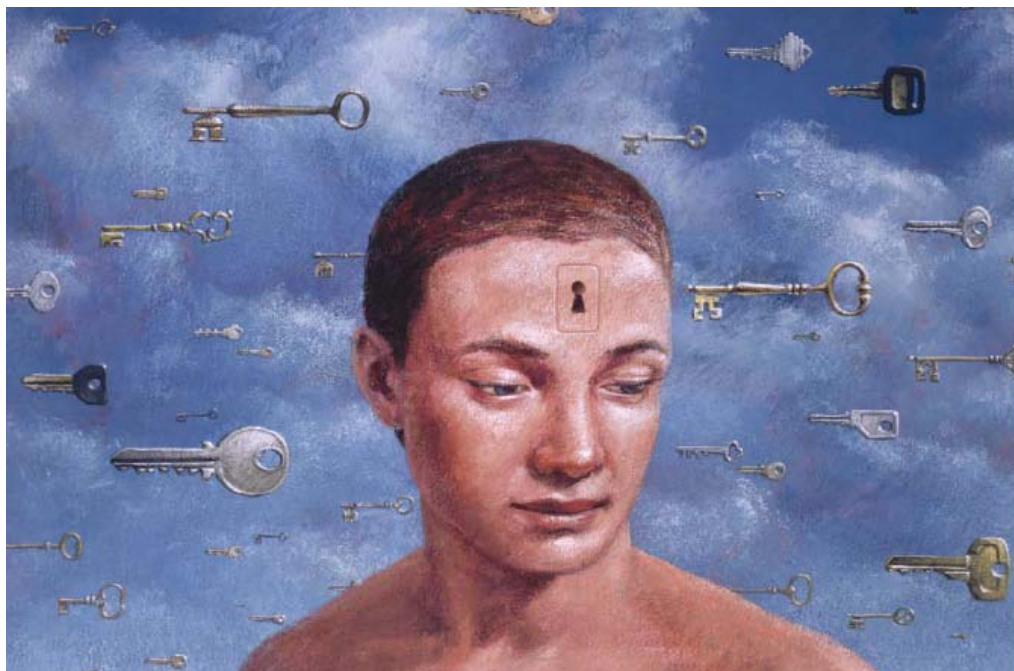


**HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND
AVDELING HAUGESUND
BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE 2009**



Bildet er hentet fra Norsk tidsskrift for kognitiv terapi, 2006 nr.3

PSYKOSE – KOMMUNIKASJON – MESTRING

**Kull 2006
Kandidatnr.: 2
Antall ord: 7698**

SAMMENDRAG

NORSK

Psykotiske symptom vil ofte virke forvirrende, belastende og styrende (Hagen, Kråkvik og Gråwe, 2009). Dette kan føre til nedsatt funksjon i hverdagen og vesentlig redusert evne til samspill med omgivelsene. Dette vil igjen kunne medføre tap av selvfølelse og mening. Det er derfor viktig at sykepleier har kunnskap om hvordan han/hun kan møte pasienten for å lindre, fremme mestring og å hjelpe den enkelte pasient i å avdekke meningsbærende element. Jeg har i denne oppgaven søkt å belyse hva litteraturen sier om hvordan sykepleier ved bruk av kommunikasjon, kan fremme mestring hos mennesker med psykoselidelser.

Bakgrunns litteratur og forskning belyser blant annet viktigheten av å etablere et tillitsforhold for et fruktbart samarbeid videre. Ved å innta en anerkjennende tilnærming kan sykepleier få en bedre forståelse av pasientens livsverden og i større grad ivareta pasientens sykepleiebehov og integritet, går det frem fra flere studier. Gjennom å vise tiltro til pasienten og søke å styrke selvfølelse og håp, vil det kunne bidra i å fremme mestring.

ENGELSK

Psychotic symptoms is often a very stressful, confusing and sometimes demanding factor (Hagen, Kråkvik, Gråwe, 2009). This can lead to a low-functioning life and make the person less capable of adapt to and cooperate with his surroundings. Due to this the person could think less of himself and experience lack of meaning in his everydaylife. It is therefore important that the nurse aquire knowledge about how to interact with patients with psychotic illnesses. The nurse can then help ease the suffering, promote coping and assist in exploring to find pathways of meaning. In this study I have tried to pass on what literature say about how the nurse in communicating can find ways of promote coping in patients with psychotic illnesses. The literature I use in my study highlight the importance of establishing a relation of trust as a basis for a fruitful cooperation later on. Several studies reports that by using an acknowledging approach the nurse has got a greater opportunity to explore and understand the patient's lifeworld. In this way the nurse can be in a better position to make correct evaluation of the need for the patient. By letting the patient know that the nurse believes in him and try to empower him, strengthen his faith and hopes for the future, the nurse can a promote coping.

INNHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	2
1.0 INNLEDNING	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema	4
1.2 Presentasjon av problemstillingen	6
1.3. Avgrensning og presisering av problemstillingen.....	7
1.4 Formål med oppgaven	8
1.5 Oppgavens disposisjon.....	9
2.0 BEGREPSMESSIG RAMMEVERK.....	10
2.1 Psykosebegrepet og sykepleie	10
2.2 Kommunikasjon	13
2.3 Relasjon og sykepleie.....	16
2.4 Empowerment, mestring og håp.....	18
2.5 Etikk	20
3.0 METODE	21
3.1 Beskrivelse av valgt metode.....	22
3.2 Begrunnelse for valgt metode	23
3.3 Søkehistorie – beskrivelse og begrunnelse.....	24
3.4 Forskningsetiske overveielser og konsekvenser for sykepleie.....	25
3.5 Kvalitetskriterier og kildekritikk	26
4.0 DRØFTING.....	27
4.1 Etablering av en mellommenneskelig relasjon.....	27
4.2 Sykepleiers holdninger	30
4.3 Hjelpende kommunikasjon.....	32
5.0 AVSLUTNING	37
6.0 LITTERATURLISTE	38
VEDLEGG 1	43
VEDLEGG 2	47

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema omhandler forståelse av psykosebegrepet og om hvordan vi gjennom kommunikasjon kan fremme opplevelse av mestring hos mennesker med psykoselidelser. Psykoselidelser er alvorlig mentale forstyrrelser som fremtrer med ulike former for karakteristika (Jordahl og Repål, 2009). Da psykotiske symptom ofte er forvirrende, belastende og styrende, vil mennesker med psykoselidelser ofte oppleve vesentlig redusert samspill, nedsatt funksjon i hverdagen og tap av selvfølelse og mening (Hagen, Kråkvik og Gråwe, 2007). Dette kan medføre økt grad av angstfølelse og utrygghet. Sykepleiers fire ansvarsområder handler om å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og det å lindre lidelse (Norsk Sykepleierforbund, 2007). I følge yrkesetiske retningslinjer er sykepleiers grunnpilar tuftet på det å ivareta den enkeltes integritet og verdighet, og sykepleiere skal gjennom sin profesjon og medmenneskelighet vise omsorg for det lidende mennesket (Norsk Sykepleierforbund, 2007). Gjennom kommunikasjon kan sykepleier søke å bidra til at disse menneskene i større grad mestrer sine lidelser og/eller opplever en meningsfull hverdag (Eide og Eide, 2007, Røkenes og Hansen, 2006). Travelbee (1999) fremhever i sin interrelasjonsteori viktigheten av at sykepleier opparbeider seg kompetanse rundt gode måter å kommunisere på, i søken etter å etablere en relasjon. Crosland (2001) viser i sin studie at mennesker med vedvarende psykiske lidelser blant annet er opptatt av god kommunikasjon.

I henhold til yrkesetiske retningslinjer er sykepleier videre pliktig å erverve oppdatert kunnskap om lidelse og virksomme intervensjonstiltak (Norsk Sykepleierforbund, 2007). I denne sammenheng anser jeg det som viktig å undersøke hva litteraturen sier om bruk av kommunikasjon relatert til denne form for lidelse.

Ulike former for behandlingstilbud innebærer svært høye kostnader (Helsedirektoratet, 2009). Ved å rette fokus mot tiltak som kan hjelpe pasienten med sin lidelse, vil det kunne forbygge tilbakefall og lette mer kroniske forløp. Dette vil igjen kunne spare samfunnet for store summer.

Fra erfaring i egen praksis ved en psykoseavdeling opplevde jeg at pasientenes behov varierte. Noen trengte stor grad av beskyttelse og støtte, andre fikk jeg inntrykk av at de etter hvert kunne ha utbytte av ”å delta” i engasjementsprosesser og gyldiggjøringsprosesser.

1.2 Presentasjon av problemstillingen

Jeg har i denne sammenheng valgt følgende problemstilling;

"Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon fremme mestring hos pasienter med psykose lidelser".

1.3. Avgrensning og presisering av problemstillingen

I forhold til problemstillingen, velger jeg å forholde meg til pasienter innlagt ved institusjon. Dette er en heterogen gruppe mennesker med individuelle behov, og det vil i denne oppgaven innebære voksne mennesker over atten år, av begge kjønn. Jeg vil i studien søke å formidle hva litteratur og forskning sier om hvilken betydning kommunikasjon har for fremming av mestringsfølelse hos mennesker med psykoselidelser.

Grunnet oppgavens omfang velger jeg å utelate litteratur som omhandler intervensjon ved såkalt tidlig debut av psykoseproblematikk, samt litteratur om andre mer spesifikke psykososiale intervensjoner jeg anser relevante for et helhetlig behandlingstilbud. Av samme grunn unnlater jeg også å gå nærmere inn på den medikamentelle behandlingen som i mange tilfeller åpenbart er til hjelp, men da ofte sammen med andre ikke medikamentelle tiltak. Denne oppgaven vil heller ikke omhandle pårørendes situasjon og deres eventuelle betydning som ressurs. Til sist velger jeg også å utelate rusrelatert problematikk og/eller annen form for dobbeldiagnostikk, organiske eller hormonelle årsakssammenhenger som utløser av psykose.

1.4 Formål med oppgaven

Skrijving av Bacheloroppgave er et obligatorisk krav i forbindelse med 3-årig høyskoleutdanning i sykepleie. Formålet med å skrive denne oppgaven var å rette søkelyset mot mennesker som strever med å håndtere hverdagen på grunn av sin psykoselidelse. De fleste av dem som befinner seg i psykotiske tilstander opplever å fungere dårlig sammen med sine omgivelser. Når mestringsfølelsen og opplevelsen av kontroll i vesentlig grad reduseres, er det vanlig at mennesket også kjenner på nedsatt selvfølelse og en lavere grad av meningsbærende element i hverdagen. Ved tap av kontroll og følelse av egenverd, vil angst og utrygghet naturlig kunne følge. Jeg ønsker med denne oppgaven å forsøke å utvide mine kunnskaper og forståelse av denne form for tilstand, samt søke å formidle hva litteraturen sier om hvordan vi som sykepleier gjennom kommunikasjon, kan hjelpe pasienten å gjenvinne mestringsfølelse.

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt inn i et innledningskapittel, et teorigapittel, et metodekapittel, et drøftingskapittel og et avslutningskapittel. Teori jeg anser som relevant for å kunne belyse problemstillingen i et sykepleiefaglig perspektiv er presentert i teorigapittelet.

Metodekapittelet presenterer valg av metode, søkehistorie, en vurdering av valgt litteratur, kildekritikk og etiske overveielser av denne. Grunnet oppgavens begrensede omfang har jeg lagt ved vedlegg med en oversikt over funn i vitenskapelige artiklene, samt selve søkeprosessen.

I drøftingskapittelet vil jeg søke å presentere funn fra de vitenskapelige artiklene og søke å knytte det disse artiklene formidler opp mot bakgrunns litteratur, egne erfaringer, og problemstilling. Til sist følger et avslutningskapittel. Jeg velger å bruke begrepet pasient da det beskriver "en som tålmodig lider".

2.0 BEGREPSMESSIG RAMMEVERK

2.1 Psykosebegrepet og sykepleie

Opgavens problemstilling er knyttet opp mot mennesker som har en psykoselidelse.

Psykose kan ses på som et psykologisk – fenomenologisk begrep som beskriver en tilstand preget av psykologisk oppløsning og kaos (Cullberg, 2005). Den kan forstås som en realitetsbrist hvor det ikke lenger er samsvar mellom den ytre verden og ens egen, indre vurdering, - man klarer ikke helt å skille mellom eget ”jeg” og omgivelsene (Thorsen og Johannessen, 2008). Problematikken omhandler kognitive forstyrrelser og en svekket ego – funksjon (Krogh, 2005). Ingen kan enda nøyaktig forklare etiologien omkring det som skjer i hjernen, men man regner med at både arv og miljø virker inn i utvikling av psykoselidelser (Thorsen og Johannessen, 2008). I henhold til diagnosesystemet ICD – 10, kan man dele psykoselidelser inn i Schizofreni, Paranoide psykoser, Akutte og forbigående psykoser og Schizoaffektive diagnoser (Jordahl og Repål, 2009).

Symptomene vil variere i omfang, styrke og varighet, avhengig av den stressutløsende årsaken samt pasientens sårbarhet og funksjonsnivå. Kjernesymptomene vil likevel være til stede i form av tanke, – og konsentrasjonsforstyrrelser, hallusinasjoner, vrangforestillinger, tvangshandlinger, angst, manglende kontroll over egen atferd/reduert impuls kontroll og/eller paranoide idéer (Krogh, 2005, Cullberg, 2005).

Man kan skille mellom positive, negative og desorganiserte symptomer; vrangforestillinger og hørselshallusinasjon omtales gjerne som mer ”aktive” og positive symptomer hvorpå likegyldighet, apati, taleknapphet og følelsmessig og sosial tilbaketrukkethet m.m. i større grad betegnes som ”passive” og negative symptomer (Cullberg, 2005). Avvikende, bisarr(eks. kataton) atferd og uforståelig, usammenhengende tale, kategoriseres som desorganiserte symptomer (Cullberg, 2005, WHO, 2000).

Kingdon og Turkington (2005), foreslår fire forskjellige psykosekategorier som lettere ses i sammenheng med den enkeltes sårbarhet; Sensitivitetspsykoser; overfølsomhet for stress ved eks. flytting, eksamen, militærtjeneste. De er ofte ensomme og innesluttet av natur. Ved

sensitivitetspsykose er det oftest negative symptomer som viser seg gjeldende. Rusrelatert psykose; rusmiddelbruk utløsende av psykose hvor symptomene ofte vedvarer til tross for at vedkommende slutter å ruse seg. Rusrelatert psykose bærer ofte preg av paranoide trekk. Traumatisk psykose; oppleves ofte voldsom, vanskelig og ukjent. Innenfor denne gruppen oppleves ofte hørselshallusinasjoner av voldelig, seksuelt eller kommanderende art. Mange av dem som erfarer en traumatisk psykose har tidligere vært utsatt for traumer, misbruk, depresjon, suicidalforsøk. De klandrer seg selv, har variert grad av sykdomsinnsikt og flere har trekk av ustabil personlighetsforstyrrelser. Angstpsykose; ofte en brå psykosedebut grunnet ulike former for stressende hendelser (Stiles, 2007, s. 17). Vrangforestillinger kan gi meningsfulle forklaringer på ubehageligheter og dermed angstreduksjon (Stiles, 2007).

Alle kan utvikle en form for psykose, og det er vanskelig å finne frem til nøyaktige tall. Den beste studien av forekomst av psykotiske lidelser er finsk og basert på informasjon fra en generell helseundersøkelse samt journalnotater (Mykletun, Knudsen, og Mathiesen, 2009). Livstidsforekomsten av alle psykotiske lidelser ble i denne studien funnet å være 3,5 %. Studier viser at mellom 12-16000 mennesker i Norge utvikler schizofrenidiagnose, og ca en tredjedel blir helt friske (Mykletun, Knudsen og Mathiesen, 2009, Thorsen og Johannessen, 2008).

Behandling av psykoselidelser er vanligvis langvarig og sammensatt. Den er tverrfaglig og vil ofte bestå av samtalebehandling, medikamentell behandling og ulike formere for miljøterapeutiske tiltak (Thorsen og Johannessen, 2008). Ved innleggelse på institusjon vil sykepleie ofte innbefatte Gundersons fem miljøterapeutiske prinsipper (Bratheland, 2004). Hvilke(n) prosess(er) en bruker, kommer an på pasientens behov (Bratheland, 2004).

De fem prosessene er;

Beskyttelse; assistanse i basale funksjoner som personlig hygiene, ernæring og påkledning, eller skjerming/stimulireduksjon, grensesetting, Terapeutisk Mestring av Aggresjon og tvangsbehandling.

Støtte vises gjennom en empatisk, ikke- dømmende holdning. Videre står tilgjengelighet, tålmodighet, interesse, positive forventninger, tåle avvisning, samt verbal og praktisk støtte, sentralt.

Struktur fremgår i døgnrytme, definerte roller/få personer, rutiner, tydelighet i kommunikasjon, holde avtaler

Engasjement innbefatter sosial ferdighetstrening, samhandling, aktivitet, verbalisering av problem, og fremming av realistiske ønsker og mål.

Gyldiggjøring omhandler analyse og konfrontasjon. Være sammen med pasient på en ikke – dirigerende måte, ha sinnsro, tone seg inn på pasientens stemningsleie, samt oppfordre til å utforske og å flytte grenser. Gi rom for å prøve og å feile (Tveit mfl., 2000).

Miljøet ved en psykoseavdeling bør være relativt begrenset, oversiktlig og gi rom for hvile og rekreasjon (Strand, 1990). Stimuli i form av radio, tv og musikk bør begrenses og programklarhet bør være lett tilgjengelig (Hummelvoll, 2004).

2.2 Kommunikasjon

Kommunikasjonsferdigheter er et sentralt verktøy i sykepleie og et grunnleggende element i etablering av gode relasjoner (Eide, Eide, 2007). Kontaktdannelse og opparbeidelse av tillit er et grunnleggende element i hjelpearbeid sammen med mennesker med psykoseproblematikk. Hvordan man kommuniserer, vil kunne påvirke den andres evne til samspill og opplevelse av mestring (Østby, 2006).

Kommunikasjon foregår ved hvert møte mellom hjelper og pasient, det være seg verbal eller nonverbal kommunikasjon, bevisst eller ubevisst (Eide, Eide, 2007). Verbal kommunikasjon omhandler ord og kan gi assosiasjoner og vekke mange former for følelser, formidler de videre. Nonverbal kommunikasjon uttrykkes gjennom ansiktsmimikk, kroppsholdning, bevegelse, pust og stemmebruk. Det sammensatte forholdet mellom verbale og nonverbale signal, er de tegn hjelpepersonell i sin profesjon skal søke å fange opp, fortolke og respondere på, i den hensikt å søke å hjelpe pasienten (Eide, Eide, 2007).

Kommunikasjon er en dynamisk prosess med mulighet for gjensidig påvirkning av tanker og følelser hos partene (Travelbee, 1999). Dette muliggjør etablering av et menneske - til - menneske forhold, belyser hun videre. Dette forholdet er ønskelig da det kan brukes som et middel til å ivareta pasienten sykepleiebehov, til å oppnå forandring, og til å oppfylle sykepleiens mål og hensikt, som i følge Travelbee er;

”å hjelpe enkeltindivid og familier med å mestre erfaringen fra sykdom og lidelse, og om nødvendig hjelpe dem til å finne mening i disse erfaringene.” (Travelbee, 1999, s).

Profesjonell kommunikasjon hviler på faglige begrunnelser og har som formål å hjelpe pasienten (Eide, Eide, 2007). Sykepleieprofesjonell kommunikasjon bygger på profesjonens posisjon som en hjelpende instans, på faglig kompetanse og på verdigrunnlag jamfør ICN, 2006, skriver Eide og Eide videre. Hjelpende kommunikasjon er kompleks og bærer preg av tiltro til at det åpne og uforutsigbare, bringer med seg noe fruktbart. Denne tilliten bør gjerne være til stede for etablering av nærhet og kontakt, som igjen er essensielt i oppbyggingen av en god relasjon. Hjelpende kommunikasjon er pasientsentrert, anerkjennende og grunnleggende for trygghet og tillit. Videre har hjelpende kommunikasjon til hensikt å

formidle budskap på en problemløsende og stimulerende måte. Det essensielle formål med hjelpende kommunikasjon er å fremme pasientens perspektiv, forstå konteksten, jobbe mot felles forståelse knyttet opp mot pasientens verdier, og i størst mulig grad å hjelpe den andre til bevare kontroll og myndighet (Eide, Eide, 2007).

Den viktigste og mest grunnleggende komponenten i gode kommunikasjonsferdigheter er trolig aktiv lytting (Eide, Eide, 2007). Aktiv lytting inkluderer både nonverbale og verbale element, skriver de videre. Her inngår blant annet tilgjengelighet, mottagelighet for den andres opplevelse og empati (Vatne, 2006) Aktiv lytting innebærer også det å stille åpne spørsmål, speile den andres følelser og det å etterspørre for å undersøke om en har oppfattet det budskap pasienten ønsker å formidle (Eide, Eide, 2007).

Anerkjennende kommunikasjon er også viktig (Vatne, 2006). Ved gjensidig anerkjennende kommunikasjon formidler en empati med interesse for, forståelse for, og bekreftelse av den andres verdi som unikt individ og hans/hennes opplevelse av situasjonen, belyser hun videre. Kommunikasjonen baseres på likeverdighet, respekt og samhandling. Partene aksepterer og tolererer hverandres perspektiv til tross for at opplevelsen fraviker fra ens egen (Vatne, 2006). Andre viktige element i god kommunikasjon omhandler blant annet; å observere, å fortolke, å skape gode og likeverdige relasjoner, å informere tydelig og forståelig, å møte den andres behov og ønsker på en god måte, å fange opp den andres ressurser, å strukturere samtale og tilrettelegge for god samhandling, å frembringe alternative måter å forstå situasjoner og handlinger, å kunne være tilgjengelig og kunne håndtere vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål, og å finne frem til pasientens beste sammen med pasienten (Eide, Eide, 2007). En vesentlig forutsetning i det å oppøve sine kommunikasjonsferdigheter er evnen til å kunne sette et annet individ i fokus (Travelbee, 1999). For å kunne møte pasienten på en god måte er det viktig å ha forberedt seg på pasientens situasjon (Eide, Eide, 2007). Gjennom å rette udelt oppmerksomhet mot, vise psykisk og fysisk tilstedeværelse, være lydhør og mottagelig for budskap fra den andre, og eliminere andre distraksjoner i omgivelsene, gir man den andre muligheten til å uttrykke sin opplevelse av situasjonen og sitt behov for sykepleie (Travelbee, 1999).

Samtalen inngår som element i kommunikasjonsprosessen og inneholder både verbale og non-verbale signal (Eide og Eide, 2007). Faktorer som kan være avgjørende for at gode samtaler skal finne sted er å finne frem til felles mening og forståelse av de budskap som formidles

(Hummelvoll, 2006) Åpenhet og en empatisk grunntone er også viktige moment da det i stor grad omhandler å se seg selv gjennom andres øyne, trygge omgivelser, tillit og akseptasjon slik at de som samtaler har mot til å fremtre som de personer de er (Hummelvoll, 2006).

Ovennevnte er også gjeldende når det gjelder kommunikasjon med mennesker som befinner seg i en psykosetilstand. Hjelper må i samspill med pasienten være bevisst de utfordringer som særlig følger lidelsesbildet som til eksempel plager med vrangforestillinger, hallusinasjoner, kognisjons-, og oppmerksomhetsvansker knyttet opp mot realitet og egen situasjon (Vatne, 2006). En strukturert samtale kan, i følge Eide og Eide (2007) deles inn i tre faser. Åpningsfasen omhandler det å etablere et tillitsforhold, avklare rammer og å forberede identifiseringsprosessen. Midtdelen har som funksjon å få frem pasientens perspektiv, identifisere og utforske problem, og styrke relasjonen. Avslutningsfasen dreier seg om å avrunde, sammenfatte og å bekrefte nye avtaler (Eide og Eide, 2007, s.249). Hummelvoll (2006) har utformet følgende prinsipper å følge i samtale med alvorlig psykisk lidende mennesker; en bør starte med en bred åpning, prate om lette tema og stille åpne spørsmål. Videre bør hjelper oppmuntre pasienten til å fortsette med å beskrive sine opplevelser og følelser. Hjelper bør regelmessig gi tilbakemelding i forhold til egne observasjoner og antakelser, og hjelpe pasienten til å få frem det eventuelle underforståtte. En bør søke å holde seg til et tema om gangen, og bistå pasienten til å rette fokus mot problemløsning ved tidligere erfaring. Sammen med pasienten kan hjelper reflektere rundt tidligere mestringsstrategier, og avslutningsvis kan samtalen oppsummeres. Disse prinsippene er ment som et utgangspunkt og ikke noen fasit på hvordan man som hjelper må gå frem, påpeker Hummelvoll. Til å begynne med vil kommunikasjon i stor grad omhandle det å søke å gi trygghet og å etablere en kontakt, for så over tid å opparbeide tillit (Hummelvoll, 2006).

2.3 Relasjon og sykepleie

En god relasjon er essensielt om det en søker å kommunisere skal gi den andre mening og/eller være til hjelp. Kanskje særlig gjelder dette i forsøk på å hjelpe mennesker som befinner seg i en psykosetilstand da disse menneskene ofte har blikket innover vendt i sin egen tilstand og kan ha vanskelig for å forholde seg til omgivelsene.

Begrepet relasjon betegner det at en gjenstand står i forbindelse med en annen, og kommer fra det latinske begrepet relatio (Eide, Eide, 2007). I denne sammenhengen omhandler det hjelpers forhold til pasienter. Det er i sosialisering og relasjon til andre at vi utvikler vår identitet/ opplever mening i tilværelsen (Bunkholdt, 2005).

Travelbee ser også på sykepleie som en mellommenneskelig prosess og vektlegger i stor grad den likeverdige relasjonen mellom sykepleier og pasient som hver må anerkjennes som unike mennesker (Travelbee, 1999). Prosessen er et middel til å realisere sykepleiens overordnede formål som er å hjelpe pasienten til å lindre, mestre eller finne mening med lidelsen (Travelbee, 1999).

Travelbee definerer et menneske-til-menneske forhold som;

”Et menneske-til-menneske forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt.” (Travelbee, 1999, s.177).

Et menneske- til- menneske forhold etableres ved at sykepleieren og pasienten arbeider seg gjennom fire faser, som går over i hverandre, og som oppsummeres i en femte fase som gjenspeiler opprettelsen av dette forholdet (Travelbee, 1999). Disse fasene er:

1) Det innledende møtet; førsteinntrykket er ofte preget av tidligere erfaringer, stereotype rolleoppfatninger og forventninger. Sykepleieren må være klar over dette, og bryte ut av denne kategoriseringen for å se pasienten som et særegent individ og formidle egen opplevelse.

2) Fremvekst av identiteter; sykepleieren og den syke gradvis får bedre kjennskap til hverandres identiteter og personligheter. Sykepleieren skiller mellom det som er felles/generelt for alle pasienter, og det som er unikt for den bestemte pasient og hans situasjon. Sykepleier bør være bevisste egen oppfattelse av pasienten, det er viktig opptre anerkjennende() og å bekrefte pasienten som person. Dette er grunnlaget for empati, som er en dypere forståelse for pasienten, og sykepleier bør unngå å bruke egne erfaringer som målestokk for bedømmelse for å etablere et menneske-til-menneskeforhold.

3) Empati omhandler evnen til å gå inn i, eller dele og forstå et annet individs psykologiske tilstand i et bestemt øyeblikk. Man tar del i, forstår meningen og relevansen av tankene og følelsene til individet, men er samtidig atskilt fra den andre. Sykepleier bør være bevisst egne verdivurderinger av pasienten og avklare hvordan hun vil forholde seg. For å være i stand til å hjelpe må sykepleier også ha evnen til å sympatisere.

4) Sympati er en ekte holdning preget av omtanke og bekymring for den andres lidelse. Sykepleieren er slik følelsesmessig involvert, men ikke handlingslammet. Sympati innebærer et ønske om å hjelpe. Sykepleierens oppgaver i sympatifasen er i første rekke å avhjelpe lidelsen. Dette ønske er imidlertid fraværende i empatifasen.

5) Gjensidig forståelse og kontakt kan oppleves av sykepleieren og pasienten etter at de har gjennomgått de foregående fasene. Etableringen av et slikt forhold er det overordnede målet for all sykepleie. Det dreier seg om måten sykepleier og pasient oppfatter hverandre og opptrer overfor hverandre. De delte erfaringene er viktige og betydningsfulle for begge parter. Gjensidig forståelse og kontakt er en dynamisk prosess basert på gjensidig tillit, men sykepleier har likevel ansvar for å etablere og vedlikeholde forholdet (Travelbee, 1999).

2.4 Empowerment, mestring og håp

Hvordan vi forholder oss til og kommuniserer med pasienten er avgjørende for om pasienten opplever følelsen av mestring.

EMPOWERMENT

Begrepet er engelsk og hentyder det å istandgjøre (enable) og/eller gi makt/styrke/kraft (Tveiten, 2008). På norsk brukes ofte ordet ”bemyndige” når det er snakk om å styrke pasientens kraft og posisjon med mulighet for medvirkning, formidler hun videre.

Empowermentbegrepet har et positivt fortegn da det retter fokus mot resurser, løsninger, vekst og utvikling. Det er dynamisk og omhandler mottak og overføring av kraft/makt/posisjon (Tveiten, 2008).

MESTRING

I følge Lazarus (1984) er mestring ”kognitive og atferdsmessige tiltak for å klare indre eller ytre krav som overstiger personens ressurser”. Hensikten med mestring er å opprettholde eller søke å gjenopprette en følelsesmessig balanse, og kunne tilpasse seg den mangefasetterte tilværelsen, belyser Lazarus videre. Samtidig er det av betydning å bevare et godt selvbilde (Lazarus, 1984).

Lazarus og Folkman (1984) mener det finnes det to typer mestringsstrategier;

følelsesfokusert mestring, som omhandler hvordan vi følelsesmessig håndterer påført stress, - og **problemfokusert mestring** som hentyder at vi handler i forhold til et oppstått problem. Gjennom følelsesfokusert mestring vil man endre på opplevelsen av problemet, og ikke forandre selve problemet (Eide og Eide, 2007). Ofte vil der foreligge en vekselvirkning i bruk av disse mestringsstrategiene, og det varierer hvilken strategi som er mest hensiktsmessig ut i fra hvilken situasjon som skal håndteres (Lazarus, 1984). Det som blant annet er av betydning er ikke de symptomer som er tilstedeværende, men hvordan den enkelte og omgivelsene rundt håndterer dem, hvilke resurser som besittes og andre personlighetskomponenter (Lazarus og Folkman, 1984).

HÅP

Travelbee (1999) belyser også håpets hensikt i sykepleien. Håpet er knyttet til forventningen om å få hjelp når en skulle trenge det. Ved å støtte mennesket ved å gi håp, bidrar sykepleier til at pasienten lettere mestrer lidelsen. Uten håpet mister pasienten troen på at problemet kan løses, at det ikke er mulig å komme gjennom den vanskelige situasjonen, og han står i fare for å resignere. Den individuelle opplevelsen er viktig og samtidig knytter hun opplevelsen av mening til det å føle seg nødvendig for noe eller noen for at egen tilværelse er verdifull. Sykepleiens viktigste hensikt er å finne mening i tilværelsens ulike livserfaringer (Travelbee, 1999).

2.5 Etikk

For mennesker som befinner seg i skjøre og sårbare tilstander, vil det være av særskilt betydning hvordan man som hjelper fremtoner seg i møte med den enkelte.

NÆRHETSETIKK

Nærhetsetikk omhandler holdninger og væremåter og knyttes opp mot moralske fenomen i møte mellom mennesker (Brinchman, 2005). Nærhetsetikken retter fokus mot betydningen av samspill og mot det særskilte i den enkeltes situasjon, belyser Brinchman videre. Dette forutsetter et subjekt – subjekt forhold, hvor en vektlegger følelsenes betydning for å finne frem til hvilke verdier som står på spill (Brinchman, 2005).

URØRLIGHETSSONEN

Urørlighetssonen er et begrep hentet fra den danske teologen Løgstrup, og ett uttrykk for hvert menneskes private sfære som beskrives som for ømtålig til å bli overskredet (Kristoffersen og Nordtedt, 2005). I følge Nordtedt og Kristoffersen definerer han det slik;

”Et elementært fenomen i våres tilværelse er det, at enhver af os gjør krav på at være omgivet af en urørlighedssone” (Løgstrup, 1963, s.163).

Gjennom sosialisering, erfaring og intuitiv forståelse har de fleste en oppfatning av hvor denne sonen går. Urørlighetssonen har til hensikt å beskytte oss, sikre privatliv, utvikle vår personlige integritet og identitet og bidra til utveksling av kommunikasjon og informasjon med omgivelsene, enten denne er verbal eller ikke-verbal. Begrepet er ofte knyttet til en persons grunner og motiv, ”sinnsreserver” og livsmot (Kristoffersen, Nordtedt, 2005).

3.0 METODE

”Metode er en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare” (Tranøy, i Dalland, 2007, s 71). Metode er verktøyet som brukes i systematisk innsamling og utvelgelse av relevant data, samtidig som den beskriver hvordan man har gått frem (Dalland, 2007). Man kan dele metode inn i kvalitativ og kvantitativ metode.

Kvalitativ metode søker å fortolke beskrivende data og fange opp meninger og opplevelser hos få informanter og lar seg ikke tallfeste eller måle (Ringdal, 2007) Metoden innehar et forståelses-, - og nærhetsaspekt med få og står sterkt med tanke på relevans (Dalland, 2007).

Kvantitative data gjengis i tall og størrelsesforhold (Rienecker og Jørgensen, 2007).

Kvantitative studier søker å klassifisere, se sammenhenger, stille prognoser og tildels å forklare (Forsberg og Wengström, 2008). Metoden søker opplysninger fra mange informanter (Dalland, 2007). Mange kvantitative data kan gi bedre grunnlag for å generalisere (Olsen og Sørensen, 2003).

Valg av forskningsmetode vil blant annet avhenge av spørsmålet som stilles (Lorensen, 2006).

3.1 Beskrivelse av valgt metode

Som metode er litteraturstudie valgt. I en litteraturstudie er det litteraturen som er informasjonskilden (Olson og Sørensen, 2003). På lik linje med andre typer oppgaver skal en litteraturstudie inneholde bakgrunn, formål, spørsmålsstillinger og innsamlingsmetode med mer, formidles det videre. Olsen og Sørensen (2003) skriver at det i drøftingsdelen søkes å belyse innsamlingsdata opp mot bakgrunnsdata.

3.2 Begrunnelse for valgt metode

Hensikten med litteraturstudien er å undersøke hva tidligere studier sier om hvordan sykepleier gjennom kommunikasjon kan bidra til å fremme opplevelse av mestring. Litteraturstudier er av verdi da de kan bidra til kompetanseheving og utformingen av gode, kliniske retningslinjer og (Forsberg og Wengstrøm, 2008). Formålet med studie av litteratur er å finne frem til den beste og mest gyldige kunnskapen (Forsberg og Wengström, 2008).

3.3 Søkehistorie – beskrivelse og begrunnelse

BIBSYS og høyskolebibliotekets helsefaglige dataressurser ble benyttet og artikler er hentet fra tidsskrift i Academic Search Premier, Evidence Based Nursing, Pro-quest, PsycInfo, Ovid Medline og SveMed. Søkeordene jeg har brukt er psychosis(es), psychotic disorder, mental health, mental illness, schizophrenia, nurse, nursing, nurse-patient relations, psychiatric nursing, interpersonal communication, communication, patient participation, coping, recovery. Viser til vedlegg for presentasjon av funn fra studiene, og til vedlegg for selvet søket.

Inklusjonskriterier var vestligbaserte, fagfellevurderte forskningsartikler. Artikkel publisert i et anerkjent vitenskapelig tidsskrift skal etter reglene tilsi en primærpublisering av originalarbeid hvor kritisk granskning er foretatt av eksperter innen området (Forsberg og Wengström, 2008). Jeg begrenset søk til ikke eldre enn ti år for å hente frem den mest oppdaterte, forskningsbaserte kunnskapen. Jeg også gjort bruk av eldre bakgrunns litteratur da jeg anser den som relevant og gyldig i forhold til problemstillingen. De studier jeg har valgt å ha med, er en doktorgradsavhandling, et mastergradsarbeid og 15 anerkjente vitenskapsartikler. Artikkene jeg har valgt er kvalitative og fortrinnsvis utført blant voksne ved institusjon. Jeg har også valgt andre studier jeg mener har overførbar relevans overfor problemstillingen. Forsknings-, fag-, og skjønnlitteratur som omhandler psykosebegrepet, kommunikasjon, relasjon, mestring og etikk anser kan være relevant for min problemstilling. Eksklusjonskriterier vil være ikke-vestlige studier, samt barnestudier.

3.4 Forskningsetiske overveielser og konsekvenser for sykepleie

Forskningsetikk er de grunnleggende moralnormene for vitenskapelig praksis (Ringdal, 2007; 423). Forskningsetikk handler om at utvinning av ny kunnskap ikke skal rokke ved menneskers integritet eller velferd (Dalland, 2005). De studier jeg har valgt, anser jeg å overholde etiske regler omkring frivillighet, anonymisering, fortrolighet, ikke-skade prinsippet, og samt til nytte prinsippet.

For å bevare det opprinnelige perspektivet er det å foretrekke primærlitteratur fremfor en bearbeidet og fortolket sekundærlitteratur (Dalland, 2005). Jeg har i min studie fortrinnsvis brukt primærlitteratur. Jeg har søkt å behandle kildene riktig og unngå plagiering ved å følge HSHs retningslinjer for kildebruk og referanseliste. Videre har jeg gjort noe bruk av ordliste for å søke å unngå feiltolkninger.

3.5 Kvalitetskriterier og kildekritikk

I følge Dalland (2007) omhandler kildekritikk det å vurdere litteratur. Formålet med kildekritikk er at leser av oppgaven skal kunne forstå hvilke vurderinger som ligger til grunn i forhold til relevans og gyldighet av litteraturen (Dalland, 2007). Jeg har vurdert artiklenes relevans og gyldighet i form av å undersøke tidskrift, tittel, publiseringsår, artikkelens forfatter, bakgrunn, fremgangsmåte, utvalg og funn, samt om de var fagfellevurderte. For å belyse problemstillingen på en mest mulig objektiv måte er studier som omhandler både sykepleiers og pasients perspektiv tatt med. Noen av artiklene har et forholdsvis lite utvalg. Jeg har likevel valgt å ha dem med da tendens er understøttet av andre valgte studier/bakgrunns litteratur..

4.0 DRØFTING

4.1 Etablering av en mellommenneskelig relasjon

Hjelpepersonell kan lage store prosjekt og liste ned mange tiltak for å søke å ivareta pasientens behov. De er imidlertid til lite eller ingen nytte om det ikke først er etablert en kontakt og dannet en allianse mellom den som utøver hjelp og den som mottar hjelp.

Travelbee (1999) fremhever det mellommenneskelige forhold som essensielt for at sykepleier på en helhetlig måte skal kunne hjelpe pasienten til å lindre, mestre eller finne mening med lidelsen. Tofthagen viser i sin studie (2004) at sykepleiere var bevisste relasjonens betydning, de ønsket å skape en allianse og å lære mennesket å kjenne. En vellykket etablering av en mellommenneskelig relasjon har til hensikt å skape trygghet, redusere angstnivå og opparbeide tillit for et fremtidig samarbeid (Berge og Repål, 2009, Stiles, 2007). Scanlon (2006) fant i sin studie at terapeutiske relasjoner er virksomme, men vanskelig målbare. Fra studien fremkom det at utvikling av en relasjon er basert på interpersonlige erfaringsferdigheter, holdninger, samt tilfredsstillende livserfaring for å kunne bruke det intuitive. Å etablere en relasjon med mennesker som befinner seg i en psykotisk tilstand kan være utfordrende men er særlig viktig da deres tilværelse ofte er preget av utrygghet, angst, tilknytningsvansker, forvrengte virkelighetsbilder og/eller lav selvfølelse (Cullberg, 2005). Har man ikke først lyktes i å danne en relasjon og opparbeidet tillit, vil en i liten grad kunne være til hjelp for pasienten.

Flere studier vektlegger relasjonens betydning og dens kvalitative innhold som viktige faktor i samarbeid mot bedring og mestring (Coatsworth – Puspoky, Forchuk og Ward-Griffin, 2006, Johansson og Eklund, 2003, Crosland, 2001). En god relasjon hviler blant annet på sykepleiers forkunnskap, holdninger, tilgjengelighet, tid til rådighet, samt evne til å regulere nærhet og avstand (Eide og Eide, 2006, Henriksen og Vetlesen, 2006, Travelbee, 1999).

I følge Travelbee (1999) må sykepleieren ha fagkunnskaper og evnen til å anvende kunnskapen i praksis. Videre må sykepleier inneha evnen til å bruke seg selv terapeutisk, noe som tilsier besittelse av god, menneskelig innsikt, fremhever hun. Terapeutisk bruk av seg selv kan bidra til forandring (Travelbee, 1999). Røkenes og Hansen (2006) skriver at for å

kunne møte andre mennesker som gjerne besitter en annerledes meningskontekst enn en selv, vil det være en forutsetning å kunne innta et andreperspektiv, - det å evne og forholde seg til andres opplevelse av verden, - det "å se" den andre der han/hun befinner seg. Like viktig er bevissthet omkring egen forforståelse av situasjonen og om egne måter å kommunisere og reagere på (Røkenes og Hansen, 2006).

Som sykepleier arbeider en ofte innenfor en persons urørlighetssone (Kristoffersen og Nordtvedt, 2005). Her spiller sykepleiers holdning og fremtoning en stor rolle, formidler de videre. Urørlighetssonene omhandler hvordan vi bør tilstrebe å møte den andre uten å krenke ham ved å holde seg til saken og ikke de antagelser en eventuelt skulle ha rundt pasientens motiv. Innenfor psykiatrien forsøker man å respektere urørlighetssonen gjennom faglig profesjonalitet i form av å søke å unngå pinlighet og blottleggelse (Kristoffersen og Nordtvedt, 2005).

Relasjonsdannelse og kommunikasjon er likevel en dynamisk prosess hvor det ikke er mulig å forutsi den mellommenneskelig kjemien selv om "alt er blitt tilrettelagt" for en slik etablering. Det er imidlertid viktig at hjelper har kunnskap om og er bevisst på de ulike faktorene. Ytterligere forskningsbasert kunnskap vil også kunne bidra til at sykepleier i større grad kommuniserer på en respektfull og hjelpende måte. Ved avdelingen hvor jeg var ute i praksis fikk jeg erfare at sykepleiers varhet for nærhet og distanse var ekstra viktig for mennesker som befinner seg i en psykotisk tilstand. Pasientene bar ofte preg av mistillit, ikke klare ego – grenser og lav følelse av egenverd. De hadde behov for kontakt med andre for å bekrefte sin egen eksistens, men samtidig kunne denne kontakten virke skremmende og oppleves invaderende eller uforståelig. Mange bar preg av paranoide trekk, og det var heller ikke uvanlig at stemmer befalte pasienten om å ikke å prate med hjelpepersonell da de enten ikke var til å stole på, eller ville dem ondt. Disse stemmene kunne også komme med trusler om avstraffelse om de likevel pratet om stemmen eller andre symptomer. Det var derfor av betydning at sykepleier var sensitiv overfor pasientens tilstand og stemningsleie, slik at hun sanset når hun kunne være nær, burde trekke seg tilbake, kunne prate, eller når hun burde være stille.

Borg og Topor (2007), Scanlon (2006), Crosland (2001) og Forchuk, Westwell, Martin, Bamber-Azzopardi Kosterewa-Tolman og Hux. (2000) viser i sine studier at tilgjengelighet, kontinuitet i pleie og det å sette av god tid til den enkelte er viktige faktorer for pasientene.

Dette er også elementer som kan gi god grobunn for å etablere kontakt og opparbeide tillit for et senere samarbeid (Borg og Topor, 2007, Scanlon, 2006, Crosland, 2001 og Forchuk mfl., 2000). Forandring er terapeutisk når den avhjelper personens plager (Travelbee, 1999).

4.2 Sykepleiers holdninger

Hvordan sykepleier fremtoner seg i møte med pasienten er av stor betydning for at sykepleier skal lykkes i å etablere en god relasjon (Eide og Eide, 2007, Vatne, 2006, Røkenes og Hansen 2006, Travelbee, 1999).

I følge yrkesetiske retningslinjer er respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet grunnlaget for all sykepleie (Norsk sykepleierforbund, 2007) Travelbee (1999) Pasienten har som menneske unik verdi, i kraft av å være seg selv (Travelbee, 1999). Dette innbefatter at en av sykepleiers oppgave er å ivareta pasientens verdi og integritet (Travelbee, 1999). I hvilken grad sykepleier evner dette, vil være påvirket av sykepleiers holdninger.

En hjelpende holdning bærer preg av å være pasientsentrert (Eide og Eide, 2006, Vatne, 2006). Den bygger på likeverdighet, åpenhet og en genuin interesse for å lære den andres livsverden å kjenne, belyses det videre. Ved å innta en vennlig, empatisk, ikke - dømmende holdning, kan sykepleier formidle støtte og søke å skape en gjensidig forståelse av pasientens situasjon, slik at de sammen kan finne frem til hensiktsmessige og realistiske mestringsstrategier (Vatne, 2006). Flere kvalitative studier understøtter dette. Sykepleiere som møtte pasienten som en likeverdig andre, og som var støttende og empatisk, var noe respondantene i studiene fremla som et viktig element for at pasienten følte seg sett og fikk beholde sin integritet (Tytlandsvik og Heskestad, 2009, Dearing, 2004, McCann, 2002). Fra Lewin, Skea, Entwistle, Zwarenstein og Dicks studie (2001) fremgikk det at sykepleier som hadde en pasientrettet tilnærming i større grad evnet å fange opp pasientens forståelse av situasjonen, samt formidle behandlingstilbud, slik at det på den måten bidro til å fremme mestring. Dette fremkommer også i Dearing (2004) og McCanns (2002) studier.

For å formidle en oppriktighet er det viktig at verbal og non-verbal kommunikasjon står i samsvar med hverandre (Eide og Eide, 2007, Travelbee, 1999). Pasienter med psykoselidelser befinner seg ofte i en skjør befatning og er ekstra sensitiv overfor sykepleiers holdninger og intuisjon (Strand, 2004). Coatsworth – Puspoky et als studie (2006) viser at imøtekommende og lyttende sykepleiere gav pasienten følelsen av å bli ivaretatt. Negative pasientopplevelser resulterte i mistillit, pasientene følte seg ikke sett og relasjonen fikk aldri skikkelig fotfeste (Coatsworth – Puspoky et al, 2006).

Ute i praksis gav pasienter noen ganger uttrykk for vanskeligheter med å etablere kontakt med /stole på andre. Av ulike grunner følte de seg misforstått, avvist eller invadert. Om ikke personalets intuisjoner var ekte eller bar preg av usikkerhet, viste pasientene ofte en klar evne til å fange dette opp. Dette gjenspeilte seg i mistillit til hjelper og var et lite fruktbart grunnlag å bygge en relasjon på. Var ikke sykepleier sensitiv overfor pasientens tilstand og egen tilnærming kunne det lett resultere i avvising fra pasienten. Sykepleier er da ikke i posisjon til å hjelpe.

I søken mot å fremme mestring vil det også være viktig at sykepleier formidler tro på pasienten, søker å styrke ham i å bevare håpet, og bistår ham i å avdekke meningsbærende element (Borg og Topor, 2007). Flere studier fremhever formidling av en uttrykkelig tro på den enkeltes ressurser som et sentralt moment (McCann, 2002). Dette er også noe Arnhild Lauveng søker å formidle i sine fortellinger fra sin sykdomsperiode som pasient med schizofrenidiagnose. I sin første bok *"I morgen var jeg alltid en løve"* beskriver hun hvordan helsepersonells holdning påvirket henne som pasient. I sin andre bok, *"Unyttig som en rose"*, søker hun å fremheve menneskets verdi, også når det ikke er produktivt. Lauvengs beretninger er verdifull kunnskap vi som helsearbeidere bør ta med oss og søke lærdom fra. Gjennom å rette fokus mot den enkeltes ressurser og verdsette mangfoldighet, vil dette kunne fremme følelse av mestring (Eide og Eide, 2006, Travelbee, 1999).

4.3 Hjelpende kommunikasjon

ANERKJENNENDE KOMMUNIKASJON

Det å befinne seg i en psykotisk tilstand, kan for mange være på grensen av hva et menneske kan bære av lidelse. Likevel kan en se på symptomene som en form for forsvarmekanisme i kampen for å overleve. Behovet for å bli anerkjent som et menneske av verdi er essensielt.

Anerkjennende kommunikasjon omhandler gjensidighet og er basert på maktbalanse, dialog og samhandling (Vatne, 2006) Dette forutsetter en subjekt-subjekt relasjon hvor begge parter er likeverdige, belyser hun videre. I tillegg søkes en intersubjektiv deling av de respektives livsverden, hvor man da veksler mellom å "være hos seg selv" og "hos den andre". Dette fører til en forståelse av opplevelser heller enn til definisjon av problemet, og grunntanken er at forandring er mulig i samspill hvor mennesker deler sine opplevelse (Vatne, 2006). Studien som Borg og Topors doktoravhandling bygger på, belyser viktigheten av det å få anerkjennelse (Borg og Topor, 2007). McCann fant i sin studie at sykepleiere, basert på en likeverdig, støttende og gjensidig relasjon, vektla det å motivere pasientene (McCann, 2002).

På bakgrunn av at tidligere sykepleieforskning hentyder en manglende konkretisering av miljøterapiens innhold, utførte Vatne og Hoem (2008) en studie som hadde til hensikt å utvikle miljøterapeuters kompetanse i anerkjennende kommunikasjon. Fra studien fremgår det at den anerkjennende kommunikasjons kjernebegrep "gjensidighet", hviler på en intersubjektiv forståelse av følelser og tro, basert på gjensidig respekt. Respondentene formidlet at de i refleksjonsgruppene utviklet en skiftende holdning fra å helle mot autoritære tilnærminger til å verdsette mangfoldighet, stahet og undrende refleksjon (Vatne og Hoem, 2008). Studiens tilnærming kan tjene som en fruktbar fremgangsmåte i miljøterapeutisk kompetanseheving (Vatne og Hoem, 2008).

Vatne (2008) belyser viktigheten av at kunnskap og erfaringer til mennesker med psykiske lidelser anerkjennes. Kunnskapen må synliggjøres, respekteres og gis status, påpeker hun. I anerkjennende kommunikasjon må det skje en form for empowerment hvor en søker å styrke pasientens forståelse av egen situasjon, og å fremme selvfølelse, utvikling og vekst innenfra (Vatne, 2007). Funn fra Williams og Collins studie (1999) tilsier at mange pasienter med en

schizofrenidiagnose verdsetter selv-empowerment, samt at de besitter ønske om økt sykdomsinnsikt.

Empowerment er ikke nødvendigvis ensbetydende med å gi fra seg all makt (Tveiten, 2008). Det heller i stedet mot å gjøre den andre i stand til også å ta makt, fremhever hun. Maktoverføringen må skje på ”den svakere parts” premisser (Tveiten, 2008). Eide og Eide (2006) skriver at det går et hårfint skille mellom det å ta ansvar *for* og det å ta ansvar *fra* en person. Refleksjon over egen maktposisjon er viktig da den og påvirkningskraft vil kan påvirke pasientens delaktighet i pleien er viktig (Eide og Eide, 2007). Tytlandsvik og Heskestads (2009) evalueringsstudie viste at en mer brukermedvirkende tilnærming bidro til at pasientene opplevde økt innflytelse på avgjørelser som omhandlet dem. Studien hentyder at økt bevissthet omkring maktdistribusjon virker helsefremmende (Tytlandsvik og Heskestad, 2009).

Pasienten befinner seg ofte i en sårbar fase og kan være ute av stand til å ta ansvar for eget liv. Underordnes pasienten ytterligere ved å stadfeste han manglende evne til å ivareta egne (eller også andres) behov, vil dette kunne forsterke hans hjelpsløshet. Det bør selvsagt foreligge en grundig vurdering av pasientens tilstand, funksjonsevne og behov for hjelp. Om sykepleier i større grad så pasienten som ekspert og tok innover seg det pasienten opplever, ville sykepleier i større grad kunne fremme mestring og opplevelse av økt kontroll i eget liv.

AKTIV LYTTING

I følge Vatne (2006) krever aktiv lytting tre ting; tilstedeværelse, mottagelighet for pasientens opplevelse, og evne til å fokusere på selve opplevelse og la seg bevege av den. Aktiv lytting og empatiske holdninger kan bidra til at pasienten i større grad føler seg forstått og opplever å bli tatt på alvor (Eide og Eide, 2007, Vatne, 2006, Travelbee, 1999). En av sykepleiers funksjoner er å bære lidelsen sammen med pasienten for på den måten hjelpe pasienten til å håndtere det som oppleves som vanskelig (Travelbee, 1999). I Williams og Collins studie fremgår det at pasientene opplevde økt kontroll ved sosial støtte og styrking av selvfølelse. Funn fra flere studier viser at pasientene vektlegger en empatisk og lyttende tilnærming hos sykepleier (Coatsworth- Puspoky et al, 2006, Johansson og Eklund, 2003, Crosland, 2001, Forchuk et al, 2000).

I følge Cullberg (2005) kan symptomene hos mennesker med psykoselidelser betraktes som forsvarsmekanismer forårsaket av påført stress som har overgått deres toleransegrense. Pasientene kan være ganske fastlåste i sine forståelses-, - og atferdsmønstre, og kan trenge hjelp til å endre på sine mestringstrategier (Nordahl og Repåhl, 2009). Eide og Eide (2007) skriver at ved å stille åpne spørsmål, kan sykepleier få et bedre innblikk i pasientens livsverden. Dearing fant i sin studie (2004) at ved å tilkjenne gjøre seg med pasientens livsverden og meningsbærende element, kunne sykepleier, sammen med pasient utforme en mer tilpasset fremtidsplan for pasienten (2004). Videre bør sykepleier være oppmerksom på stereotype holdninger og oppfattelser, og ha i bevisstheten at det ikke er sikkert at hun har fortolket pasienten riktig (Shatell og Hogan, 2005). Det er sykepleiers ansvar å sikre at budskapet pasienten søker å formidle blir oppfattet riktig (Travelbee, 1999). Dette kan oppnås ved å etterspørre (Eide og Eide, 2007).

Gjennom undrende refleksjon og speiling av følelser omkring pasientens opplevelse av situasjon og symptomer, kan sykepleier bidra til at pasienten erverver økt innsikt (Vatne, 2006). Henimot å søke å normalisere, kan sykepleier hjelpe pasienten til å bruke den nye innsikten til å finne alternative måter å forstå sin situasjon på. Dearing's studie (2004) understøtter viktigheten av å normalisere da dette kan bidra til å heve pasientens egenverd, funksjonsnivå og mestringsfølelse. Sykepleier kan gjennom å bistå pasienten i å avgrense seg selv og sortere sine tanker og følelser, hjelpe pasienten tilbake til en ikke psykotisk tilstand (Teising, 2000). Ved å fokusere på ressurser og på å bekrefte pasienten som et menneske av verdi, kan sykepleier, sammen med pasienten, søke å finne frem til nye livsfortellinger og til mer hensiktsmessige mestringsstrategier (Eide og Eide, 20007, Vatne, 2006).

Det er av avgjørende betydning at sykepleier evner å vurdere pasientens funksjonsnivå og behov for sykepleie. I møte med mennesker med psykoselidelser vil sykepleier ofte måtte gå varsomt frem, bruke god tid og formidle aksept og toleranse, samt lavt nivå av aggresjon og/eller press. Noen kan ha behov for beskyttelse og støtte i form av skjerming av stimuli og at sykepleier er tilgjengelig, andre fungerer bedre, og trenger i større grad hjelp til å strukturere hverdagen, eller til å erkjenne og øke innsikt i ens tilstand. Sykepleier bør fremtre positivt og søke å oppmuntre og motivere på en oppriktig, tilpasset måte.

Forskning viser at man etter systematisk trening i større grad stiller fokuserte og åpne spørsmål, formidler empati, gir bedre tilbakemeldinger og setter ord på følelser (Fellowes, 2004). I

tillegg styrkes hjelpepersonell i det å få frem pasientens forståelse av situasjon og i det å formidle mulige behandlingstilbud (Lewin mfl. 2001).

DEN MILJØTERAPEUTISKE SAMTALEN

I følge Eide og Eide (2007) kan samtaler være planlagte eller spontane, og de kan ha vidt forskjellige menings-, - og følelsesinnhold. En anerkjennende tilnærming vil kunne være en god ramme for en miljøterapeutisk samtale (Vatne, 2006). I arbeid med mennesker med psykoselidelser søker man i samtale å få kontakt med pasientens friske del (Cullberg, 2005). Hvordan man tilnærmer seg og hva man prater om, vil avhenge av hvor pasienten befinner seg i psykosefasen. Med en respektfull og utforskende holdning til den psykotiske tenkningen, søker en å forsterke og støtte den friske delen, styrke selvet og minske pasientens sårbarhet. Det er ønskelig at pasienten kommer i posisjon til å snakke om sine symptomer da det vil øke sjansen for at han kan gjenkjenne tegn på eventuelle tilbakefall. Gjennom å erkjenne og få satt ord på de symptomer de bærer på, kan dette senke pasientens angstnivå og gi mulighet til å få bearbeidet sine opplevelser og relaterte følelser. Det kan imidlertid for noen oppleves provoserende, og er noe hjelpepersonell vil måtte føle seg frem på (Cullberg, 2005).

Østby (2007) retter i sin studie fokus mot den miljøterapeutiske samtalsens egenskaper og muligheter i en miljøterapeutisk kontekst ved en psykoseavdeling. Partene stilles her overfor den utfordring det er å gjensidig skulle tilpasse seg situasjon og hverandre, formidler han. Fra hans studie gikk det tydelig frem at den miljøterapeutisk samtale har en sentral posisjon og funksjon med sine særtrekk, struktur og bidrag til å mestre og/eller lindre lidelse. Respondentene verdsatte samtalen i stor grad, og anså den som svært nyttig. Den miljøterapeutisk samtalen omfavner toleranse for mangfoldighet, den er målrettet og dynamisk. Videre baseres den på pasientens lidelsesbilde, og en bør i samtalen søke å inkludere og å være fleksibel. Studiens empiri hentyder en positiv sammenheng mellom den miljøterapeutiske samtalen og muligheter for endring i pasientens livssituasjon. Eksempelvis kan den bidra til hverdagsnærhet ved å lytte ut ønsker, sette mål og bistå i å holde fokus. Samtalen kan også hjelpe pasienten til i større grad forstå verden, seg selv og egen lidelse (Østby, 2007). En studie hvor også pasienten opplevelse av den miljøterapeutiske samtalen var inkludert, kunne bidratt til et mer fullstendig bilde av den miljøterapeutiske samtalsens betydning.

I følge Johnston (2001) vil denne pasientgruppen, grunnet sitt lidelsesbilde, ofte kunne ha en mer fintfølede måte å forstå verbale uttrykk på. Dette kan gjøre det vanskelig for pasienten å forstå betydningen av begrep og for eksempel metaforbruk, formidler han videre. Dette er noe sykepleier bør ta hensyn til ved å være tydelig og bruke et lettfattelig språk. Videre bør sykepleier selv ha rom for fortolkninger og mangfold samt evne og søke etter hvilket budskap som kan ligge bak ytringer av tilsynelatende meningsløse setninger (Johnston, 2001).

Ved psykoseavdelingen hvor jeg var i praksis opplevde jeg at noen var kommet seg såpass at de kunne delta i innsiktsorienterende samtaler. Andre var lite tilgjengelig og ville ikke hatt utbytte av samtale som tok sikte på å analysere og realitetsorientering. De kunne likevel nyttiggjøre seg samtaler av enklere art. Til eksempel kunne en ved å avklare eller forklare ulike delmoment, øke opplevelsen av sammenheng og mening i situasjonen.

5.0 AVSLUTNING

Litteraturen, og de erfaringer jeg har gjort meg så langt, belyser viktigheten av at hjelpende kommunikasjon er pasientsentrert. For at god kommunikasjon skal finne sted i samarbeid med mennesker med psykoselidelser, må en først lykkes i å etablere en allianse. Gjennom å møte pasienten som likeverdig og anerkjenne hans livsverden, vil det kunne gi hjelper økt forståelse av pasientens situasjon. Dette vil være retningsgivende for måten sykepleier bør gå frem på i et videre samarbeid. Tilrettelegging for å ivareta pasientens behov for sykepleie, bør så langt som mulig være i overenstemmelse med pasienten. Dette vil kunne danne et godt grunnlag for et videre samarbeid i planlegging av hensiktsmessige mestringstrategier. Det å bygge opp pasienters selvfølelse, fokusere på pasientens resurser, formidle tro på forandring til det bedre og styrke pasienten i å bevare håpet, er alle sentrale moment for at kommunikasjonen skal være hjelpende. Opplever pasienten seg sett og forstått, vil det kunne nære selvfølelsen og opplevelse av mening i hverdagen. På denne måten kan sykepleier gjennom kommunikasjon bidra til å fremme mestring.

6.0 LITTERATURLISTE

Antonovsky, A. (1987). *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag

Borg, M. & Topor, A. (2007). *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget

Bratheland, O., Dahle, A.S., Henriksen, A., Hammervold, U. E., Nijkamp, S., Smedvid, K., Torgrimsen, C., Tytlandsvik, Vevatne, K. & Østebø, G.(1997). *Miljøterapi. En modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon*. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning

Brinchman, B. S. (Red.)(2008). *Nærhetsetikk I: Etikk i sykepleien*.(s.116-131) Oslo: Gyldendal Akademisk

Bunkholdt, V. (2005). *Psykologi*. Universitetsforlaget: Oslo

Coatsworth-Puspoky, R., Forchuk, C., & Ward-Griffin, C. (2006). Nurse–client processes in mental health: Recipients’ perspectives. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 13(3), 347-355.

Crosland, K. J. (2001). Perspectives of people with enduring mental ill health from a community-based Qualitative study. *British Journal of General Practice*, 51, 730 – 65.

Cullberg, J. (2005). *Psykosser. Et integrert perspektiv*.(2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*.(4.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Dearing, K. S. (2004). Getting it, together: How the nurse patient relationship influences treatment compliance for patient with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing XVIII* (5) 155-163

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk.* (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Fellowes, D., Wilkinson, S., & Moore, P. (2004). Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, (2(2), CD003751

Forchuk, C., Jewell, J., Tweedell, D., & Steinagel, L. (2003). Role changes experienced by clinical staff in relation to clients' recovery from psychosis. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 10(3), 269-276

Forchuk, C., Westwell, J., Martin, M., Kosterewa-Tolman, D., Hux, M. (2000). The Developing Nurse – Client Relationship: Nurses' Perspectives. *Journal of the American Nurses association*, 6(1), 3-10

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteratursstudier.* (2.utg.). Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur

Hagen, R., Kråkvik, B., & Gråwe, R.W. (2007). Kognitiv terapi ved schizofreni. I: *Lidelsesspesifikk kognitiv terapi.* Stiles, T.C. (Red.). Trondheim: Tapir akademisk forlag

Henriksen, J. & Vetlesen, A. J. (2006). *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker.* Oslo: Gyldendal akademisk

Johansson, H., & Eklund, M. (2003). ORIGINAL ARTICLE. Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(4), 339

Hummelvoll, J. K. (2006). *Helt - ikke stykkevis og delt.* Oslo: Gyldendal akademisk

Johnston, J. (2001). Communicating effectively with psychotic patients. *Nursing times* 97, (38), 36-37

Kristoffersen, N. J. & Nordtvedt, F. (2005). Relasjonen mellom sykepleier og pasient I: *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E. (Red.). Oslo: Gyldendal akademisk

Kylmä, J., Juvakka, T., Nikkonen, M., Korhonen, T., & Isohanni, M. (2006). Hope and schizophrenia: An integrative review. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 13(6), 651-664

Krogh, G., V. (2005). *Begreper i psykiatrisk sykepleie*. (2.utg). Bergen: Fagbokforlaget.

Lauveng, A. (2006). *Unyttig som en rose*. Oslo: Cappelen

Lauveng, A. (2005). *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: Cappelen

Lazarus, R.S & Folkmann, S. (1984). The concept of coping I: *Stress appraisal, and coping*. (s.117-139). Monat, A., Lazarus, R.S. (Red.) New York: University Press

Lewin, S., Skea, Z., Entwistle, V. Zwarenstein, M. & Dicks, J. (2001). Interventions for Providers to promote a patient –centered approach in clinical consultations. *Cochrane Database of Systematic reviews*, CD003267

Lorensen, M. (Red.) (2006). *Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

McCann, T. V. (2002). Uncovering hope with clients who have psychotic illness. *Journal of Holistic Nursing*, 20(1), 81-99.

Mykletun, A., Knudsen, A.K. & Mathiesen, K.S. (2009). *Psykisk lidelser I Norge: Et folkeperspektiv* Oslo: Folkehelseinstituttet.

Norsk sykepleierforbund (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleier: ICNs etiske regler*. Hentet 03.november 2009 <https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/282884> Yrkesetiske_retningslinjer.PDF

Nordahl, H., Repål, A. (2009). *Mestring av psykoser. Psykososiale tiltak for pasient, pårørende og nærmiljø*. Bergen: Fagbokforlaget

Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsetiske aspekter og ulike verdi- og normsystemer I: Forskningsprosessen – kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Rienecker, L. & Jørgensen, P.S. (2006). *Den gode oppgaven, - Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole*, s.270 -271. Fagbokforlaget: Bergen

Ringdal, K. (2007). *Forskningsetikk I: Enhet og mangfold – samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget

Røkenes, O.H. & Hansen, P. (2006). *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget

Scanlon, A. (2006). Psychiatric nurses perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: A grounded theory study. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 13(3), 319-329.

Shatell, M. & Beverly, H. (2005). Facilitating Communication. How to truly understand what Patients mean. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 43 (10) 29-31

Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet. Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal akademisk

Teising, M. (2000). 'Sister, I am going crazy, help me': Psychodynamic-oriented care in psychotic patients in... *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 7(5), 449.

TIPS (2009). Hva er Psykoser? Hentet 03.november 2009. <http://www.tips-info.com/index.cfm?id=30284>

- Thorsen, G. B. & Johannessen, J. O. (2008). *Schizofreni*. (7. utg.). Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Tveit, H., Haaland, T., Knudsen, H., Bøe, T (1997). *Forståelse, forankring, forandring*. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning
- Tveit, H., Haaland, T., Knudsen, H., & Bøe, T. (2000). *Miljøterapeutiske prosesser i en psykiatrisk avdeling*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Avdeling
- Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker. Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget
- Tytlandsvik, M & Heskestad, S.(2009). Brukarstyrt innlegging ved psykosepost. Ein kvalitativ evalueringsstudie”. *Vård i Norden*, 29(1), 49-51
- Vatne & Hoem (2008). *Acknowledging communication: a milieu – therapeutic approach in mental health care*. *Journal of Advanced Nursing* 61 (6), 690-698
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Østby, D.(2007). *Den miljøterapeutiske samtalen. En viktig kanal i samarbeid med pasienter med en psykoselidelse?* Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Toftagen, R. (2004). Et møte mellom to virkeligheter – hvordan erfarer den psykiatriske sykepleier å skape en hjelpende relasjon med det psykotiske mennesket? *Vård i Norden*, 24(2), 4-9.
- Williams, C. C. & Collins, A.A. (1999). Patients with schizophrenia valued self empowerment, understanding how self was related to illness, and coping with relapse. *Psychiatry* 62, 61-78

VEDLEGG 1

Tittel/Forfatter/Årstell	Utvalg	Metode	Funn
<p>”Brukarstyrt innlegging ved psyko-sepost. Ein kvalitativ evalueringstudie”. Tytlandsvik og Heskestad, 2009.</p>	<p>11 menn og 7 kvinner mellom 24 -44 år. Alle har en alvorlig psykoselidelse med et gjennomgående lavt funksjonsnivå.</p>	<p>Et kvalitativt forskningsintervju hvor en semistrukturert intervjuguide ble laget i forberedelsesfasen.</p> <p>Konklusjon; Brukermedvirkning og empowerment virket positivt inn på pasienten opplevelse av å få hjelp. Bedret maktbalanse og samtidig forsvarlighet.</p>	<p>Pasientene verdsatte friheten og retten til selv å avgjøre når en forverring fant sted. Omgivelsene i avdelingen bar preg av likeverdighet og støtte, hvorpå krenkelse og nedlatende holdninger ikke var gjeldende. Redusert tvangsbruk.</p>
<p>”Den miljøterapeutiske samtalen. En viktig kanal i samarbeidet med pasienter med en psykoselidelse?”. Østby, 2007.</p>	<p>I alt syv respondenter på hver fokusgruppe, fire faste, hovedsakelig psykiatriske sykepleiere, men også andre pga få frem det tverrfaglige.</p>	<p>3 Flerstegs – fokusgruppeintervjuer.</p>	<p>Funn fremhever viktigheten av den miljøterapeutiske posisjonen i forhold til elementer som særtrekk, struktur og bidrag til bedring og mestring også hos mennesker med psykoselidelser. Det går frem at samtalen har en sentral funksjon både innefor en spontan og planlagt ramme.</p>
<p>“Acknowledging communication: a milieu – therapeutic approach in mental health care”. Vatne og Hoem, 2008.</p>	<p>17 pasienter mellom 16 – 30 ved to avdelinger med ulik form for psykiske lidelser. 50 tverrfaglige helsepersonell i alder 25 – 65 år.</p>	<p>8 Refleksjonsgrupper basert på stereotype antagelser/vurderinger ved kliniske fortellinger fra avdelingene. 27 møter totalt. 16 gruppeleder deltok i lederstøttegrupper hver 2. uke over 18 mnd. Overføring av forståelse av teori om anerkjennende kommunikasjon over til praksis, relatert til narrative fra avdelingene. 8 prosjektseminarer. En fra hver gruppe deltok også i kvalitativt intervju.</p>	<p>Studien viser at den anerkjennende kommunikasjonens hovedelement, likeverd, ble beskrevet som gjensidig forståelse av følelser og tro på en respektfull måte. Anerkjennende kommunikasjon innebærer et skifte fra autoritære beskjeder til verdsettelse av mangfoldighet, stahet og undrende refleksjon. Misforståelse av begrepet oppstår om en alltid støtter og ”gir pasienten rett”. Bekreftelse kan finne sted uten anerkjennelse.</p>

<p>”Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser”. Borg og Topor, 2007.</p>	<p>8 menn og 7 kvinner med en alvorlig lidelse, - de fleste var blitt behandlet for en schizofrenilidelse.</p>	<p>Intervju. Samtalene varte fra mellom 1 - 4 timer, og en temaguide anga en viss retning for det som ble formidlet av informantene.</p>	<p>Fra studien fremkom mangfoldighet. Tidsaspektet, få anerkjennelse, samt arbeid og sosialiseringserfaring var viktig moment for pasientene sammen med individuell tilrettelegging.</p>
<p>“Hope and schizophrenia: an integrative review”. Kylmä et al., 2006</p>	<p>17 tidligere peer - reviewed artikler som omhandlet tema håp og schizofreni. De fleste var kvantitative. Utvalget fra artiklene besto av pasienter, helsepersonell, pårørende, intervensjoner og evalueringer av disse knyttet til håp.</p>	<p>Innholdsanalyse av artiklene. Metodene disse artiklene hadde brukt var spørreskjema, samt i noen grad intervju og observasjon.</p>	<p>Håp er en positiv faktor, det er begrenset forskning om artikkelens tema til tross for dets viktighet. Fra studien fremkom faktorer som var bidro til håp, pårørendes perspektiv på håp, helsepersonells tro på og deres perspektiv på håp, samt faktorer som bidro til å styrke håp.</p>
<p>“Psychiatric nurse perceptions of the constituents of the therapeutic relationship; a grounded theory”. Scanlon, 2006.</p>	<p>6 psykiatriske sykepleiere deltok.</p>	<p>Semistrukturerte dybdeintervjuer.</p>	<p>Funn viser at den terapeutiske relasjonen er terapeutisk men vanskelig å måle i effekt. Utvikling av en relasjon er basert på erfaring gjennom tilegnelse av interpersonlige ferdigheter, holdninger og sammen med tilfredsstillende livserfaring slik at også det intuitive blir brukt. Tidsaspektet spiller også inn.</p>
<p>”Nurse - Clients processes in mental health: recipients’ perspectives”. Coatsworth – Puspoky et al., 2006.</p>	<p>6 menn og 8 kvinner deltok.</p>	<p>Data ble samlet inn via tre semistrukturerte intervjuer og feltnotater.</p>	<p>Imøtekommende og lyttende sykepleie gav tre utviklingsfaser; pasienten opplevde en følelse av å få hjelp/bli hjulpet, en utforsknings-, og problemløsningsfase, og en avslutningsfase. Negative pasientopplevelser av sykepleier bidro til mistillit, de følte seg ikke sett, og relasjonen fikk aldri fotfeste. Sykepleiers bevissthet omkring relasjonens betydning og at den terapeutiske relasjonen er av helsefremmende verdi står sentralt.</p>

<p>“Getting it, together: How the nurse patient relationship influences treatment compliance for patient with schizophrenia”. Dearing, 2004.</p>	<p>5 psykiatriske sykepleiere og 15 pasienter deltok i studien.</p>	<p>Pasientobservasjon, feltnotater, memos, demografiske spørreskjema, intervjuer og sekundær litteratur review.</p>	<p>Hun fant at kunnskap og kjennskap til pasienten var overordnede faktorer. Underkategorier er sosialisering, normalisering, og det at hjelper uttrykker tro på, og håp om realistiske muligheter for vekst og fremgang. Studien viser at god kommunikasjon er en forutsetning.</p>
<p>”Et møte mellom to virkeligheter – hvordan erfarer den psykiatriske sykepleier å skape en hjelpende relasjon med det psykotiske mennesket?”. Tofthagen, 2004.</p>	<p>Ni sykepleiere var respondenter.</p>	<p>Kvalitativt forskningsintervju.</p>	<p>Hun fant at sykepleierne initierte interrelasjonelle, terapeutiske prosesser, de ønsket å skape tillit, samt å etablere en relasjon og å lære mennesket å kjenne.</p>
<p>“Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families/or carers”. Fellowes al, 2004.</p>		<p>Intervensjon review av artikler som omhandlet tema.</p>	<p>Funn viser at man etter systematisk trening i større grad stiller fokuserte og åpne spørsmål, formidler empati, gir bedre tilbakemeldinger og setter ord på følelser.</p>
<p>“Patients opinion on what constitutes good psychiatric care”. Johansson og Eklund, 2003.</p>	<p>7 pasienter utenfor institusjon og ni pasienter innlagt ved institusjon.</p>	<p>Åpne dybdeintervjuer ble brukt</p>	<p>Pasientene vektlegger kvalitet i relasjonen, og at en følte seg forstått. Pasienter innlagt ved institusjon verdsatte også stabilitet, struktur og pressavlastning som viktige moment.</p>
<p>”Uncovering hope with patients who have psychotic illness”. Cann, 2002.</p>	<p>24 psykiatriske sykepleiere, 9 pasienter, 7 pårørende som foreldre og 1 partner. Utenfor institusjon.</p>	<p>Basert på grounded theory, pasientobservasjon og intervju.</p>	<p>Hun fant at sykepleie på en støttende, likeverdig måte, søkte å motivere. Gjennom å tilkjenne seg seg med pasientens livsverden og hva som gir mening i hverdagen, søkte de sammen med pasient også å utvikle en plan for fremtiden. Viktigheten av likeverdighet og tillit ble også belyst.</p>
<p>“Interventions for Providers to promote a patient – centered approach in clinical consultations“. Lewin et al, 2001.</p>	<p>Utvalget i artiklene besto av helsepersonell, hovedsakelig leger, men i to studier og så sykepleiere.</p>	<p>17 tidligere studier, med stor heterogenitet. Alle studiene omhandlet ferdighetstrening som et element i intervensjon.</p>	<p>Studien belyser pasient-sentrert tilnærming og viser at helsepersonell styrkes i å få frem pasientens forståelse av situasjon samt formidle behandlingstilbud.</p>

<p>”People with enduring mental health problems described the importance of communication, continuity of care and stigma”. Crosland, 2001</p>	<p>Studien ble hovedsakelig foretatt utenfor institusjon. 32 mennesker deltok.</p>	<p>Intervju som varte mellom 45 – 120 min. disse ble analysert basert på grounded theory metode</p>	<p>Relasjonsaspektet er viktig. Mennesker med vedvarende psykiske lidelser er blant annet opptatt av god kommunikasjon, kontinuitet i pleien og faren for å bli stigmatisert. Støtte fra andre pasienter var også av betydning. Mange stressfaktorer og færre motstandsressurser bidro til sosial ekskludering og nedsatt mestringsfølelse og velvære.</p>
<p>“The Developing Nurse – Client Relationship: Nurses’ Perspectives”. Forchuk, 2000.</p>	<p>Utvalget besto av sykepleiere i ti nylig etablerte relasjoner.</p>	<p>Sykepleierne ble intervjuet.</p>	<p>Av studien fremgår det at viktig moment er tid, kontinuitet, aktiv lytting og opparbeidelse av trygghet og tillit slik at pasienten i større grad kan delta i det terapeutiske arbeidet.</p>
<p>”Patients with schizophrenia valued self empowerment, understanding how self was related to illness, and coping with relapse”. Williams og Collins, 1999.</p>	<p>15 pasienter med psykoseproblematikk innenfor kommunepsykiatrien deltok.</p>	<p>Semistrukturert livshistorie intervju</p>	<p>Pasienten opplevde økt kontroll ved sosial støtte, ved egostyrkende intervensjoner, og ved å oppnå positive, sosiale forbindelser til tross for symptomer og mulighet for tilbakefall.</p>

VEDLEGG 2

SØKEPROSESSEN

Academic Search premier:

Psychosis -> 1300

Psychosis -> 1300 + Communication-> 165 + Fulltext 66 -> + Nursing -> 14

Psychosis + Communication + Interpersonal relations -> 5

Psychosis + Interpersonal Communication + Psychosis -> 0

Psychosis + Interpersonal Communication + Mental illness -> 8

Psychosis + Communication + Coping -> 3

Psychoses -> 8857

Psychoses + Communication -> 132 + Nursing -> 11

Psychoses + Coping -> 111 + Nursing -> 10

Psychoses + Interpersonal relations ->

Psychoses + Recovery -> 218 + Nursing -> + Fulltext -> 10

Psychotic + Communication -> 39

Mental health nursing + Communication - > 350 + Psychotic -> 1

Evidencebased nursing:

Psychosis, Fulltext -> 23

Communication, Fulltext -> 151

Interpersonal Relations, Fulltext -> 44

Patient Nurse relations, Fulltext ->1131

Pro Quest:

Psychosis + Communication + Nursing -> 5

Nurses + Interpersonal communication -> 352 + Psychosis -> 0

Nurses + Interpersonal communication + Mental health -> 6

Nurses + Interpersonal communication +mental illness -> 2

Nurses + Nurse patient relations -> 320 + Mental Health -> 226 + Communication -> 42

+ Recovery -> 1

Nurses + Nurse patient relations + Psychosis -> 3

Psychiatric Mental Health + Nursing -> 2

Interpersonal communication + Mental disorder -> 33 + Nursing -> 6 + Nurses -> 3

Interpersonal communication + Mental illness -> 27

OvidMedline:

Psychosis -> 4295 -> + Patient nurse relations -> 0

Psychosis + Communication -> 62 + Interpersonal relation -> 5

Psychosis + Communication -> + Nursing -> 3

Psychoses + Communication -> 8 + Interpersonal relation -> 2

Schizophrenia Patient nurse relation -> 0

Nurse patient relation -> 2

Schizophrenia + Communication -> 294 + Interpersonal relations -> 25

Psychotic disorder + Communication -> 6

Sve Med:

Psychosis, Fulltext -> 38 + Communication -> 3

Interpersonal Relations 5116 + Psychosis-> 8