

Bacheloroppgave

SY 301813 - Sykepleie VI - del 2

”Patients experiences with challenges due to schizophrenia and what they need to cope in everyday life”.

Kandidatnummer: 549

Totalt antall sider inkludert forsiden: 42

Totalt antall ord: 8797

Innlevert Ålesund, 06.03.2015.

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å betrakte som fusk og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§30 og 31.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens studieforskrift §30	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Marianne Kjelsvik

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiÅ med forfatter(ne)s godkjennelse.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13/Fvl. §13](#))

Dato: 06.03.2015

Sammendrag

Hensikt: Å undersøke hva voksne schizofrene pasienter opplever som utfordringer, og hva de trenger for å mestre hverdagen.

Metode: Systematisk litteraturstudie, der jeg har analysert åtte vitenskapelige artikler og kategorisert de sentrale funnene i fem hovedtemaer.

Resultat: Analysen av artiklene viste at pasienter med schizofreni opplever ensomhet og isolasjon som en stor utfordring. De var blitt avvist både av venner og familie, og opplever stigmatisering fra samfunnet. Det fremkommer også at de har symptomer som er så belastende at de vanskeliggjorde hverdagen. Videre fant jeg at de opplever å ha for lite kunnskap om sin lidelse, og at de ønsker mer informasjon og undervisning. De ønsker også gruppeaktiviteter, for å kunne dele erfaringer. De ønsker også å ha noe meningsfullt å gjøre i hverdagen, som kunne bidra til å minimere fokuset på symptomer, og gjøre at de føler seg som en del av samfunnet. Verdifulle forhold kom også frem som et sentralt funn, dette gjelder både personlige forhold og forhold til helsepersonell.

Konklusjon: Sykepleier må søke å bygge en god relasjon til både pasienten og hans pårørende. Det vil kunne skape et samarbeid som kan styrke pasientens muligheter for mestring i hverdagen.

Abstract

Aim: To investigate what challenges adult persons with schizophrenia experiences and what they need to cope with everyday life.

Methods: A systematic review, where I have analysed eight scientific articles, where five main categories of findings emerged.

Results: The analysis of the articles showed that patients with schizophrenia experience loneliness and isolation as a challenge. They have been rejected by both friends and family and they experience stigma from the society. It also emerges that they have such burdensome symptoms from the disease that it makes everyday life challenging. Furthermore, I found that they have too little knowledge about their disorder, they want more education and information. They would also like group activities, to share experiences with others. They also want to have something meaningful to do in everyday life, which could help minimizing the focus on their symptoms and make them feel like part of society. Another important finding is that valuable relationships and relationships with healthcare professionals are important to them.

Conclusion: The nurse must seek to build a quality relationship with both the patient and his next of kin. This could become a collaboration that can strengthen the patient's opportunities for coping with everyday life.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	4
Abstract	4
1. Innledning	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling	7
1.3 Avgrensninger	7
1.4 Oppgavens oppbygning	7
2. Teoribakgrunn	9
2.1 Schizofreni	9
2.1.1 Symptomer ved schizofreni	9
2.1.2 Årsak, prognose og behandling	9
2.1.3 Å leve med schizofreni	10
2.1.4 Sykepleiers funksjon i behandling av pasienter med schizofreni	10
2.2 Sentrale begreper	11
2.2.1 Mestring	11
2.3 Kari Martinsens omsorgsteori	12
3. Metodebeskrivelse	15
3.1 Datainnsamling	15
3.1.1 Søkestrategi	15
3.1.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier	17
3.1.3 Kvalitetsvurdering	17
3.1.4 Etisk vurdering	18
3.2 Analyse av materialet	19
3.2.1 Hva er analyse	19
3.2.2 Min analyse av forskningsartiklene	19
4. Resultat	21
4.1 Ensomhet og isolasjon – alene	21
4.2 Symptomenes inngripen i livet	21
4.3 Informasjonsbehov	22
4.4 Meningsfull hverdag	22
4.5 Verdifulle forhold	23
4.5.1 Personlige forhold	23
4.5.2 Helsepersonell – relasjon, kontinuitet og samhandling	23
5. Diskusjon	24
5.1 Metodediskusjon	24
5.2 Drøfting	24
5.2.1 Ensomhet og isolasjon	24
5.2.2 Symptomenes inngripen i livet	26
5.2.3 Informasjonsbehov	28
5.2.4 Meningsfull hverdag	29
5.2.5 Personlige forhold	29
5.2.6 Helsepersonell – relasjon, kontinuitet og samhandling	30
6. Konklusjon	32
7. Litteraturliste	33
Vedlegg 1 – Søketablell	35
Vedlegg 2 – Litteraturmatriser	38

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Da jeg hadde praksisstudier innen psykisk helsevern likte jeg svært godt den måten å utøve sykepleie på. Det å skape en god relasjon til pasientene og gi individualisert sykepleie, på den måten at man forsøker å redusere utfordringer og styrke den enkelte pasients ressurser, var noe som falt meg naturlig. Jeg ble spesielt opptatt av pasientene med schizofreni, da det kunne oppleves som utfordrende å utøve sykepleie til disse pasientene. Dette gjorde at jeg ønsker å tilegne meg mer kunnskap om lidelsen og dens utfordringer for pasienten.

Psykosene omfatter flere sykdomsgrupper, deriblant schizofreni. Psykose er en tilstand der personens mentale kapasitet til å oppfatte virkeligheten, kommunisere og forholde seg til andre, er svekket. Dette virker inn på personens evne til å møte kravene livet stiller.

Pasienten lever i en virkelighet som er annerledes enn andres. I og med at angsten er fremtredende hos mange psykotiske mennesker, må deres verden oppleves truende å leve i. Det må også kjennes ensomt når egne vurderinger og oppfatninger av situasjoner ikke deles av andre (Hummelvoll 2012).

I Hummelvoll (2012) kan vi videre lese at helsepersonell kan få verdifull kunnskap fra pasienters opplevelser med ”å være under behandling”, da de har en erfaringskunnskap som er vesentlig å vite oppmerksomhet. Det kan være pasienters kunnskap om kontroll, mestring og løsning av ulike problemer, samt erfaringer de har gjort når de har møtt profesjonelle hjelpetiltak. Det er derfor grunn til å ta pasienters synspunkter på alvor.

I en litteraturgjennomgang publisert i 2008 (Skorpen m.fl.) spør de om brukererfaringer inngår i nordisk forskning, som omfatter innlagte psykiatriske pasienter i psykiatriske sykehus. De skriver at et brukerperspektiv utgjør et norm- og verdisystem som bygger på en idé om at brukeren i samarbeid med hjelperen skal være med på å utforme tiltak og behandling av seg selv. Brukerperspektivet har fått en stadig større plass i endringene som helse- og sosialtjenesten har gjennomgått de siste årene, spesielt innen psykisk helsevern. Det er to forhold som tilsier at det er behov for norsk forskning om innlagte psykiatriske pasienter, der deres stemme kommer frem: den økte tvangsbruken, og at pasienter og pårørende forteller om uverdige forhold. Offentlige styringsdokumenter presiserer at psykiatriske pasienter bør få økt innflytelse (ibid). Helsedirektoratet (2014) skriver at pasienter har rett til å medvirke i

undersøkelse, behandling og valg av tjenestetilbud, mens helsetjenestene har plikt til å involvere pasienten. Brukermedvirkning innebærer at pasienten deltar i beslutningsprosesser, slik at pasientens oppfatninger, erfaringer, ønsker og behov kommer til uttrykk og legges til grunn for beslutninger og utformingen av behandlingstilbud (ibid).

1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling

Med bakgrunn i redegjørelsen for valg av tema, ønsker jeg å gjennomføre et systematisk litteraturstudie for å undersøke hva voksne schizofrene pasienter opplever som utfordringer og hva de trenger for å mestre hverdagen. Dette ønsker jeg å gjøre ved å finne ut mer om deres erfaringer gjennom et pasientperspektiv.

Problemstilling:

Hva opplever de voksne pasientene med schizofreni som utfordringer, og hva trenger de for å mestre hverdagen?

1.3 Avgrensninger

Jeg hadde opprinnelig tenkt at oppgaven skulle omhandle pasienter med schizofreni som fikk behandling i førstelinjetjenesten. Etter at jeg begynte å søke og lese gjennom artikler, innså jeg at disse pasientene ofte har gode og dårlige perioder, der de bor enten hjemme eller i kommunen, men blir innlagt i sykehus når de får tilbakefall i sykdommen. Mange pasienter med schizofreni har derfor erfaringer fra flere arenaer. Jeg finner også støtte i litteraturen i forhold til det. I Fjørtoft (2006) kan vi lese at schizofreni er en alvorlig sinnslidelse, og at mennesker med schizofreni trenger oppfølging fra helsetjenesten i lang tid, både i institusjon og utenfor. Sykdomsforløpet er ofte langvarig og preget av tilbakefall. På bakgrunn av det valgte jeg å ikke avgrense behandlingssted for pasientene.

1.4 Oppgavens oppbygning

Med bakgrunn i gjennomgang av valg av tema og problemstilling vil jeg videre presentere relevant teori. Deretter, under metodebeskrivelse, går jeg gjennom hvordan jeg har gjennomført det systematiske litteratursøket, i tillegg til analysen av materialet. Etter dette blir

funnene presentert, sortert under fem hovedtemaer. Til slutt har jeg drøftet funnene i forhold til teori, og belyst funnenes konsekvenser for sykepleie. Jeg avslutter med en konklusjon.

2. Teoribakgrunn

2.1 Schizofreni

Schizofreni er en av de mest alvorlige psykiske lidelsene. 12-16000 personer lider av schizofreni til enhver tid i Norge. Schizofreni er en alvorlig sinnslidelse som gir en rekke dyptgripende symptomer, og gir store personlige belastninger for både pasient og pårørende. I Norge rammes 6-800 mennesker av sykdommen hvert år, og anslås å ramme ca. 1% av verdens befolkning. I tillegg finnes det sannsynligvis mørketall og underdiagnostisering på grunn av diagnosens stigmatiserende karakter. Lidelsen gir redusert evne til egenomsorg, både personlig og økonomisk. Mange er derfor avhengig av helsehjelp og/eller familie. Omlag 10% av de som lider av schizofreni begår selvmord (Folkehelseinstituttet 2013).

2.1.1 Symptomer ved schizofreni

Det finnes ulike typer av schizofreni og sykdommen kan arte seg forskjellig. Schizofreni er en alvorlig psykisk sykdomstilstand, en psykoselidelse. Det vil si at kontakten med realiteten er forstyrret. Typiske symptomer er apati, manglende evne til å føle glede, unormal og bisarr adferd, inadekvat affekt, tankeforstyrrelser og svekket oppmerksomhet. Psykotiske trekk er vrangforestillinger, forfølgelsesideer, hallusinasjoner (som kan berøre syn, hørsel, følelse og lukt). Mange er også sosialt tilbaketrukne. Lidelsen har ofte debut i 20-40 års alderen og skjer gjerne i form av en psykose. Schizofreni er likt fordelt mellom kvinner og menn, menn debuterer imidlertid gjennomsnittlig fem år tidligere. Forekomsten er stort sett lik over hele verden (Folkehelseinstituttet 2013).

2.1.2 Årsak, prognose og behandling

Årsaken til schizofreni har blitt debattert opp gjennom tidene, med ulike teorier. I dag tror man arvelige faktorer spiller inn. Samtidig ser man at mange med arveanlegg ikke blir syke, mens mange med schizofreni ikke har arveanlegg. Det er derfor trolig at miljøet også spiller en viktig rolle. Prognosen for schizofreni varierer, men de flertallet av pasientene blir preget av lidelsen resten av livet, i større eller mindre grad. Kombinasjon av medikamentell og psykososial behandling synes å kunne gi bedret prognose. Trening av kognitive og sosiale ferdigheter er viktig, samt psykoedukativ behandling rettet mot familie/pårørende.

(Folkehelseinstituttet 2013). *Psykoedukativ behandling* er ifølge Rådet for psykisk helse (2010) behandling av psykiske lidelser ved hjelp av pedagogiske prinsipper. Pasienten og

pårørende orienteres om lidelsen, kartlegger hva de vet om den, og hva pasienten og pårørende selv kan gjøre. Dette gjøres gjennom teoretiske presentasjoner og øvelser. Målet er å øke pasientens og pårørendes kompetanse rundt sykdommen, og bedre mestringen av symptomer og vansker.

2.1.3 Å leve med schizofreni

Det kan være vanskelig å diagnostisere schizofreni fordi lidelsen kommer snikende og lettest forstås i ettertid. Det er gjerne andre som først merker at noe er galt. Etter hvert som lidelsen utvikler seg blir virkelighetsoppfatningen endret og en kan merke at forholdet til andre mennesker endres. Frykten for å bli behandlet gjør ofte at pasienten skjuler symptomene. Etter hvert må man erkjenne at man ikke er frisk, og man må forholde seg til andres fordommer, i tillegg til at selve behandlingen har virkninger på både kropp og sjel. Lidelsen og behandlingen påvirker personen både kroppslig og sjelelig. Han kan for eksempel ikke skille stemmehøring fra andre som prater, på samme måte som han ikke kan skille synshallusinoser fra sanseerfaring. Han hører stemmer, ser ting, føler tretthet, angst og uro. Dette påvirker personens væren-i-verden, og symptomene vil plage personen i forskjellig grad. (Hummelvoll 2012).

2.1.4 Sykepleiers funksjon i behandling av pasienter med schizofreni

Strand (2011:17) har brukt Hummelvolls definisjon av psykiatrisk sykepleie, som sier at det er en planlagt, omsorgsgivende psykoterapeutisk virksomhet. Den søker å styrke pasientens egenomsorg og løse eller redusere hans helseproblem. Man forsøker å hjelpe pasienten til selvspekt og til å finne egne livsverdier. Når pasienten ikke er i stand til å uttrykke egne behov og ønsker, fungerer sykepleieren som en omsorgsgiver og pasientens talsmann. Sykepleieren har også et medansvar for at pasienten får et liv i tilfredstillende sosialt fellesskap (ibid). Samhandlingsreformen har som mål å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Det er særlig viktig med god samhandling når pasienter flyttes mellom avdelinger og enheter innen sykehus og kommuner (Helsedirektoratet 2015).

2.2 Sentrale begreper

2.2.1 Mestring

Mestring er et allmennmenneskelig fenomen og betegnes som en del av sosialiseringprosessen. Ordet brukes synonymt med det å klare seg, å greie seg eller å få til noe. Livet består av mestring, med tanke på at vi utvikler oss, tilpasser oss og lærer nye ferdigheter. Dette er generelle sider ved mestring. De spesielle er når man kommer i situasjoner som er så belastende at man får problemer med å mestre dem, eller om man bryter helt sammen. (Reitan 2010).

Stress er en prosess som er en belastning for personen. Mennesker vil alltid konfronteres med stressfaktorer, enten i form av daglige irritasjoner eller akutte/kroniske stressende situasjoner som krever mestring. Benner og Wrubel definerer stress som et sammenbrudd i det som er meningsfullt, som medfører at man opplever smerte, tap og utfordringer. Den enkelte må gjøre noe for å komme ut av stress eller krise, det kalles mestring. Lazarus og Folkman definerer psykisk stress som et forhold mellom den enkelte og omgivelsene, det er individuelt hva som oppleves som stress. Det er også individuelle forskjeller i hvordan man takler stress i ulike livsfaser. Lazarus sier at en kan mestre stress ved å gjøre noe direkte, ved å unngå å gjøre noe, ved å søke informasjon, ved å prøve å føle seg bedre og ved å prøve å forandre synet på situasjonen. Mestring er ikke en motpol til stress, men det en gjør med sammenbruddet og de forandringene som skjer (Reitan 2010).

Mestringsstrategier er det en gjør for å håndtere krav og utfordringer. Mestringsstrategier har som formål å hjelpe vedkommende til å bevare selvbildet, finne mening og opprettholde kontroll over de problemene og kravene personen står overfor. Det dreier seg om å få kontroll over tanker, følelser og reaksjoner (Reitan 2010). Lazarus og Folkman skiller mellom problemfokusert og følelsesfokusert mestring, og mener at hvert individ har sin måte å mestre stress på, ofte ved hjelp av begge mestringsformene. Med følelsesfokusert mestring menes at en forsøker å gjøre noe med de følelsesmessige reaksjonene på stresset. Vanlige måter å mestre følelser på er benektning, dempe med medikamenter eller alkohol, bli barnslig eller aktivisere seg kraftig fysisk. Med problemfokusert mestring menes det at man prøver å gjøre noe med selve problemet, for eksempel å arbeide for å finne en god måte å leve med en kronisk sykdom på (Bunkholdt 2002).

Den enkeltes evne til mestring beror på faktorer som alder, kjønn, personlige forutsetninger, interesser, motstandskraft mot påkjenninger og tidligere erfaring med stress, krise og sykdom. Ifølge Antonovsky er det avgjørende at mennesket har en opplevelse av sammenheng (sense of coherence/SOC) i det som skjer, for å mestre livets utfordringer. Tidligere positive mestringsopplevelser kan være en ressurs i en vanskelig situasjon, mens tidligere negative mestringsopplevelser kan føre til at en møter situasjonen med mismot og liten tro på egne krefter (Reitan 2010).

Myndiggjøring (empowerment) kan defineres som en prosess som øker individuell makt slik at en kan iverksette handlinger som bedrer ens livssituasjon. Myndiggjøring øker gjennom alle prosesser og fremgangsmåter, som gir en person makt eller kontroll. Det kan oppnås gjennom økte ressurser, kunnskaper, utdanning, politisk påvirkning og selvbevissthet. Myndiggjøring vil styrke menneskers evne til å ta selvstendige og effektive valg, som dermed vil øke muligheten til å ta kontroll over forhold i dagliglivet og nå mål for bedre livskvalitet (Reitan 2010).

2.3 Kari Martinsens omsorgsteori

Jeg har valgt å bruke Kari Martinsens omsorgsteori, fordi den har fokus på det faglige skjønnet, moral og den gode relasjonen mellom sykepleier og pasient. Dette mener jeg er viktige elementer i sykepleien til pasienter med psykiske lidelser.

Kari Martinsens beskrivelse av sykepleie er bygd rundt omgrepet omsorg. Hun mener at omsorgens fundamentale betydning er bundet i at det mest grunnleggende i mennesket er at mennesker er avhengige av hverandre, og at menneske ikke kan leve i isolasjon. I situasjoner der sykdom, lidelse og funksjonshemming kommer avhengigheten av andre særlig frem. Omsorg som relasjonelt begrep er kjennetegnet ved at det er et mellommenneskelig forhold mellom to mennesker, basert på gjensidighet, fellesskap og solidaritet. Omsorg uttrykkes gjennom en holdning, som er preget av at omsorgsyteren anerkjenner den andre ut ifra hans situasjon, i det ligger det en gjensidighet, utviklet gjennom samhandling i en praktisk arbeidssituasjon. Å ha forståelse for den andres situasjon er en forutsetning for å kunne handle med omsorg (Kirkevold 2012).

Martinsen skriver videre at omsorgens moralske dimensjon er knyttet til at forholdet mellom mennesker er preget av makt og avhengighet, og at moral spiller en rolle her. Sykepleie må bygge på moralsk ansvarlig maktbruk, som utøves i overensstemmelse med prinsippet om ansvar for de svake. Men hun skriver også at omsorg er mer enn grunnholdning som reflekteres i forhold mellom mennesker, hun understreker at omsorg også er praktisk handling. Hun sier at handlingene er nøye knyttet til det ikke-spesialiserte dagligdagse arbeidet, og bygger på en helhetsforståelse av situasjonen. Det krever at spesialiseringen og oppdelingen av arbeidsoppgavene er minst mulig (Kirkevold 2012).

Hun understreker at sykepleie er ”livstydning” med utgangspunkt i sansing av den andre i konkrete situasjoner. I sin drøfting av sansing skriver hun at sansing er grunnleggende for all forståelse. Tydning av den sanselige forståelsen skjer delvis sanselig (blikk, håndlag, mimikk) og gjennom tale. Her blir faglig skjønn sentralt. I en sykepleiefaglig sammenheng vil det si å være åpen og medlidende for den andres lidelse og smerte, samtidig som en faglig vurderer tilstanden til den andre. Medfølelse, barmhjertighet, tillit og ærlighet anvendes sammen med fagkunnskap når vi handler riktig og godt mot den andre. Faglig skjønn, vil si å anvende og utøve fagkunnskap, som tillegnes gjennom praktisk erfaring og eksempellæring. Faglig skjønn er en form for taus kunnskap, som kommer til uttrykk i sykepleierens intuitive forståelse av situasjoner. Det vil si at sykepleieren ser situasjonen som helhet ut ifra sin opplevelse av situasjonen. Skjønnen i sykepleien er en oppøving i å stille seg åpen for det sanselige inntrykk. Samtidig er det en oppøving ikke bare i å se, lytte og berøre klinisk, men i å gjøre det på en god måte (Kirkevold 2012).

Martinsen mener sykepleie som omsorg bare kan virkeliggjøres gjennom sanselig åpenhet og nærvær, tyding av sanselig uttrykk og handling, der sykepleieren er ”stedfortreder” for pasienten, til pasienten kan ”finne sitt sted igjen”. All pleie må derfor baseres på et personlig forhold mellom pasient og sykepleier, der sykepleieren kjenner til og viser forståelse for pasientens livs- og sykdomshistorie. Martinsen hevder at pasienter er personer som lider, er svake og avhengige av omsorg, som følge av sykdom, alder eller andre forhold. Hun vektlegger at sykepleieren har et særlig ansvar for personer som ikke har mulighet for å gjenvinne uavhengighet (Kirkevold 2012).

Martinsens teori tar ikke utgangspunkt i individet, men i de menneskelige relasjonene. I hennes utlegning er det forholdet mellom den hjelpetrequende og sykepleieren som står i

fokus. Dette forholdet skriver hun må være personlig, basert på sanselig åpenhet og nærvær. Forholdets karakter er fundert i den andres behov for å bli tatt vare på. Hun skriver at næstekjærlighet koblet med praktisk-moralsk skjønn er grunnelementet i sykepleiefaget (ibid).

3. Metodebeskrivelse

I Dalland (2008) beskrives metode som en fremgangsmåte der en innhenter ny kunnskap eller etterprøver påstander. Forsberg og Wengström (2013) presenterer ulike typer litteraturstudier; allmenn litteraturstudie (overview), systematisk litteraturstudie (systematic review) og begrepsanalyse (concept analysis). Metoden som er brukt i denne oppgaven er et systematisk litteraturstudie, og jeg vil derfor gå nærmere inn på hva det er. En forutsetning for at man skal kunne gjøre systematiske litteraturstudier er at man finner tilstrekkelig med presentasjon av forskningsresultater av god kvalitet, som kan utgjøre et grunnlag for studien (Forsberg og Wengström 2013). En litteraturstudie innebærer å søke systematisk i forskningslitteratur, kritisk vurdere og skaffe et overblikk over litteraturen, innen et valgt problemområde. Den bør fokusere på aktuell forskning innen det valgte temaet, og sørge for å få nok beslutningsgrunnlag for klinisk praksis. Det finnes ingen regler for hvor mange studier man kan ta med som grunnlag i en litteraturstudie, men det beste er å ta med all relevant forskning innen valgt område. Av praktiske og økonomiske årsaker er ikke det alltid mulig. Antallet studier man inkluderer kommer an på hva forfatteren kan finne og på de inklusjonskriteriene man setter for de studiene man vil inkludere. (Ibid). I min oppgave er det et kriterie at den må baseres på minimum åtte forskningsartikler. Et minimum vil i teorien si at jeg kan bruke så mange jeg vil, men antallet vil begrense seg som følge av tidsperspektivet for oppgaven.

Videre i metodebeskrivelsen vil jeg gå gjennom hvordan jeg har gjennomført litteraturstudien; datainnsamling, som inneholder inklusjon- og eksklusjonskriterier, søkestrategi, kvalitetsvurdering og etisk vurdering. Til slutt tar jeg for meg analysen av materialet.

3.1 Datainnsamling

3.1.1 Søkestrategi

Når man skal søke i databaser, er det viktig å formulere riktig spørsmål, hvor gamle studiene kan være, hvilket språk studiene skal være på og hvilke studietyper man ønsker (Forsberg og Wengström 2013). Det er ut ifra problemstillingen kriteriene for søket bestemmes. Neste steg er å velge database og søkeord. (Ibid).

Jeg formulerte først en problemstilling ut ifra et sykepleierperspektiv, som omhandlet temaet hvordan man kan gi god sykepleie til voksne pasienter med schizofreni. Når jeg gjorde noen prøvesøk etter forskning, oppdaget jeg at det fantes mye forskning med pasienterfaringer. Dette syntes jeg virket som en spennende vinkling, og tenkte at dette perspektivet også kunne belyse problemstillingen min på en god måte. Derfor endret jeg perspektivet til pasientperspektiv. Problemstillingen har på grunn av det blitt endret noen ganger under prosessen. Jeg ønsket også å bruke mest kvalitativ forskning da jeg var interessert i pasientenes ”stemme”. Hensikten med kvalitative studier er nettopp det, å forklare fenomener, erfaringer eller opplevelser (Forsberg og Wengström 2013:129).

Databasene jeg har brukt til søk i min litteraturstudie er Cinahl, PubMed, PsycINFO, Sykepleien Forskning, Vård i Norden, SveMed+ og OvidNursing. Søkeordene jeg har brukt viser i søketabellen (vedlegg 1). Jeg startet først med å danne søkeord ut ifra problemstillingen min som jeg brukte til mine første søk, som *schizophrenia*, *nursing* og *everyday life*. Jeg brukte disse søkeordene i ulike databaser der jeg brukte ”AND” mellom hvert søkeord for å få treff der alle søkeordene var inkludert. Jeg avgrenset i forhold til publiseringsår og haket av for *Full Text*. Jeg prøvde tidlig i fasen å søke i flere ulike databaser, men etter hvert ble PubMed og Cinahl de databasene jeg brukte mest. Dette er databaser som inneholder vitenskapelige tidsskriftsartikler innen blant annet sykepleie (Forsberg og Wengström 2013:75).

Når jeg valgte ut artikler så jeg først på titlene, og valgte ut de jeg syntes så relevant ut. De leste jeg sammendraget på. Da så jeg om de kunne være aktuelle å inkludere i studien min og printet dem ut om de var det. Senere leste jeg mer grundig gjennom artiklene jeg fant, og vurderte dem ut ifra mine inklusjon- og eksklusjonskriterier.

Selv om jeg trodde de var relevante etter å ha lest sammendraget, var det fremdeles noen jeg ekskluderte når jeg leste gjennom dem. Jeg fant flere artikler i starten av søkeprosessen, men en del av dem har jeg senere ekskludert da jeg så at de ikke var relevant for min studie. I og med at jeg forandret perspektivet fra sykepleier- til pasientperspektiv, gjorde også dette at jeg måtte ekskludere noen av artiklene. En del av dem var gode, og vil derfor bli anvendt i diskusjonsdelen i oppgaven min, der jeg vil drøfte funnene i forhold til konsekvens for sykepleie.

Jeg fortsatte søkene og spisset dem ved å finne flere gode søkeord, som jeg brukte i kombinasjon med de jeg allerede hadde brukt; *coping, patient views, patient experiences, patient perceptions* og *nurs**. Dette er de søkeordene jeg har brukt når jeg har funnet materialet. I tillegg til disse finnes søkeordene og kombinasjonene jeg brukte, som var uten relevante funn, i vedlagt tabell (vedlegg 1). Den viser en oversikt over søkene jeg har gjort for å finne relevant forskning for min litteraturstudie.

3.1.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjon- og eksklusjonskriteriene for min litteraturstudie var at artiklene var fra de siste fem årene, men utvidet dette etterhvert til å søke etter artikler fra de siste åtte årene. Dette gjorde jeg for å ikke gå glipp av god forskning, som ikke nødvendigvis trengte å være for gammel. Det er sannsynlig at pasienters erfaringer med schizofreni ikke har endret seg veldig på den tiden. Respondentene i studiene måtte ha diagnosen schizofreni eller alvorlig psykisk lidelse/psykoselidelse. Respondentene måtte være voksne, det vil si over 18 år. Ut ifra rammene til oppgaven måtte artiklene være fagfellevurdert (for å sikre god kvalitet), og flertallet av dem måtte være sykepleiefaglig forankret. De måtte være relevante for min problemstilling og ha et pasientperspektiv. De måtte også være skrevet på norsk, engelsk, svensk eller dansk.

3.1.3 Kvalitetsvurdering

Et krav til artiklene som blir benyttet i litteraturstudien min er at de må være refereebedømte, også kalt fagfellevurdert. Det vil si at de blir vurdert og godkjent av eksperter på samme fagområde før de blir publisert (Kilvik og Lamøy 2007). Forskningsartikler må være refereebedømte, og de fleste av artiklene som publiseres innen helsefag og medisin har en IMRaD-struktur. Bokstavene står for *Introduction, Methods, Results and Discussion* (Lerdal 2012). De må ha sammendrag (abstracts), litteraturlister og må være publisert i et tidsskrift (Kilvik og Lamøy 2007). Samtlige av studiene jeg har brukt i min litteraturstudie har IMRaD-struktur. I tillegg er de fleste studiene funnet i vitenskapelige databaser, eller funnet i litteraturlista til studier funnet der. I tillegg til disse vurderingene må man også, ifølge Kilvik og Lamøy (2007) spørre seg om artiklene er nye nok (publiseringsår), om informasjonen er relevant for mitt tema og hvem artikkelen er skrevet for ift. faglig nivå. Flertallet av studiene i min oppgave er sykepleiefaglig forankret. De er publisert mellom 2008 og 2014. Jeg har ekskludert en del artikler, noen fordi de ikke var relevante for min problemstilling likevel,

noen var i feil perspektiv (sykepleierperspektiv) og noen har jeg ekskludert fordi jeg hadde funnet nyere artikler. De fleste av artiklene er gjennomført i norden, eller samfunn som er sammenlignbare med det norske.

3.1.4 Etisk vurdering

Etikk er alltid viktig i vitenskapelig forskning. Interessen for å innhente ny kunnskap skal alltid veies opp mot kravet om at individene som deltar i undersøkelsen skal beskyttes. Forskeren skal sørge for at deltakerne ikke får skader eller men som følge av studien. Forskeren skal være nøyaktig i sine beslutninger og gjøre en velbegrunnet redegjørelse av resultatene. Det er et krav ved alle vitenskapelige studier at det tas etiske overveielser (Forsberg og Wengström 2013). Helsinkideklarasjonen er viktig innen all medisinsk og helsefaglig forskning. Et viktig prinsipp i Helsinkideklarasjonen er at hensynet til individet alltid skal gå foran hensynet til samfunns- eller forskningsnytt. Det er også krav om informert og frivillig samtykke, som vil si at forsøkspersonene informeres om studien og mulige risikoer ved å delta. Deltakelsen skal være frivillig. Det skal presiseres i informasjonsskrivet at forsøkspersonene kan trekke seg underveis (Slettebø 2008). I artiklene jeg har inkludert har de fulgt retningslinjene for informert og frivillig samtykke, og i flere av studiene har respondenter trukket seg, før og underveis.

Ved systematiske litteraturstudier er det også viktig å gjøre etiske overveielser, i forhold til utvalg og presentasjon av resultat. Man må velge studier som har fått tillatelse fra etisk komité eller der nøye etiske overveielser har blitt gjort. Man må gjenkjenne alle artikler som inngår i studien, samt arkivere dem i 10 år. Det er også viktig å presentere alle resultat, om de støtter hypotesen eller ikke. Det er uetisk å kun presentere de artiklene som støtter forskerens egne synspunkter. (Forsberg og Wengström 2013). Alle artiklene jeg har inkludert i min litteraturstudie har fått tillatelse fra en etisk komité eller gjort nøye etiske overveielser.

Psykotiske pasienter ønsker man som regel at skal behandles for sin psykose før de inkluderes i et forskningsprosjekt. Pasienter i en akutt psykotisk tilstand inkluderes kun unntaksvis. Dersom pasienter inkluderes uten å være samtykkekompetente, skal pårørende forespørres om de kan inkluderes. Om man inkluderer psykotiske pasienter som bedrer tilstanden etter hvert, skal de informeres om at de har vært inkludert i et forsøk (Slettebø 2008).

3.2 Analyse av materialet

3.2.1 Hva er analyse

Et vitenskapelig analysearbeid innebærer å dele opp det undersøkte fenomenet i mindre deler og undersøke dem hver for seg. Deretter fortsetter man med syntesen, som betyr å sette sammen deler til en enhet. Ut ifra dette innebærer derfor analysearbeidet å dele opp det undersøkte og sette det sammen igjen på en ny måte. (Forsberg og Wengström 2013:166).

Når man skal analysere materialet, kan man gjøre en innholdsanalyse. Forsberg og Wengström (2013:167) beskriver hvordan man gjennomfører en slik. Første steg er å lese gjennom artiklene flere ganger, for å gjøre seg godt kjent med materialet. Deretter må man identifisere koder (f.eks. søvn, smerte, stress, ensomhet), for så å ordne kodene i kategorier (f.eks. fysisk funksjon, psykisk funksjon, sosial funksjon). Deretter kan man ordne kategoriene i temaer. Man kan se etter mønster, det kan være likheter, ulikheter, motsatser og hierarkiske nivåer. Til slutt skal man tolke og diskutere resultatet.

3.2.2 Min analyse av forskningsartiklene

Jeg har gjort en innholdsanalyse med utgangspunkt i metoden beskrevet i Forsberg og Wengström (2013:167). Jeg startet med å lese gjennom artiklene godt og skrev litteraturmatriser for hver av dem. Jeg markerte alle funn i hver artikkel som var relevant for min studie. Deretter tok jeg for meg en og en artikkel, og skrev ned funnene jeg hadde markert på et eget ark. Alle artiklene fikk altså ett ark hver. Min problemstilling er to-delt, da jeg ønsket å finne ut både om utfordringene i hverdagen, samt hvordan/hva de trenger for å mestre den. Derfor tok jeg to nye ark, ett ark for funnene for hver del. Delene kalte jeg *utfordringer i hverdagen* og *hvordan mestre*. Deretter gikk jeg gjennom alle funnene for hver artikkel, og samlet alle funn som hørte til under hver del av problemstillingen.

Så tok jeg for meg de to delene, *utfordringer i hverdagen* og *hvordan mestre*, der jeg identifiserte sub-temaer. Disse sub-temaene har jeg kategorisert i følgende fem hovedtemaer:

Ensomhet og isolasjon - alene:

- Stigmatisering
- Avvisning

- Skam
- Ensomhet
- Isolasjon
- Utenfor samfunnet

Symptomenes inngripen i livet:

- Stemmehøring
- Utslitthet/psykotisk av symptomer
- Selvskading/selv mord
- Problemer med egenomsorg, praktiske ting og økonomi

Informasjonsbehov:

- Undervisning, informasjon og opplæring om diagnose/lidelse og tilbud
- Samtalegrupper – mulighet for utveksling av erfaringer

Meningsfull hverdag:

- Tilrettelagt arbeid
- Kreative og kulturelle aktiviteter
- Å være en del av samfunnet
- Å føle seg meningsfull

Verdifulle forhold:

- Sosiale forhold
- Fellesskap
- Familie
- Helsepersonell – relasjon, kontinuitet og samhandling
- Å bli hørt og sett

Jeg vil videre ta for meg de fem sub-temaene og presentere de sentrale funnene i hvert tema.

4. Resultat

4.1 Ensomhet og isolasjon - alene

En av studiene fant at nesten alle respondentene hadde mistet sine tidligere vennskap etter at de ble syke. De hadde heller ikke kontakt med sine naboer. De ønsket kjærlighetsforhold, men opplevde at sykdommen var et hinder. De følte seg ensomme og forlatte, samtidig som de ikke maktet å gjøre noe for å endre det. De følte også skam over sin lidelse, som gjorde at de distanserte seg fra andre. Flere av respondentene sa at de hele tiden følte seg ensomme, men at ensomheten føles mye sterkere i psykotiske perioder (Nilsson m.fl 2008). De fant mye av det samme i en annen studie der respondentene opplevde avvisning fra familie og venner pga. lidelsen og de følte på en risiko for å bli ensomme og isolerte. De følte også på en stigmatisering i samfunnet. Videre fant de at respondentene isolerte seg mer i dårlige perioder (Gunnmo og Bergman 2011). Kalhovde m.fl. (2014) fant også at noen av respondentene isolerte seg fra verden i perioder der de hørte mye stemmer. Respondentene opplevde isolasjon som et hinder for å være lykkelig, men symptomene av lidelsen gjorde at de ikke klarte å bryte ut av isolasjonen. De fant også at respondentene ikke følte seg normal pga. stigmatisering fra andre. De følte de ikke var en del av samfunnet (Buckland m.fl. 2013). Respondentene opplevde en uutholdelig desperasjon og ensomhet som preget livene deres (Ko m.fl. 2012). Samtidig fant Gunnmo og Bergman (2011) at de som benyttet seg av møteplasser for personer med psykiske lidelser opplevde det som et fellesskap og mulighet for å dele opplevelser.

4.2 Symptomenes inngripen i livet

En kvantitativ studie med 107 respondenter, fant at 80% av respondentene rapporterte at de hadde symptomer i antall og intensitet, som var så belastende at de ble hindret i, eller vanskeliggjorde hverdagen (Langeland 2009). Flere av respondentene rapporterte at de ble så syke og utslitte av stemmehøring at de ikke klarte å håndtere dem. De ble desperate etter å slippe fri, og derfor skadet seg selv eller prøvde å ta sitt eget liv (Kalhovde m.fl. 2014). Dette fant de også i en annen studie, der de skriver at hallusinasjoner av stemmer vil torturere og ødelegge respondentene. En av respondentene uttalte at han hørte stemmer, og ble så paranoid at han trodde alle i byen hadde tatt livet sitt og at han var den eneste igjen. Derfor trodde han at han også måtte begå selvmord (Nilsson m.fl. 2008). En annen studie viser at respondentene følte på en risiko ved å be om hjelp når de opplevde problemer med sin psykiske helse. Det gikk på at de var redd for å ikke få hjelp, eller å få hjelp de ikke ønsket, som for eksempel

tvangsinnleggelse og tvangsmedisinering (Topor og Girolamo (2010). Respondentene hadde også problemer med å ta seg av hjemmet (vasking/rydding/matlaging) og økonomi, spesielt under psykose (Gunnmo og Bergman 2011).

4.3 Informasjonsbehov

Respondentene følte de hadde for lite kunnskap om sin lidelse, og ønsket derfor informasjon fra helsepersonell. De hadde positive erfaringer med pasientopplæring i grupper, der de snakket om ulike aspekter ved psykisk lidelse. Pga. fordommer i samfunnet ønsket de også informasjon til både samfunnet og slekt om psykiske lidelser. De savnet også informasjon som gikk på tilgjengelige tilbud og aktiviteter, de sa det kunne ta flere år før de skjønte hvilken assistanse de kunne få ift. lidelsen (Gunnmo og Bergman 2011). I en annen studie fant de også at respondentene ønsket mer opplæring om diagnosen sin, og mente at gruppeaktiviteter var en arena for læring, der de kunne utveksle erfaringer og også lære av hverandre (Tveiten m.fl. 2011). Samtalegrupper basert på salutogene terapiprinsipper viste en signifikant forbedring av SOC (sense of coherence), der 69% av deltagerne bedret sin SOC. I tillegg viste deltagerne egen evaluering av samtalegruppene at 70-95% opplevde det som svært nyttig eller nyttig for deres psykiske helse i hverdagen (Langeland 2009).

4.4 Meningsfull hverdag

Det var viktig for respondentene å ha noe som opptar dem i hverdagen, som jobb eller aktiviteter. Å ha noe meningsfullt å gjøre, gjorde at de følte seg som en del av samfunnet og at de følte seg meningsfulle (Gunnmo og Bergman 2011). De fant noe av det samme i en annen studie, der de skriver at det hjalp dem å ha noe meningsfullt å gjøre (jobb, aktiviteter), da kunne de håndtere stemmene ved å forsøke å ikke fokusere på dem. Noen av respondentene i denne studien klarte å jobbe deltid der de fikk tilrettelagt arbeid, og kunne trekke seg tilbake ved behov (Kalhovde m.fl. 2014). Mange av respondentene hadde gitt opp håpet om menneskelige forhold, men at kreative og kulturelle aktiviteter (maling, dikt, musikk, etc.) kunne være verdifullt (Nilsson m.fl. 2008).

4.5 Verdifulle forhold

4.5.1 Personlige forhold

Respondentene ble myndiggjort (empowered) av meningsfulle forhold til andre. En av respondentene sa det slik (oversatt fra engelsk): ”Når jeg virkelig ønsket å ta livet mitt, kom barna mine hjem fra skolen og kalte meg mamma, og jeg innså at jeg ikke kunne forlate dem på denne måten! Sønnene mine elsker meg så høyt. De er en del av livet mitt. Jeg kan ikke forlate dem på denne måten!”. De skriver videre at verdifulle forhold til andre gir verdi til livene deres, og minner dem om at verden kan være vakker. Slike forhold hjelper dem å se fremover. Familie kan gi viktig støtte til dem (Ko m.fl. 2012). En annen studie fant at det er viktig med mulighet for sosial kontakt for respondentenes velvære, derfor benyttet mange seg av møteplasser og ønsket også hjemmebesøk (Gunnmo og Bergman 2011). Alle respondentene i en studie ønsket noen å elske, men opplevde at lidelsen var et hinder (Nilsson m.fl. 2008).

4.5.2 Helsepersonell – relasjon, kontinuitet og samhandling

Helsepersonell kan gi verdifull støtte til respondentene (Ko m.fl. 2012). Nilsson m.fl. (2008) De fleste respondentene hadde hjemmebesøk av helsepersonell, men de opplevde at helsepersonellet arbeidet ulikt og usynkronisert (Nilsson m.fl. 2008). I en annen studie fant de det samme, at respondentene ønsket kontinuitet i relasjoner til helsepersonell. De fortalte at det var for mange ulike helsepersonell, som førte til usikkerhet og stress. Videre fant de at det var viktig med personer som lyttet til dem og så dem som individ og deres behov, og opplevde det som verdifulle samtaler med noen som lyttet og forsto. De ønsket å ha et mer personlig forhold til helsevesenet (Gunnmo og Bergman 2011). Respondentene vurderte om de skulle fortelle om problemer med stemmehøring, noen ganger valgte de å snakke med helsepersonell som de stolte på (Kalhovde m.fl. 2014). En annen studie fant også at respondentene henvendte seg til helsepersonell de hadde god kontakt med (Topor og Girolamo 2010). Respondentene opplevde det som viktig å bli akseptert, støttet og hjulpet. De forsto ikke alltid regler og hvordan de skulle delta i gjøremål, som de mente reduserte mulighetene for deltagelse og følelsen av aksept. De ønsket at helsepersonell forklarte bedre (Tveiten m.fl. 2011).

5. Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

I og med at dette er første gang jeg gjennomfører en systematisk litteraturstudie, kan den ha svakheter på grunn av det. I starten av søkeprosessen trengte jeg råd fra veileder, da jeg opplevde å ”gå meg litt fast” i det samme mønsteret. Etter råd og ny inspirasjon opplevde jeg selv at jeg hadde forholdsvis god kontroll videre gjennom søkeprosessen, men det er likevel en sannsynlighet for at jeg har misset gode søkeord. Det kan derfor ha påvirket studien. På tross av dette synes jeg at artiklene jeg har funnet er av god kvalitet, nye nok og inneholder relevante funn for min studie.

Når det gjelder analysen av materialet kan det finnes svakheter i funnene og oversettelser, da jeg syntes at noen av artiklene hadde spesielt vanskelig engelsk. Dette gjorde at jeg måtte arbeide mer med materialet for å få en forståelse for innholdet og finne de relevante funnene. Jeg har heller ikke mye erfaring med å analysere forskningsartikler, som kan gjøre at resultatet har mangler. Samtidig føler jeg at jeg har mange gode funn fra artiklene og at jeg har jobbet mye og godt med dem.

5.2 Drøfting

I kapittel 4 presenterte jeg sentrale funn fra analysen av artiklene, kategorisert i hovedtemaer. Jeg vil videre drøfte disse i lys av teoribakgrunnen for oppgaven og annen relevant teori. Jeg vil også belyse konsekvenser for sykepleie, ved å knytte kunnskapen opp mot sykepleie til pasienter med schizofreni. Diskusjonen avsluttes med en konklusjon.

5.2.1 Ensomhet og isolasjon

Et funn som står sentralt etter analysen av artiklene er ensomhet og isolasjon. Jeg arbeider selv ved en rehabiliteringsenhet for rus og psykiatri, og kjenner godt igjen dette problemet. Det opplevdes derfor kjent for meg når jeg fant at respondentene i flere av studiene opplevde stigmatisering og avvisning fra venner, familie og samfunnet på grunn av sin psykiske lidelse. Dette førte til at de isolerte seg og ble ensomme. I tidligere presentert litteratur (Hummelvoll 2012) kan vi finne det samme, at når en person blir psykisk syk kan han merke at forholdet til andre mennesker endres, og at når sykdommen blir kjent må man forholde seg til andres fordommer. Videre skriver han at psykisk helse påvirkes av kvaliteten av det sosiale

nettverket til den med psykisk lidelse, som familie, venner, naboer, arbeidskollegaer og foreningsliv. Et sosialt nettverk er grunnlaget for at man skal kunne føle tilhørighet (ibid). Med dette indikerer han at om en person med psykisk lidelse ikke har et sosialt nettverk, vil det gjøre det vanskeligere for ham å bedre sin psykiske helse. Kari Martinsens teori beskriver at mennesker er avhengige av hverandre, og at ingen mennesker kan leve i isolasjon (Kirkevold 2012).

Samtidig viser funnene at respondentene føler på skam over sykdommen og ulikheten fra andre (Nilsson m.fl. 2008). De opplevde det som vanskelig å føle seg normale og en del av samfunnet (Buckland m.fl. 2013). Jeg fant også at respondentene isolerte seg mer i dårlige perioder, fordi de trodde at andre kunne høre stemmene (hallusinasjon) (Kalhovde m.fl. 2014). Dette understøttes av teori fra Hummelvoll (2012), der vi kan lese at lidelsen påvirker personen både kroppslig og sjelelig, og kan for eksempel ikke skille stemmehøring fra virkelige stemmer, som vil påvirke hans væren-i-verden. Dette skaper utfordringer i forhold til å klare å komme ut av ensomheten. Skammen og symptomene gjør at de heller ønsker å holde seg borte fra andre. På en annen side viser studien til Gunnmo og Bergman (2011) at respondentene ønsket at noen skulle hjelpe dem ut av isolasjonen, spesielt i dårlige perioder.

Ut ifra dette kan man anta at disse pasientene ofte har et lite nettverk og er sosialt tilbaketrukkne. Det er også kommet frem at de opplever avvisning fra familie. Her er det viktig også å ta i betraktning at det ofte er en stor belastning og påkjennelse for familien når en av deres nærmeste er psykisk syk, det kan være vondt og skremmende (Hummelvoll 2012). For å dempe belastningen for dem, kan det være viktig av sykepleier å gi familien eller pårørende opplæring, informasjon, kommunikasjonsferdigheter og emosjonell støtte (ibid).

På bakgrunn av dette ville jeg derfor ha inkludert pårørende, og vektlagt å skape en god relasjon og et godt samarbeid, både med pasienten og pårørende. Dette vil kanskje styrke muligheten for å hjelpe pasienten ut av isolasjon og ensomhet. I et slikt samarbeid vil det bli viktig for sykepleieren å bruke sitt faglige skjønn. Som nevnt tidligere, gjennom Kari Martinsens omsorgsteori, vil faglig skjønn si å være åpen og medlidende for andres lidelse og smerte, mens en samtidig faglig vurderer tilstanden til den andre (Kirkevold 2012). Man må anvende fagkunnskap samtidig med medfølelse, barmjertighet, tillit og ærlighet. Faglig skjønn er en slags taus kunnskap, som kommer til uttrykk i sykepleierens intuitive forståelse (ibid). Her tenker jeg det vil være sentralt å bruke det faglige skjønnet, både i forhold til pasienten

selv, men også i forhold til pårørende, da de blir sentrale i et slikt samarbeid, og sykepleieren også må se deres behov i tillegg til pasientens. I forhold til det kan vi lese på Folkehelseinstituttet (2013) at schizofreni er en alvorlig sinnslidelse som gir store belastninger for både pasient og pårørende, og at mange av pasientene er avhengige av hjelp fra helsevesenet og/eller familie. Både nedbygging av institusjoner og kort behandlingstid forutsetter at man forsøker å mobilisere pasientens nettverk (Hummelvoll 2012).

Selv om en vil tilstrebe et godt samarbeid med pårørende, har jeg erfaring med at det ikke alltid er like lett. Det er vanskelig å si akkurat grunnen til det, men mine oppfatninger er at noen kan være opptatt med egne liv. Andre ønsker kanskje ikke å være blandet i ”behandlingen” av personen, og overlater det til helsepersonellet. Jeg tror også at pårørende kan føle skam over den psykisk syke, det er sårt, men jeg tror dette av og til kan være tilfellet, eller en del av årsaken.

5.2.2 Symptomenes inngripen i livet

Schizofreniens symptomer ble også et sentralt funn, da de påvirker livet til pasientene i stor grad. Svært mange av respondentene hadde symptomer som ble en stor utfordring for dem i hverdagen. Mange av respondentene rapporterte at de hørte stemmer, og at de ble utslitte, paranoide og psykotiske. Mange utførte desperate handlinger for å slippe, som å prøve å begå selvmord eller skade seg selv. De opplevde også vansker med å ta seg av praktiske gjøremål, som for eksempel vasking, rydding og matlaging, i tillegg til økonomi (Langeland 2009, Kalhovde m.fl. 2014, Nilsson m.fl. 2008, Topor og Girolamo 2010, Gunnmo og Bergman 2011).

Dette kan man også finne på Folkehelseinstituttet (2013), der vi kan lese at schizofreni gir redusert evne til egenomsorg, både personlig og økonomisk. Videre skriver de at lidelsen gir en rekke dyptgripende symptomer, som apati, manglende evne til å føle glede, unormal og bisarr adferd, inadekvat affekt, tankeforstyrrelser og svekket oppmerksomhet. De psykotiske trekkene er vrangforestillinger, forfølgelsesideer og hallusinasjoner (syn, hørsel, følelse og lukt). Hummelvoll (2012) skriver at symptomene påvirker pasientens vøren-i-verden og at symptomene vil plage pasienten i ulik grad.

Med dette som bakgrunn vil jeg påstå at pasienter med symptomer som gjør hverdagen vanskelig å håndtere, trenger hjelp fra helsepersonell. Sykepleieren kan forsøke å bidra til å lette symptomene. Sykepleierens assistanse kan gjøre at pasienten bedrer sine mestrings- og problemløsningsmåter i forhold til sin situasjon og sine psykiske plager (Hummelvoll 2012). Poenget er å hjelpe pasienten til handlingsmønstre som demper lidelsen, og til en forståelse som fremmer en best mulig tilpasning til et liv med en viss funksjonssvikt. Det er urealistisk å sette mål for sykepleien eller behandlingen, om at pasienten skal få et problemfritt liv uten perioder med smerte og ubehag (ibid).

Ut ifra dette tenker jeg at man må ha fokus på den enkelte pasients ressurser og forsøke å bidra til at han kan mestre utfordringene i hverdagen på best mulig måte. Sykepleieren trenger da kunnskap om mestring og myndiggjøring. Faglitteratur sier at samtale kan være en god metode for kartlegging av pasientens ressurser (Reitan 2010). Sykepleieren må være bevisst sin måte å stille spørsmål på. En må ikke trenge seg på og krenke pasienten. Pasienten må selv ønske å fortelle om seg selv, på den måten blir han bevisst sin identitet, verdighet og opplever myndiggjøring. La pasienten forklare sine egne mestringsstrategier. Let etter pasientens ressurser og se på muligheter i stedet for begrensninger. Sykepleieren må bruke sine kommunikative ferdigheter til å stille åpne spørsmål, utdype spørsmålene, være lyttende, reflektere følelser og tanker, gi informasjon og oppsummere (ibid). I Hummelvoll (2012) kan vi lese at når pasienten ikke makter å uttrykke egne behov og ønsker klart, må sykepleieren søke å dekke hans behov gjennom pleie- og omsorgshandlinger. Dette gjøres gjennom empati, situasjonsforståelse, faglig kunnskap, skjønn og etisk vurdering (ibid).

Samtidig som jeg opplever at teorien er logisk og fornuftig i forhold til pasienter med schizofreni, må jeg legge til at min erfaring sier at det kan være svært utfordrende å kommunisere med denne pasientgruppen. Dette kan med andre ord gjøre det vanskelig å innhente informasjon om pasientens ressurser og behov. Hummelvoll (2012) understøtter dette, der han skriver at en del sider ved den psykotiske personens væremåte kan skape misforståelser og hindre relasjonsbygging og sosial inkludering. Personer med schizofreni lar seg lettere distrahere og unngår ofte blikkontakt. De bruker også lengre tid på å bearbeide det som sies. Mangelfull evne til å sende og motta informasjon er en del av funksjonshemmingen. Mange nonverbale tegn som viser at en følger med i samtalen, hemmes eller kommer først på et senere tidspunkt (ibid). Ut ifra dette tenker jeg at det er viktig at sykepleier innehar kunnskap om kommunikasjonsproblemer en person med schizofreni kan ha, og er

oppmerksom på disse under samtale. En bør skape en rolig atmosfære og gi god tid, der pasienten får tid til å oppfatte informasjonen, tenke ut et svar og respondere.

Når det gjelder funn som viser at pasienter skader seg selv eller forsøker å ta sitt eget liv, viser statistikken at dette tallet er ganske høyt. Så mye som 10% av alle personer med schizofreni begår selvmord (Folkehelseinstituttet 2013). Det finnes 12-16000 personer med schizofreni til enhver tid i Norge, og det finnes sannsynligvis store mørketall (ibid). Dette vil jeg si viser at denne pasientgruppen er ekstra utsatt for selvmord. Jeg tenker at man kan motvirke dette ved å lindre symptomer, og fremme mestring og myndiggjøring. Samtidig må man vise at pasienten er verdifull, gjennom holdning og handling (Hummelvoll 2012).

5.2.3 Informasjonsbehov

Mange respondenter opplevde å ha for lite kunnskap om sin lidelse og ønsket opplæring fra helsepersonell. De hadde ønsker om gruppesamtaler, der de kunne utveksle erfaringer og få informasjon. Det kom også frem at flere ønsket at samfunnet skulle få mer informasjon om lidelsen (Gunnmo og Bergman 2011, Tveiten m.fl. 2011, Langeland 2009).

Folkehelseinstituttet (2013) skriver at psykoedukativ behandling rettet mot familie og pårørende er viktig. Rådet for psykisk helse (2010) definerer psykoedukativ behandling som behandling av psykiske lidelser, der pasienten og pårørende orienteres om lidelsen, kartlegger hva de vet om den og hva pasienten og pårørende selv kan gjøre. Dette gjennomføres ved teoretiske presentasjoner og øvelser, med mål om å øke pasientens og pårørendes kompetanse rundt lidelsen, og bedre mestring av symptomer (ibid). Det samme finner man i faglitteratur (Hummelvoll 2012), der vi kan lese at undervisning er en vesentlig del av oppgavene sykepleiere har i et terapeutisk miljø. Slike tiltak kan være rettet mot pasienten og familien, for å øke deres forståelse for behandlingsopplegget, for å bedre mellommenneskelige ferdigheter og øke mulighetene for mestring. Pasientens egne erfaringer må fokuseres på, mens sykepleier kan bidra med struktur, teoretiske perspektiver og forskningsbasert kunnskap. Ulike gruppeaktiviteter kan også være nyttige for å hjelpe pasienten. Under gruppemøter kan man lære å forholde seg til andre, arbeide med å sette ord på følelser og tanker, observere andres reaksjoner og lære av andres erfaringer (ibid).

5.2.4 Meningsfull hverdag

Respondentene ønsket å ha noe meningsfullt å gjøre i hverdagen, som jobb eller aktiviteter. Å ha noe meningsfullt å gjøre, gjorde at de følte seg som en del av samfunnet. Det gjorde også at de hadde mindre fokus på symptomene. Kreative eller kulturelle aktiviteter kunne også være verdifullt (Gunnmo og Bergman 2011, Nilsson m.fl. 2008, Kalhovde m.fl. 2014).

Å være et verdsatt medlem av samfunnet med mulighet for å arbeide har stor betydning for bedring, selvaktelse og livskvalitet. Det vil si at en styrker ens sosiale identitet, ved å fjerne seg fra stigmatisering og stempling. Psykiske lidelser er den hyppigste forekommende diagnose ved uføretrygdede i Skandinavia. Det påpekes at denne gruppen har lav yrkesdeltagelse, men at mange likevel ønsker arbeid. Erfaring og forskning viser at arbeid i seg selv har en positiv virkning på livskvalitet og helse, mens mangel på arbeid eller meningsfull sysselsetting oppleves negativt (Hummelvoll 2012).

Rehabiliteringstiltak som styrker individers opplevelse av myndiggjøring og mobilisering av egne krefter, bidrar til sosial integrasjon. Brukermedvirkning på individnivå vil si at brukerens innsikt på egen situasjon skal tas avgjørende hensyn til, og kan gjøres gjennom bruk av individuell plan. Individuell plan er et redskap og en metode for samarbeidet mellom brukeren, tjenesteapparatet og mellom de ulike tjenesteyterne (Hummelvoll 2012).

5.2.5 Personlige forhold

Under dette temaet fant jeg at respondentene mente at meningsfulle forhold gav verdi til livene deres, og at slike forhold kan hjelpe dem å se fremover. Familie kunne gi dem viktig støtte. Det var også viktig med mulighet for sosial kontakt for deres velvære, og mange brukte derfor møteplasser eller ønsket hjemmebesøk (Ko m.fl. 2012, Gunnmo og Bergman 2011, Nilsson m.fl. 2008).

Man finner i faglitteraturen at en del av det miljøterapeutiske opplegget bør være å ha åpne forbindelser med familie og samfunn. Kontakt med pasientens familie bør være en naturlig del av arbeidet, både når det gjelder å gi informasjon og støtte til pårørende, samt veiledning og samarbeid i konkrete situasjoner. Noen pårørende vil være skeptiske til å delta i slikt samarbeid, som kan ha med stigmatisering. Det kan være sårt for pårørende når ens egne sliter med psykiske lidelser, og foreldre kan føle at de har sviktet i foreldrerollen. Det er viktig at de

får mulighet til å snakke om de vonde tingene, men at man har fokus på å styrke pårørende slik at de kan fungere som en ressurs.

Man kan dele kunnskaper og gi dem støtte, som vil bidra til å etablere et samarbeidsforhold mellom sykepleier og pårørende (Hummelvoll 2012). Pasienten har også rett til å medvirke i utformingen av behandlingen (Helsedirektoratet 2014). Pasienten kan bidra på den måten at han kjenner sine symptomer best, hva slags behandling som fungerer for ham, og kjenner sitt reaksjonsmønster og familiens. Familien kan bidra på den måten at de kan kjenne pasientens tegn til psykose, kan vite hva som stresser pasienten og hvilke muligheter de har til å gi støtte. Sykepleieren bidrar med fagkunnskap om lidelsen og behandling, og samspiller med andre faginstanser. De har også kunnskap for å redusere stress for både pasienten og familien. Samlet vil dette samarbeidet inneha mye ekspertise (ibid).

5.2.6 Helsepersonell – relasjon, kontinuitet og samhandling

Respondentene fortalte at helsepersonell kan gi verdifull støtte, men mange opplevde at det var for mange ulike helsepersonell og at de arbeidet ulikt. Dette medførte stress og usikkerhet for respondentene. Det kom også frem at de ønsket gode relasjoner til helsepersonell, og at de lyttet til dem og så dem som individer og deres behov. Respondentene henvendte seg til helsepersonell de hadde god kontakt med og som de stolte på (Ko m.fl. 2012, Nilsson m.fl. 2008, Gunnmo og Bergman 2011, Kalhovde m.fl. 2014, Topor og Girolamo 2010, Tveiten m.fl. 2011).

Dette kjenner jeg også godt igjen fra praksis, der det kan være tydelig at vikarer eller nye ansatte skaper stress hos pasienter. Jeg tenker ut i fra dette, og min egen erfaring, at det beste for pasientene er kontinuitet i helsepersonellet. Det viser også indirekte at relasjonen til helsepersonellet er viktig for pasientene. Faglitteratur viser at relasjonen mellom pasient og sykepleier er viktig, og at likeverdighet er selve ledetråden i denne relasjonen (Hummelvoll 2012). For sykepleieren vil dette bety å åpne seg for den situasjonsopplevelsen pasienten har. En forutsetning for å nå inn til pasientens selvoppfatning og problem er at man lytter. En forutsetning for at sykepleien skal bli god er at man utvikler et samarbeid og et fellesskap mellom sykepleier og pasient. Sammen klarlegger man pasientens problemer og leter etter måter å mestre disse på. Et slikt samarbeid gjør det mulig å ta utgangspunkt i pasientens perspektiv og ønsker (ibid). Sykepleieren skal søke å styrke pasientens egenomsorg og redusere hans helseproblem. Når pasienten ikke er i stand til å uttrykke egne behov og ønsker

skal sykepleieren fungere som en omsorgsgiver og pasientens talsmann (Strand 2011). Kari Martinsens beskriver omsorg som et relasjonelt begrep og er kjennetegnet ved at det er et mellommenneskelig forhold. Hun mener det mest grunnleggende i mennesket er at mennesker er avhengige av hverandre. I situasjoner med sykdom og lidelse kommer avhengigheten særlig frem. Hun mener også at sykepleie må bygge på moralsk ansvarlig maktbruk, fordi forholdet mellom mennesker er preget av makt og avhengighet (Kirkevold 2012).

Litteraturen viser her til gode tiltak for å opprette en god relasjon med pasienten. Samtidig kan vi lese i Strand (2011) at det ofte kan være vanskelig å skape en allianse med schizofrene pasienter, som ofte har vokst opp med mangel på kontinuitet og derfor har lukket seg i selvforsvar. De har gjerne stor mistillit til omverdenen og forskanser seg i en egen verden de har bygd opp over lang tid. For å bygge en allianse med schizofrene pasienter må man tilby kontakt og regelmessighet, man må bevise gjennom handling at tilbudet ”holder vann”, man må ha en tålmodig ikke-krevende utholdenhet og møte opp og være tilgjengelig igjen og igjen (ibid).

6. Konklusjon

Hovedfunnene i denne systematiske litteraturstudien er at respondentene opplevde ensomhet og isolasjon, som følge av stigmatisering, avvisning og egen skam. De opplevde også en stor belastning av symptomer, som vanskeliggjorde hverdagen. Respondentene syntes de hadde for lite kunnskap om sin lidelse og de ønsket mer informasjon og undervisning. De ønsket også gruppeaktiviteter, som en arena for læring og utveksling av erfaringer. Videre kom det frem at det var viktig for respondentene å ha en meningsfull hverdag. Det kunne være gjennom jobb eller aktiviteter. Verdien av verdifulle forhold var også et sentralt funn, både personlige forhold og forhold til helsepersonell.

Ut ifra gjennomgåtte forskningsresultater og teori fremstår det som grunnleggende viktig at sykepleieren bygger en god relasjon med pasienten for å kunne hjelpe han med hans livssituasjon. Sykepleieren må søke å redusere følelsen av ensomhet og isolasjon, ved å forsøke å inkludere pasientens pårørende eller andre nære. Sykepleieren må også forsøke å lette belastningen av symptomene og myndiggjøre pasienten. Man må informere og undervise både pasienten selv og hans pårørende, og myndiggjøre dem slik at de kan oppnå mestring. Sykepleieren må lete etter pasientens ressurser, og bruke disse for å tilrettelegge for arbeid eller aktiviteter, for at pasienten skal ha en meningsfull hverdag. Man må sørge for kontinuitet i relasjonen til pasienten og bygge forholdet på tillit og likeverdighet, og man må bruke sitt faglige skjønn i samhandling med pasienten.

Når det gjelder anbefalinger for videre forskning tenker jeg det ville vært interessant å finne ut mer om hvordan pårørende opplever å ha et samarbeid rundt pasienten, med ham og helsepersonellet. Det kunne også vært fint å se om undervisning og inkludering av pårørende, kunne bidra til at pårørende ønsker å være mer involvert og hvilken effekt dette ville hatt for pasienten.

7. Litteraturliste

- Bunkholdt, V. (2002). *Psykologi. En innføring for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fjørtoft, A-K. (2006). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2013). *Schizofreni*. [Online]. Lastet ned den 16.februar 2015, fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=61140>.
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur.
- Gunnmo, P. og Bergman, HF. (2011). What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 6(1). Doi: 10.3402/qhw.v6i1.5412.
- Helsedirektoratet. (2015). *Samhandlingsreformen*. [Online]. Lastet ned den 4.mars 2015, fra <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>.
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hummelvoll, JK. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kalhovde, AM., Elstad, I. og Talseth, A-G. (2014). "Somtetimes I walk and walk, hoping to get some peace." Dealing with hearing voices and sounds nobody else hears. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 9. Doi: 10.3402/qhw.v9.23069.
- Kilvik, A. og Lamøy, LI. (2007). *Litteratursøking i medisin og helsefag. En håndbok*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Kirkevold, M. (2012). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ko, C-J., Smith, P., Liao, H-Y. og Chiang, H-H. (2012). Searching for reintegration: life experiences of people with schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*. 23, s. 394-401.
- Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien Forskning*. 4(4), s. 288-296.
- Lerdal, A. (2012). Forskningsartikkel eller fagartikkel? *Sykepleien Forskning*. 100(2), s. 72-

- Nilsson, B., Nåden, D. og Lindström, UÅ. (2008). The tune of want in the loneliness melody – loneliness experienced by people with serious mental suffering. *The Scandinavian Journal of Caring Science*. 22, s. 161-169.
- Reitan, AM. (2010). Mestring. I: Knutstad, U. (Red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. (s. 74-107). Oslo: Akribe.
- Rådet for psykisk helse. (2010). *Psykoedukativ behandling*. [Online]. Lastet ned den 16.februar 2015, fra <http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=29900>.
- Skorpen, A., Anderssen, N., Øye, C. og Bjelland, AK. (2008). Brukerperspektiv i norsk forskning om innlagte psykiatriske pasienter: En litteraturgjennomgang. *Vård i Norden*. 28(4), s. 19-23.
- Slettebø, Å. (2008). Forskningsetikk. I: Brinchmann, BS. (Red.). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Strand, L. (2011). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet. Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Topor, A. og Girolamo, SD. (2010). "You have to be careful who you talk to and what you say..." – on psychosis and making rational choices. *Journal of Mental Health*. 19(6), s. 553-561.
- Tveiten, S., Haukland, M. og Onstad, RF. (2011). "The patient's voice-empowerment in psychiatric context". *Vård i Norden*. 31(3), s. 20-24.

Vedlegg 1 – Søketablell

SØKEORD	DATO	DATABASE	ANTALL TREFF	LESTE ARTIKLER	INKLUDERTE ARTIKLER
Schizophrenia and nursing	11/12-14	Ovid Nursing	2	1	1 (Sanches m.fl. 2001). Senere ekskludert.
Schizophrenia and nursing	11/12-14	CINAHL	2	1	1 (Roberson 2009). Senere ekskludert.
Schizophrenia and treatment and nursing	11/12-14	PubMed	58	2	2 (Chien m.fl. 2013 part I og Chien m.fl. 2013 part II). Senere ekskludert.
Schizophrenia and nursing care	11/12-14	PubMed	85	3	3 1.(Kalhovde m.fl. 2014). 2.(Kate m.fl. 2013). 3.(Vance m.fl. 2013). De to siste ble senere ekskludert.
Schizofreni	12/1-15	Sykepleien.no /forskning	7	1	1 (Langeland 2009).
Schizofreni	12/1-15	SveMed+	46	0	0
Schizophrenia and nurs*	12/1-15	CINAHL	48	1	1 (Kertchok 2014). Senere ekskludert.
Schizophrenia and patient-staff interaction and nurs* and community health care	12/1-15	CINAHL	25	0	0
Fant i litt.lista til Kalhovde (2014).	12/1-15			1	1 (Lorem og Hem 2011). Senere ekskludert.
Schizophrenia and nursing	12/1-15	PsycINFO	78	0	0
Schizophrenia and nursing and relation	12/1-15	PubMed	116	0	0
Schizophrenia and nursing	12/1-15	PubMed	86	1	1 (Buckland m.fl. 2013).

Schizophrenia	13/1-15	Vård i Norden	28	2	2 1.(Tveiten m.fl. 2011). 2. (Sanna m.fl. 2009). Senere ekskludert.
I litt.lista til Kalhovde m.fl. (2014) fant jeg denne.	13/1 -15			1	1 (Gunnmo og Bergmann 2011).
Nursing and mental health and schizophrenia	13/1-15	PubMed	41	0	0
Schizophrenia and nurs* and coping	13/1-15	CINAHL	17	0	0
Litt.lista i "sometimes i walk..."	13/1-15			1	0
Schizophrenia and everyday life and coping	13/1-15	PubMed	24	1	1 Under "related citations in PubMed": (Yilmaz m.fl. 2008). Senere ekskludert.
Schizophrenia and symptoms and coping	13/1-15	PubMed	83	0	0
Schizophrenia and patient experience and symptoms and coping	13/1-15	PubMed	28	1	1 (Schmidt-Kraepelin m.fl. 2009). Senere ekskludert.
Schizophrenia and symptoms and coping	13/1-15	CINAHL	10	1	1 (Scholes m.fl. 2010.) Senere ekskludert.
Schizophrenia and everyday life	13/1-15	CINAHL	1	1	1 (Topor og Girolamo 2010).
Schizofreni	5/2-15	Vård i Norden	14	2	1 (Skorpen m.fl. 2008). Ekskludert.
Schizophrenia and symptoms and nursing	5/2-15	CINAHL	10	1	0
Schizophrenia and coping and nursing	5/2-15	CINAHL	5	1	1 (Ko m.fl. 2012).

and life world					
Schizophrenia and everyday life and experience	17/2-15	PubMed	29	0	0
Schizophrenia and patient experience and symptoms and well-being	17/2-15	PubMed	79	1	1 (Switaj m.fl. 2012). Senere ekskludert.
Schizophrenia and experience and nursing and phenomenology	17/2-15	PubMed	5	0	0
Schizophrenia and nursing and life experience	17/2-15	PubMed	21	1	0
Schizophrenia and symptoms and experience and nursing	17/2-15	PubMed	9	0	0
Schizophrenia and life world	17/2-15	CINAHL	4	1	0
Schizophrenia and patient experience and nursing	17/2-15	CINAHL	2	0	0
Schizophrenia and patient views or expectations or perceptions and nurs*	17/2-15	CINAHL	55	5	3 1.(Pitkänen m.fl. 2008). 2.(Pitkänen m.fl. 2009). 3.(Nilsson m.fl. 2008). 1 og 2 ble senere ekskludert.

Vedlegg 2 – Litteraturmatriser

Litteraturmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Metode Utvalg (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludering/eksklusjonskriterier)? Datainnnsamling, datacollection – hvordan er data samlet inn? Analyse av data. Hvordan?	Resultat/funn/diskusjon Hva fant de og hvordan diskuteres dette/disse funnene?	Konklusjon
<p>Buckland, H. T., Schepp, K. G. og Crusoe, K. (2013). Defining Happiness for Young Adults with Schizophrenia: A Building Block for Recovery. <i>Arch Psychiatr Nurs</i>. 27(5). S. 235-240.</p> <p>AMERIKANSK</p>	<p>Å finne definisjonen for hva lykke er for pasienter med schizofreni, gjennom å intervju voksne pasienter med schizofreni.</p>	<p>Utvalg: 13 pasienter, tre kvinner, ti menn, alder 23-35. Inklusjonskriterier: ha en diagnose schizofreni eller innen schizoaftaktiv lidelse, mottar helsehjelp, ha symptomer som reguleres med medikamenter, snakker engelsk, være i et stabilt bo-miljø innen det utpekte geografiske området. Eksklusjonskriterier: bruke narkotiske stoffer (utenom medikamenter) på dagen for intervju, nåværende innleggelse, ikke greier å svare adekvat på spørsmål relatert til beslutninger. Datainnnsamling: En intervjuguide ble brukt. Mellom hvert intervju ble deltagerne oppfordret til å skrive dagbok over deres opplevelser av lykke, det gjorde intervjuene bedre. Deltagerne fikk velge sted for intervjuet. Intervjuene ble spilt inn, utenom tre som ikke ønsket det (det ble tatt notater) og ble så transkribert. Analyse: Materialet ble analysert og det ble funnet "koder"/temaer i tekstene.</p>	<p>Deltagerne trodde ikke de hadde noe å si om lykke. Følelsen av frykt ble taklet ved å finne måter å føle seg trygg på. En barriere for lykke var isolasjon. Symptomene på schizo. var en hindring for å komme ut av isolasjon. Bivirkningene av medikamenter skapte utfordringer, vanskelig å delta på aktiviteter, ta initiativ, følge med, ha selvtillit. Vanskelig å føle seg normal pga. stigmatisering fra andre og seg selv. Normalitet ble sett som å være ansvarlig, lik andre og akseptert. Respondentene følte de ikke var en del av samfunnet.</p>	<p>Begrensninger: Fordi denne studien er begrenset til unge voksne, i stabile hjem, med minst "high school" utdanning, kan ikke disse funnene være generalisert for alle voksne med schizofreni. De skriver også at unge schizofrene ser ut til å være mer håpefulle og ha større forventninger enn de som har levd lenger med sykdommen, de yngre er ikke enda utbrent av effekten av deres sykdom. Det er viktig for sykepleiere innen psykiatri å kunne spørre de rette spm. for å kunne identifisere utfordringene til pasientene, og samarbeide med pas. om å overkomme det vanskelige.</p>

Litteraturmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Metode Utvalg (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludering/eksklusjonskriterier)? Datainnnsamling, datacollection – hvordan er data samlet inn? Analyse av data. Hvordan?	Resultat/funn/diskusjon Hva fant de og hvordan diskuteres dette/disse funnene?	Konklusjon
<p>Gunnmo, P. og Bergman, H. F. (2011). What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being. <i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</i>. 6(1). Doi: 10.3402/qhw.v6i1.15412.</p> <p>SVENSK</p>	<p>Hensikten med denne studien var å forbedre kunnskapen om hvordan personer med schizofreni selv beskriver hva de trenger for å bedre deres velvære i hverdagen.</p>	<p>Utvalg: Pasientene ble rekruttert i en poliklinisk avd. for individer med psykose. Inklusjonskriteriene var at de måtte ha en sykehistorie med psykose med preferanse til schizofreni. Det ble utført intervjuer med 7 respondenter som meldte interesse, 1 mann og 6 kvinner, alder mellom 33 og 66 år. Alle med diagnosen schizofreni, utenom én. Datainnnsamling: Intervjuene ble åpnet med spørsmål om hva som er viktig for h*n å få hjelp til, oppfølgingsssp. ble spurt utifra svarene. Intervjuene tok ca. 1 time. Alle</p>	<p>Resultat/funn: Respondentene vektla deres ønske om å leve et ordinært liv, de har forsøkt å oppnå det gjennom ulike atferdsmåter og etterspurte hjelp og støtte i ulike arenaer: Ønsket mer informasjon om diagnosen/sykdommen. Ønske om trygge relasjoner til helsepersonell og kontinuitet i relasjonene. Ønske om å føle fellesskap og redsel for å bli ensom, de mente det var viktig å ha mulighet til sosial kontakt. De vektla viktigheten av å ha en meningsfull jobb/aktivitet, det ville gjøre at de følte seg nyttig og en del av et fellesskap. De poengterte også at det er ønsket å få hjelp med det praktiske når de får psykotisk tilbakefall. Diskusjon: De har sett på annen forskning opp mot sine egne funn. Respondentene mener de har behov for hjelp med hele sin livssituasjon, og ikke bare i perioder med psykose. Dette viser også tidligere forskning. Ønske om informasjon om sin sykdom: en studie fra 2008 viser at helsepersonell ofte tok for gitt at pasienten hadde fått kunnskap om sin sykdom, mens en studie fra 2002 viste at psykiatere unngikk å svare på spm fra pasientene om</p>	<p>Respondentene i studien beskriver at de behøver bistand i hverdagen/livet generelt, og ikke bare i perioder med psykose, som også er i samsvar med tidligere forskning. Det som fremstår som nytt i denne studien er at respondentene vektlegger at de ønsker trygge og stabile relasjoner til helsepersonellet, der de også</p>

Litteraturmatrise

		<p>intervjuene ble spilt inn og transkribert. Intervjueren var ikke involvert i behandlingen til pasientene.</p> <p>Analyse: Materialet ble analysert og delt inn i koder/nøkkelord. De ble så gruppert og delt inn i ulike kategorier. En hovedkategori stakk seg etter hvert frem som forklarte det meste av variasjonen i materialet. Til slutt ble analyseresultatene sammenlagt i en teoretisk modell, bestående av et mønster av adferds-kategorier som kom frem gjennom materialet.</p>	<p>symptomene/diagnosen sin. Ang. Informasjon til familiemedl.: En studie fra 2001 og en fra 2006 fant at pasient og familie-undervisning kunne redusere tilbakefall i psykose og reinleggelse i sykehus med opp til 20%, og forkorte lengden på sykehusoppholdene. Når det gjaldt å føle tilhørighet i samfunnet viste studiene de hadde funnet at det er mye fordommer rundt psykisk syke, og at de fleste artiklene i media som omhandlet psykisk syke (spes. schizofrene) også omhandlet kriminalitet. Respondentene pekte på viktigheten av å ha gode relasjoner til helsepersonell, det underbygger også tidligere studier. Ang. Verdien av sosial kontakt: tidligere forskning de har funnet underbygger dette, og de viser at fungerende sosialt nettverk forebygger mot tilbakefall av psykose. Viktigheten av å ha jobb/aktivitet er også underbygget av tidligere forskning. Ønsket om å få hjelp til å leve selvstendig: underbygges av tidligere forskning som viser at det kan føre til følelse av mestring og selvtilit.</p>	<p>trenger å bli hørt og sett. De skriver at dette er utført lite forskning på, selv om dette behovet ble funnet generelt hos psykiatriske pasienter, og de mener derfor det trengs mer forskning på temaet.</p>
--	--	---	---	--

Litteraturmatrise

Referanse <small>Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.</small>	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Metode <small>Utvalg (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludjon-/ekskludjonskriterier)? Datainnsamling, datacollection - hvordan er data samlet inn? Analyse av data. Hvordan?</small>	Resultat/funn/diskusjon <small>Hva fant de og hvordan diskuteres dette/disse funnene?</small>	Konklusjon
<p>Kalhovde, A. M., Elstad, I. og Talseth, A-G. (2014). "Sometimes I walk and walk, hpoing to get some peace." Dealing with hearing voices and sounds nobody else hears. <i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</i>. 9. Doi: 10.3402/qhw.v9.23069.</p> <p>NORSK</p>	<p>Å forstå hvordan personer med psykiske lidelser, som hører plagsomme lyder og stemmer, håndterer det i hverdagen.</p>	<p>Utvalg: 14 personer, som hørte eller hadde hørt stemmer og lyder som ikke andre hørte, i minst ett år, og hadde blitt diagnostisert med en psykisk lidelse. 8 kvinner og 6 menn, alder mellom 19-57 som hadde hørt stemmer og lyder i 2-39 år. 9 av deltagerne rapporterte å ha schizofreni, resten hadde kombinasjoner av andre diagnoser.</p> <p>Datainnsamling: Respondentene fikk spm. om hvordan det var for dem å leve med å høre stemmer og lyder, de fikk også følgespm. og det ble brukt en intervjuguide om det trengtes. Intervjuene ble tatt opp og transkribert, utenom ett tilfelle, der respondenten ikke ønsket at det ble spilt inn. Det ble heller tatt notater under og etter intervjuet. De fleste tok del i to intervjuer, tre</p>	<p>Respondenten klarte å vedlikeholde daglige rutiner lenge til tross for utfordringer med stemmehøring. Ble utslitte/psykotiske av stemmene og prøvde ta sitt liv/skade seg. Distanserte seg fra andre pga. stemmehøring. De utviklet måter å hvile på i perioder med mye stemmehøring. Valgte å fortelle om stemmene til helsepersonell de stolte på. Bivirkninger av medikamenter, førte til fysiske endringer og ødelagt evnen til å tenke, snakke og føle. Noen av respondentene klarte å jobbe med tilrettelagt arbeid, der de kunne trekke seg tilbake ved behov. De kunne håndtere stemmene ved å ikke fokusere på dem, det hjalp å ha noe meningsfullt å gjøre, som jobb eller aktiviteter.</p>	<p>Studien deres viser at det trengs mer forskning på hvordan personer som hører stemmer/lyder takler det i hverdagen. Respondentene i studien strevde med å håndtere hverdagen pga. stemmene/lydene. De strevde med å være selvstendige samtidig som de er avhengig av helsehjelp, og prøvde samtidig å redusere bivirkningene av medikamentell behandling. De foreslår at helsepersonellet må forsøke å forstå hvordan de prøver å håndtere stemmene/lydene, at</p>

Litteraturmatrise

		<p>deltok i ett intervju og to deltok i tre. Intervjuene varte i ca. 1,5-2 timer.</p> <p>Analyse: De analyserte intervjuetekstene inspirert av de fire sykliske stegene av Fleming, Giadys og Robb. Når opptakene var transkribert, begynte de å analysere hver tekst. Andre- og tredjeforfatter er sykepleiere med erfaring på området (psykiatri). Så markerte de alle viktige paragrafer, setninger, o.l. og reflekterte over dem. De brukte også tavle og utviklet temaer. Disse temaene ble sammenlignet med hver tekst. Tekstene ble så lest og sammenlignet med hverandre, før det ble skrevet en oppsummering. Til slutt inkluderte de sitater for å fremheve forståelsen av spørsmålet.</p>		<p>de må få erkjennelse for det. Individualisert helsehjelp og empowering er viktig i relasjonen mellom helsepersonell og pasienten.</p>
--	--	---	--	--

Litteraturmatrise

Referanse <small>Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.</small>	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Metode <small>Utvalg (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludjon-/ekskludjonskriterier)? Datainnsamling, datacollection - hvordan er data samlet inn? Analyse av data. Hvordan?</small>	Resultat/funn/diskusjon Hva fant de og hvordan diskuteres dette/disse funnene?	Konklusjon
<p>Ko, C-J., Smith, P., Liao, H-Y. og Chiang, H-H. (2012). Searching for reintegration: life experiences of people with schizophrenia. <i>Journal of Clinical Nursing</i>. 23. S. 394-401.</p> <p>TAIWAN OG STORBRITANNIA</p>	<p>Å forstå hvordan personer med kronisk schizofreni lever med sykdommen/symptomen e.</p>	<p>Utvalg: 7 menn og 8 kvinner. Alle med diagnosen schizofreni. Datainnsamling: Intervjuer, 8-10 intervju per deltaker, ila. ett år. Alle intervjuene ble spilt inn og transkribert. Analyse: Forskningsteamet leste gjennom det transkribert materialet flere ganger, og identifiserte sentrale temaer.</p>	<p>Uutholdelig desperasjon og ensomhet preget livene til respondentene, de fant ingen vei ut. De utviklet ulike mestringsmetoder for å forsterke sin selvstendighet. Familie og helsepersonell kan gi verdifull støtte. Respondentene ble myndiggjort av verdifulle forhold med sine nærmeste. Verdifulle forhold gav verdi til livene deres og minte dem om at verden er vakker. Slike forhold hjalp dem også å se fremover.</p>	<p>Psykologiske sammenbrudd kan forstyrre ens livsverden. Personer med schizofreni forsøker å "komme tilbake til livet" ved å ha meningsfull forhold med andre og fokusere på fremtiden.</p>

Litteratormatrise

Referanse Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Metode Utvalg (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)? Datainnsamling , datacollection – hvordan er data samlet inn? Analyse av data. Hvordan?	Resultat/funn/diskusjon Hva fant de og hvordan diskuteres dette/disse funnene?	Konklusjon
Nilsson, B., Näden, D. og Lindström, UÅ. (2008). The tune of want in the loneliness melody – loneliness experienced by people with serious mental suffering. <i>The Scandinavian Journal of Caring Science</i> , 22, s. 161-169. SVENSK	Å finne ut hvilken betydning ensomhet har, for hjemmeboende pasienter med alvorlig psykiatrisk diagnose.	Utvalg: 8 deltagere, med schizofreni og ble beskrevet av helsepersonellet som alvorlig psykisk syke. De bodde alene i en storby. Datainnsamling: Det ble brukt observasjon i hjemmet, sammen med sykepleier, og intervjuer. Analyse: De har brukt ulike teorier for å forstå respondentenes ensomhet i forhold til lidelsen. Alle teoriene bidro med ulike perspektiver på respondentenes lidelse.	Ingen av respondentene hadde kontakt med naboer. De hadde mistet tidligere venner etter de ble syke. Alle ønsket noen å elske, men lidelsen var et hinder. Avvist av venner, og savner selskap, de føler ikke de er i stand til å endre dette. Ensomme pga. skam over seg selv. Ensomhet oppleves som smerte. Ensomheten blir verre i psykotiske perioder. Hallusinasjoner av stemmer vil torturere og ødelegge respondentene. Mange gav opp håpet om menneskelige forhold, men ikke kreative og kulturelle aktiviteter. De fleste hadde bistand i hjemmet av helsepersonell, men de opplevde at helsepersonellet arbeidet ulikt og usynkronisert.	Respondentenes lidelse blir tydelig både i det praktiske og det eksistensielle. De opplevde ensomhet som så fryktelig at selvmord ble vurdert som en utvei. De savnet alt de hadde tapt etter å ha blitt syke, som fellesskap med andre.

Referanse Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Metode Utvalg (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)? Datainnsamling , datacollection – hvordan er data samlet inn? Analyse av data. Hvordan?	Resultat/funn/diskusjon Hva fant de og hvordan diskuteres dette/disse funnene?	Konklusjon
Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. <i>Sykepleien Forskning</i> , 4(4). S. 288-296. NORSK	Utforske hvilke kvaliteter i sosial støtte som bidrar til en positiv utvikling av SOC og SOC's evne til å predikere forandring i livskvalitet ila. ett år. I tillegg utvikles salutogene terapiprinsipper og effekten av disse testes ut i samtalegrupper. SOC: sense of coherence. PHP: psykiske helseplager.	Utvalg: 107 hjemmeboende personer med psykiske helseplager. Inkl.krit: 18-80 år, tilknytning til psyk.tjeneste, pleie- og omsorg eller dagsenter, er klar og orientert, norsk språk, kan føre en samtale, ikke rusproblemer, klarer å delta i en gruppe over 6mnd. Datainnsamling: 107 personer svarte på spørreskjema (3 stk.). Svarprosent 1. Skjema: 92%. 2.skjema: 84%. 3.skjema: 78%. Analyse: Data ble analysert, stegvis regresjonsanalyse ble anvendt for å undersøke hvilke av de sosiale støttdimensjonene som bidro mest til endring av SOC og det ble testet effekten av intervensjonen.	Over 80% av utvalget rapporterte symptomer i antall og intensitet som virket belastende, slik at de ble hindret i hverdagen. Samtalegrupper basert på salutogene terapiprinsipper resulterte i en signifikant forbedring av SOC. 70-95% av deltagerne opplevde gruppen som svært nyttig for deres psykiske helse i hverdagen. Selv om studien har strikte inkl.krit. og andre populasjoner kan være annerledes, anser de som sannsynlig at funnene kan generaliseres til hjemmeboende personer med ulike stabile PHP.. Samtalegrupper representerer en arena hvor sosial integrasjon og muligheten til å gi omsorg er sentralt.	Studiene understreker betydningen av salutogen tilnærming i bedringsprosesser innen psykisk helse. Terapeutrollen i det salutogene perspektiv går ut på å være en samtalepartner, med kvaliteter som positiv, ubetinget aksept, empati og ekthet, og balanse mellom å lytte til problemer, og oppmerksomhet til å styrke ressurser. En må skreddersy behandling som skal fokusere på å redusere hindringer og styrke ressurser, dermed gi høyest mulig emosjonell, psykologisk og sosial funksjon og velvære. Det trengs mer forskning for å øke kunnskapsgrunnlaget om salutogenese, positiv psykisk helse og beslektede teorier og begreper.

Litteraturmatrise

Referanse <small>Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.</small>	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Metode <small>Utvalg (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)? Datainnsamling, datacollection – hvordan er data samlet inn? Analyse av data. Hvordan?</small>	Resultat/funn/diskusjon Hva fant de og hvordan diskuteres dette/disse funnene?	Konklusjon
<p>Topor, A. og Girolamo, S. D. (2010). "You have to be careful who you talk to and what you say..." – on psychosis and making rational choices. <i>Journal of Mental Health</i>. 19(6). S. 553-561.</p> <p>SVENSK OG FRANSK</p>	<p>Å undersøke hvordan pasienter med en psykosediagnose beskriver hvordan de tar valg for å håndtere kriser, for helsepersonells forståelse av psykose og for klinisk praksis.</p>	<p>Utvalg: 15 personer deltok i fokusgruppe, antall deltakere på hvert møte varierte fra 5-8. Alle deltagerne hadde erfaring fra innleggelse i sykehus og poliklinisk behandling for psykose og schizofreni. Datainnsamling: Fokusgrupper med temaene: kjærlighetsforhold, vennskap, død, medisiner, penger og hjelpe-relasjoner. Samtalene ble spilt inn og transkribert, og så presentert for deltagerne før det ble analysert av forskerne. Studien er basert på materiale fra 10 fokusgruppemøter. Analyse: Materialet ble analysert gjennom en metode basert på Glaser og Strauss teori. De to forskerne analyserte materialet hver for seg, og møttes så for å sammenligne.</p>	<p>Respondentene prøvde ulike metoder å håndtere vanskelige situasjoner på, men spurte etter hvert om hjelp. De måtte da velge hvem de ville henvende seg til, som regel var det familie, venner eller helsepersonell. Resp. opplevde en risiko ved å fortelle noen om problemene, fordi de mente det kunne føre til at de ikke fikk hjelp, eller at de fikk hjelp de ikke ønsket, som for eksempel tvangsmedisinering eller tvangsinnleggelse. Risikoen for å be om hjelp opplevdes nesten som et større problem enn selve problemet. En av måtene problemer ble håndtert på var å avvente for å se om det løste seg selv. Samtidig visste de at det kunne bli sett på som et symptom, å ikke be om hjelp når de trengte det.</p>	<p>Det er et spørsmål om å legge større vekt på relasjonen mellom pasient og helsepersonell som stiller spørsmål ved den nåværende måten å utøve profesjonallitet. Flere tidligere studier viser viktigheten av at det er en fungerende allianse mellom pasient og helsepersonell.</p>

Litteraturmatrise

Referanse <small>Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.</small>	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Metode <small>Utvalg (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)? Datainnsamling, datacollection – hvordan er data samlet inn? Analyse av data. Hvordan?</small>	Resultat/funn/diskusjon Hva fant de og hvordan diskuteres dette/disse funnene?	Konklusjon
<p>Tveiten, S., Haukland, M. og Onstad, R. F. (2011). "The patient's voice-empowerment in a psychiatric context". <i>Vård i Norden</i>. 31(3). S. 20-24.</p> <p>NORSK</p>	<p>Å innhente kunnskap om pasientenes syn og erfaringer av prinsippene rundt empowerment i en psykiatrisk kontekst. Forskningsspørsmål: Hva er pasientenes syn og erfaringer av prinsippene rundt empowerment: deltagelse; å bli sett på som eksperter på seg selv; og omfordeling av makt?</p>	<p>Utvalg: 14 voksne pasienter fra to avdelinger i et distrikpsykiatriske senter i Norge. Inklusjonskriterier: pasienten ble valgt og spurt om å delta av psykologen i samarbeid med andre helsepersonell, at deltagelsen var frivillig, at pasienten var over 18 år. Datainnsamling: To fokusgrupper, som ble intervjuet to ganger. Hvert intervju varte i ca. 1 time. Intervjuene ble spilt inn og transkribert. Analyse: Den transkriberte teksten ble gjennomlest flere ganger av alle tre forfatterne, for å få en oversikt over hovedpunktene i teksten.</p>	<p>De trengte å bli forklart av helsepersonellet når og hvordan de skulle delta i egenomsorg og daglige gjøremål. De ønsket mer opplæring om diagnose, egne problemer og reaksjoner. De mente grupper var en god arena for læring, også av hverandre. De ønsket mer gruppeaktiviteter og mulighet for å utveksle erfaring. Det var viktig å bli akseptert, støttet og hjulpet. De sa de var for mye alene. De ønsket mer aktiviteter gjennom dagen, individuelt og i grupper. De trengte å bli fulgt opp etter sykehusopphold. De forsto ikke regler og system som reduserte muligheten deres for å delta og følelsen av å bli akseptert. De opplevde ensomhet når de ble overlatt til seg selv, og det ikke var organisert aktivitet.</p>	<p>Funnene viser at i en psykiatrisk kontekst representerer læring og omsorg muligheter og forutsetninger for deltagelse. Systemet påvirker empowerment-prosessen og samarbeid mellom pasient og helsepersonell skjer parallelt med makt/avmakt. Funnene i studien gir en stemme til pasientene, men det trengs mer forskning rundt systemets påvirkning av empowerment, makt og samarbeid, sett både fra pasientens og helsepersonells perspektiv.</p>