni, slik som sykepleieren i studien til Pounds (2010, s. 772) gjorde. Travelbee (1999, s. 226) fastslår at sykepleieren må hjelpe vedkommende til å akseptere sin menneskelige tilstand, som inkluderer sykdom og lidelse, og er i tråd med hvordan sykepleieren i Pounds (2010) studie handlet. Både teorien til Travelbee og funnene i studiene bør motivere sykepleiere til å bruke seg selv terapeutisk og tilpasse kommunikasjonen han eller hun utøver.

Mangel på mellommenneskelig kontakt fikk deltagerne i Lilja og Hellzéns (2008, s. 282) studie til å føle seg forlatt med sine egne tanker og hallusinasjoner. Det samme gjorde deltagerne i studien av Harrison et al. (2008, s. 18), der deltagerne hadde en negativ opplevelse da de ikke fikk anledning til å prate med sykepleiere om stemmene de hørte. For deltagerne er stemmene de hører en del av deres virkelighet. Når de da ble fortalt av sykepleierne at denne virkeligheten de opplevde ikke var ekte, kunne det øke følelser av angst og redsel hos dem. Slik som Snoek og Engedal (2017, s. 84) forklarer personer med

schizofrenis sansebedrag i form av å høre stemmer som kun opplevdes av vedkommende, kunne stemmene både komme med skremmende og nedsettende påstander. Det kan være vanskelig for personen å stole på mennesker rundt han eller henne, da stemmene personen opplever eksempelvis kan fortelle at det andre mennesker rundt forteller er løgn. Dersom personen ikke får anledning til å fortelle sykepleier om sine opplevelser vil tilliten til mennesker rundt vedkommende kunne svekkes, og han eller hun kan unnlate å ta kontakt med andre, og isolere seg. Vi må som sykepleiere vise interesse og nysgjerrighet for menneskers opplevelser av sin livsverden, da den er like reel for personen som lever med schizofreni som vår livsverden er for oss. I motsetning til deltagerne i de andre studiene (Lilja & Hellzén, 2008; Harrison et al., 2008), fikk en av deltagerne i studien gjort av Pitkänen et al. (2008, s. 1601) mulighet til å fortelle om sine positive opplevelser i samarbeidet med sykepleiere. Deltageren sier følgende; ”Jeg fikk en sjanse til å fortelle om livet utenfor sykehuset... Det viser at disse (sykepleierne) er profesjonelle og de har muligheten til å sette seg selv inn i pasientens situasjon, for å se hva det dreier seg om (livet med sykdom). Jeg har mottatt støtte og har hatt noe å si i diskusjoner”. Dette understreker ytterligere viktigheten av å kommunisere, og anerkjenne livsverdenen til personen, som gir han eller hun anledning til å beskrive sine opplevelser. Med gode kommunikasjonsferdigheter kan man øke forståelsen av pasienten som person skriver Eide og Eide (2007, s. 21). Sykepleierne har med andre ord her en stor mulighet til å skape relasjon til deltagerne med bekreftende kommunikasjon og ved å tre inn i en ledsagerrolle. Det er betydningsfullt at vi griper denne mulighet for å skape menneske-til-menneske-forholdet mellom oss og personen som lever med schizofreni.

5.3 Menneske-til-menneske-forholdet er avgjørende for myndiggjøring

Vi ønsker å oppnå ”gjensidig forståelse og kontakt”, slik at personen med schizofreni myndiggjøres i samarbeidet. Dette kan vi ikke klare uten å lytte til personens opplevelse av lidelsen, og uten at vi opptrer sympatisk. (Travelbee, 1999, s. 211) Flere av studiene (Lilja & Hellzén, 2008; Harrison et al., 2008; Mahone et al., 2016; Pitkänen et al., 2008) motiverer til en empatisk, respektfull og interessert holdning fra sykepleieren. Dette er med på å øke livskvaliteten og opplevelsen av å være innlagt på psykiatrisk avdeling. Myndiggjøring er en forutsetning for at sykepleieren og personen som lever med schizofreni er likeverdige i menneske-til-menneske-forholdet. Det vil ikke være mulig for personen som lever med schizofreni å ha like stor innflytelse i sin behandling hvis dette forholdet ikke er preget av en forståelse av likeverd.

Deltagerne i Pitkänens et al. (2008, s. 1601) studie beskriver ulike tiltak sykepleierne kan implementere for å øke livskvaliteten deres. Deltagerne ønsket flere en-til-en-møter med sin kontaktsykepleier, i tillegg ønsket de at sykepleierne skulle respektere dem og vise dem empati i større grad enn det de opplevde under innleggelsen på psykiatrisk avdeling. En av deltagerne sier følgende: ”mer oppmerksomhet bør rettes til pasientenes individualitet”. Ut i fra dette, kan det tolkes at personene som lever med schizofreni ønsker å komme nærmere sin kontaktsykepleier, og at behovet for å bli sett på som individuelle mennesker ikke dekkes tilstrekkelig. Det kom frem i studien at deltagerne ønsket å bli vist empati. I følge Travelbees definisjon av empati, er ikke denne prosessen avhengig av om en liker eller misliker den andre, da det er en intellektuell prosess. Sympati derimot er knyttet til et ønske om å avhjelpe lidelse, slik at personen ikke bærer byrden av lidelse alene. Å vise empati er den tredje av fem faser som må være tilstede for å skape et godt menneske-til-menneskeforhold. (Travelbee, 1999, s. 193) Slik som deltagerne i Pitkänens et al. (2008, s. 1602) studie forteller, virker det som om sykepleierne ikke har lyktes i å skape et slikt forhold til de ulike deltagerne på den psykiatriske avdelingen studien tar del i, og dette påpeker viktigheten av å utøve sykepleie både med empati og sympati.

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av pasienter med psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013) understreker viktigheten av myndiggjøring, og at det i seg selv har en verdi som terapeutisk virkemiddel ettersom det kan gi større autonomi og bidra til at pasienten opplever håp. Det må derfor legges til rette for at personer som lever med schizofreni får innflytelse over sin egen behandling. For å kunne ta beslutninger og være medvirkende trenger vedkommende informasjon. Det er viktig at det gis i en dialogsituasjon, hvor personen som mottar helsehjelp får stille spørsmål. Deltagerne i studien gjort av Lilja og Hellzén (2008, s. 283) opplevde at de ikke fikk stille spørsmål når de møtte sine behandlere. Når personer som lever med schizofreni får stille spørsmål og komme med innspill og forslag skapes det en gjensidig forståelse og respekt (Helsedirektoratet, 2013). Ved å gi informasjon i dialog på pasientens premisser kan sykepleieren sørge for at informasjonen som gis i større grad blir forstått (Eide & Eide, 2007, s. 292). Myndiggjøringsprosessen styrkes av at sykepleieren tilpasser informasjon, og at denne informasjonen øker hans eller hennes kunnskap om blant annet lidelse og behandlingsmuligheter. Med denne kunnskapen kan dermed personen mestre livssituasjonen og få økt autonomi. Funnene av Pitkänens et al. (2008, s. 1602) påpeker ytterligere at informasjonsformidling fremmer myndiggjøring, også i skriftlig form. Yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2011) understreker

dessuten at sykepleieren skal: ”fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått”. I følge pasient- og brukerrettighetsloven (2001, § 3-2) har pasienten en lovfestet rettighet på: ”nødvendig informasjon for å få innsikt i helsetilstand og innholdet i helsehjelpen”. Dette påpeker at vi i tillegg til å ha etisk plikt, også har en lovfestet plikt til å informere og involvere personen som mottar helsehjelp i sin behandling, og dette bør motivere sykepleiere til å handle etter dette.

Deltagerne i studien til Lilja og Hellzén (2008, s. 282) fortalte at dersom de var ”så heldige” at de derimot ble sett på som et likeverdig medmenneske, og at det ble skapt en relasjon med personalet preget av denne likeverdigheten, kunne det sammenlignes med et lys i mørket. En god sykepleier-pasient-relasjon førte til at deltagere som opplevde dette fikk mulighet til å føle trygghet i tilværelsen. Vi må som sykepleiere utøve omsorg som fremmer slike følelser av fellesskap. Et fellesskap styrker et samarbeid der personen med schizofreni kan ta egne beslutninger i helsehjelpen og i sin hverdag. Hummelvoll (2012, s. 351) understreker også viktigheten av et slikt fellesskap med kommunikasjon og gjensidig forståelse, og viktigheten av dette for at personer med schizofreni myndiggjøres. Personer som er symptompreget, både av positive og negative symptomer, kan miste kontakt med omverden (Snoek & Engedal, 2017, s. 85), og vil dermed ha et spesielt behov for mestring i egen hverdag. Deltagerne (Harrison et al., 2008, s. 19; Pitkänen et al., 2008; s. 1603) forteller at myndiggjøring forbedret livskvaliteten deres, og at dette ble gjort gjennom blant annet et samarbeid der man lærte seg å akseptere tilstanden sin. Tanken om myndiggjøring er basert på medvirkning og forståelse av at personen med den psykiske lidelsen er ekspert på seg selv (Tveiten & Boge, s. 19), det er dermed av betydning at vi som sykepleiere legger til rette for at personen som mottar helsehjelp får uttale seg om sin ”ekspertise”. Harrison et al. (2008, s. 19) påpeker også betydningen av at sykepleiere anerkjenner at pasienter kan tilpasse seg det å leve med assosiasjonsforstyrrelsene i form av stemmer, i stedet for å undertrykke symptomene. Selv har vi opplevd i praksis at gjennom drøfting av hvilke mestringsstrategier den enkelte person med schizofreni har lært seg i psykotiske øyeblikk, bidrar til at vi som sykepleiere kan ivareta personen på hans eller hennes premisser. Sammen skaper man da en forståelse av personen som har levd med tilstanden, og anerkjenner at det er personen som lever med schizofreni som selv vet hvordan å mestre situasjonen. Andre ganger har ikke personen visst hvordan å mestre situasjonen, da kan vi som sykepleiere gjennom informasjonsformidling og humanistisk tilnærming, hjelpe vedkommende til å finne strategier som får han eller henne til

å mestre eller forebygge lidelse. Dette kan vi ikke gjøre uten menneske-til-menneske-forholdet (Travelbee, 1999, s. 171).

6.0 Konklusjon

Gjennom vårt litteraturstudium kan vi besvare oppgavens problemstilling med et klart ja, sykepleieren kan fremme myndiggjøring av personer som lever med schizofreni. Dette kan sykepleieren oppnå gjennom å bekjempe stigmatiserende holdninger, vite at kommunikasjonen er forankret i hans eller hennes holdninger, og ved å skape et godt menneske-til-menneske-forhold til personen som lever med schizofreni. Funnene i oppgaven understrekes av inkludert litteratur og forskning, og viser tydelig at sykepleiere kan bruke sin kompetanse på å myndiggjøre mennesker som lever med schizofreni. Ved å ta utgangspunkt i sykepleieutøvelse i henhold Travelbees sykepleierteori støtter forskning at sykepleiere kan bruke seg selv terapeutisk for å danne et menneske-til-menneske-forhold. Kvaliteten på dette forholdet forutsetter at sykepleieren har kunnskap om holdninger, er bevisst på sitt menneskesyn og kommunikasjon, men har også kunnskap om schizofreni. Myndiggjøring er med andre ord en prosess som stiller krav til sykepleierens kompetanse. Dessuten understreker lovverk (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 3-2) og Yrkesetiske Retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2001) at sykepleieren er pliktig til å fremme brukermedvirkning, som er en del av myndiggjøringsprosessen. Vi må som sykepleiere derfor være bevisst på vår rolle i samarbeidet med personer som lever med schizofreni, og hvordan denne rollen kan hjelpe til å la personen ta styring over eget liv.

Oppgaven vår kan brukes som et utgangspunkt for ytterligere forskning rundt temaet myndiggjøring, schizofreni og sykepleierens rolle i dette, da våre søk har vist at forskning rundt dette er begrenset. Videre kan vårt litteraturstudium brukes som en veileder, og kan bidra til en holdningsendring hos helsepersonell rundt personer som lever med schizofreni. Ved å gjøre seg bevisst på hvordan et menneskesyn i samfunnsperspektiv kan forsterke fordommer, kan sykepleiere se viktigheten i å arbeide etter et humanistisk menneskesyn for å bekjempe stigmatisering. Sykepleiere må løsrive seg fra stereotype, samfunnsmessige fordommer, og på den måten anerkjenne det unike mennesket bak lidelsen og dyrke frem en omsorgskultur der hvert individ blir respektert.

7.0 Referanser

- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hansson, L. & Björkman, T. (2005). Empowerment in people with a mental illness: reliability and validity of the Swedish version of an empowerment scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(1), 32-38. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00310.x>
- Harrison, J., Newell, R. & Small, N. (2008). Do nurses' responses cause more distress than the presence of visions and voices? *Mental Health Practice (through 2013)*, 11(5), 17-19. <https://doi.org/10.7748/mhp2008.02.11.5.17.c6339>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen; rett behandling - på rett sted - til rett tid* (St.meld. nr. 47). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helsebiblioteket. (2016, 3. Juni). *Sjekklistor*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonale retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser* (IS-1957). Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/326/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser-IS-1957.pdf>
- Hultqvist, J., Eklund, M. & Leufstadius, C. (2015). Empowerment and occupational engagement among people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 22(1), 54-61. <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.934916>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jensen, M. E., Pease, E. A., Lambert, K., Hickman, D. R., Robinson, O., McCoy, K. T., ... King, J. K. (2013). Championing Person-First Language: A Call to Psychiatric Mental Health Nurses. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 19(3), 146-151. <https://doi.org/10.1177/1078390313489729>
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: Analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Ad notam Gyldendal.

- Lilja, L. & Hellzén, O. (2008). Former patients' experience of psychiatric care: A qualitative investigation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(4), 279-286.
<https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00544.x>
- Mahone, I. H., Maphis, C. F. & Snow, D. E. (2016). Effective Strategies for Nurses Empowering Clients With Schizophrenia: Medication Use as a Tool in Recovery. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(5), 372-379.
<https://doi.org/10.3109/01612840.2016.1157228>
- Malt, U. (2018, 21. februar). Schizofreni. *I Store medisinske leksikon*. Hentet 3. mai 2019 fra <https://sml.snl.no/schizofreni>
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>
- Pitkänen, A., Hätönen, H., Kuosmanen, L. & Välimäki, M. (2008). Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(11), 1598-1606.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.03.003>
- Pounds, K. G. (2010). Client-Nurse Interaction with Individuals with Schizophrenia: A Descriptive Pilot Study. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(12), 770-774.
<https://doi.org/10.3109/01612840.2010.518337>
- Snoek, J. E. & Engedal, K. (2017). *Psykiatri: For helse- og sosialfagutdanningene* (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforl.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforl.
- Tveiten, S. & Boge, K. (2014). *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk: nye perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Winther, F. Ø. (2018). Paternalisme. *I store medisinske leksikon*. Hentet 8. mai 2019 fra <https://sml.snl.no/paternalisme>

Vedlegg

Tabell 3, oversikt av søkehistorikk

Database og dato	Begrensninger	Søkeord	Treff	Leste artikler	Inkludert
PubMed 10.12.18	Engelsk Utgitt i perioden 2008-2018	Schizophrenia AND nursing AND communication	80*	5**	2
PubMed 10.12.18	Engelsk Utgitt i perioden 2008-2018	Schizophrenia AND nursing AND empowerment	28*	2**	1
Cinahl 12.12.18	Engelsk Utgitt i perioden 2008-2018	Schizophrenia AND nursing AND communication	38*	2**	1
Cinahl 26.04.19	Engelsk Utgitt i perioden 2000-2018	Schizophrenia AND nursing AND empowerment	10*	2	2

* Ekskluderte artikler ble det fordi gjennomgang av titler, abstrakter og mål viste at de var ikke relevant for oppgaven vår.

** Ekskluderte artikler ble det etter en totalvurdering av studienes kvalitet, forfattere, innhold og dets relevans til oppgaven.

Tabell 4, litteraturmatrise

Forfatter, år og land	Tittel	Hensikt og mål	Metode og utvalg	Resultat
Anneli Pitkänen, Heli Hätonen, Lauri Kuosmanen, Maritta Välimäki 2008 Finland	Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study	I psykiatriske sykehusavdelinger har sykepleiere et nært forhold til pasienter og har gode muligheter til bedre personer med psykiske lidelsers livskvalitet. Studien undersøker pasienters oppfatninger av sykepleietiltak som kan støtte pasientens livskvalitet når de behandles i psykiatriske avdelinger.	Kvalitativt 35 voksne med psykoselidelser som var innlagt på psykiatrisk avdeling.	Fem hovedkategorier av deltagerens oppfatninger av sykepleietiltak ble identifisert for å støtte økt livskvalitet: myndiggjørende (empowerment) tiltak, sosiale tiltak, aktiveringsintervensjoner, sikkerhetsintervensjoner og tiltak for å støtte fysisk helse. Effekten av disse tiltakene er ikke undersøkt i praksis, og derfor er det nødvendig med videre forskning om dette.
Karen Goyette Pounds 2010 USA	Client-Nurse Interaction with Individuals with Schizophrenia: A Descriptive Pilot Study	Formålet med denne pilotundersøkelsen er å beskrive den verbale og ikke-verbale kommunikasjonen mellom en psykiatrisk sykepleier og personer med schizofreni gjennom et terapeutisk møte. Videre belyser studien hvordan sykepleieren kan tilpasse kommunikasjonen sin for å oppnå en sykepleier-pasient-relasjon.	Kvalitativ En psykiatrisk sykepleier og tre voksne personer med diagnosen schizofreni	Deltagerne viste forskjellig evne til å svare på sykepleierens verbale og nonverbale uttrykksformer. Resultatene kan brukes som grunnlag for videre undersøkelser angående samspillet mellom sykepleiere og personer med alvorlige og vedvarende psykiske lidelser.
Joanne Harrison, Robert Newell, Neil Small 2008 England	Do nurses' responses cause more distress than the presence of visions and voices?	Studien utforsker sykepleiers holdninger i henhold til personer som lever med schizofreni som opplever positive symptomer i form av å høre stemmer, og hvordan sykepleieres holdninger kan føre til umyndiggjøring av personen.	Kvalitativt 22 voksne personer med diagnosen schizofreni som lever i lokalsamfunnet.	Funnene viser at de personene som rapporterer å ha god livskvalitet hadde et positivt selvbilde og hadde kontroll over stemmene de hørte. Deltagerne ønsket at sykepleierne skulle lytte til deltagerens opplevelser fremfor å be deltagerne undertrykke symptomene sine.

<p>Lars Lilja, Ove Hellzén</p> <p>2008</p> <p>Sverige</p>	<p>Former patients' experience of psychiatric care: a qualitative investigation</p>	<p>Utvide forståelsen og innsikten av hvordan personer som tidligere har vært innlagt på psykiatrisk avdeling opplevde det.</p>	<p>Kvalitativt intervju</p> <p>10 voksne personer med psykiske lidelser som hadde vært innlagt på psykiatrisk avdeling i løpet av de siste fem årene.</p>	<p>Deltagernes opplevelser beskrives og kategoriseres i fem temaer: å bli sett på som en sykdom, strebe etter en følelse av kontroll i et fremmedgjørende og skremmende miljø, gi etter til undertrykkende omsorg, møter en allmektig mester og omsorg som et lys i mørket. Studien konkluderer med at opplevelsen av å være innlagt på psykiatrisk avdeling fra deltagernes perspektiv forstås som en kamp for å bevare sin identitet i møte med diskriminering og avvisning.</p>
<p>Mary E. Jensen, Elizabeth A. Pease, Kris Lambert, Diane R. Hickman, Ora Robinson, Kathleen T. McCoy, Jennifer K. Barut, Kathleen M. Musker, Dana Olive, Connie Noll, Jeffery Ramirez, Dawn Cogliser, Joan Kenerson King</p> <p>2013</p> <p>USA</p>	<p>Championing person-first language: a call to psychiatric mental health nurses.</p>	<p>Denne studien belyser betydningen av personsentrert språk for å fremme myndiggjøring hos hver enkeltperson. Ord, språk og holdninger kan skape og opprettholde innebygd stigma og fordommer, eller omvendt kan det fremme tilfriskning og omsorg, samtidig som enkeltpersoner hjelpes til å nå sitt fulle potensial i et selvstyrt liv.</p>	<p>Fagfellevurdert oversiktsartikkel</p>	<p>Artikkelen understreker at personsentrert språk bidrar til en holdningsendring som fremmer tilfriskningsprosessen hos personer med psykiske lidelser. Forfatterne oppfordrer dermed til å ta i bruk slikt språk.</p>

<p>Irma H. Mahone, Chris Fasching Maphis, Diane E. Snow</p> <p>2016</p> <p>USA</p>	<p>Effective Strategies for Nurses Empowering Clients With Schizophrenia: Medication Use as a Tool in Recovery.</p>	<p>Gjennomføring av medikamentell behandling er lav hos personer med schizofreni. Dette øker risikoen for reinnleggelser og dårlig livskvalitet. Denne studien beskriver effektive tiltak som psykiatriske sykepleiere kan utføre for å samarbeide med personer med schizofreni slik at vedkommende engasjerer seg og deltar aktivt i beslutninger som omhandler hans eller hennes behandling.</p>	<p>Kvalitativ case med 1 deltager som har den psykiske lidelsen schizofreni</p>	<p>Funnene viser at sykepleieren har en avgjørende rolle betydning når det kommer til myndiggjøring a pasienter med schizofreni gjennom å gi pasientundervisning og skape et godt pasient- sykepleie-forhold for at pasienten skal gjennomføre medikamentregimet sitt.</p>
--	---	--	---	--