

Ada Urkedal Gladtvet (10139)

Matilde Bang (10110)

Sykepleieintervensjoner for å styrke empowerment hos pasienter med schizofreni

Litteraturbachelor

Antall ord: 7200

Bacheloroppgave i Sykepleie

Juni 2023



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Ada Urkedal Gladtvvet (10139)

Matilde Bang (10110)

Sykepleieintervensjoner for å styrke empowerment hos pasienter med schizofreni

Litteraturbachelor

Antall ord: 7200

Bacheloroppgave i Sykepleie

Juni 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Schizofreni er en alvorlig psykisk sykdom preget av hallusinasjoner og vrangforestillinger, kalt positive symptomer. Disse plagene kan igjen føre til at pasienten får negative symptomer som tilbaketrekning, passivitet og svekket sosial fungering. Som sykepleier kan man bistå pasienter med schizofreni i recovery-prosessen ved å styrke empowerment. Dette innebærer å styrke pasientens egne ressurser og tro på seg selv, slik at pasienten kan ta gode og informerte valg for seg selv og sin behandling.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å undersøke hvilke sykepleieintervensjoner som kan styrke empowerment hos pasienter med schizofreni når de er innlagt i psykisk helsevern. Oppgaven tar utgangspunkt i voksne personer over 18 år.

Metode: Oppgaven er en systematisk litteraturstudie gjennomført mellom april 2023 og juni 2023, og baserer seg på syv forskningsartikler.

Resultat: Et større fokus på empowerment hos pasienter med schizofreni kan gjøre de bedre rustet til å håndtere egen sykdom, noe som igjen kan bedre recovery-prosessen og føre til færre reinnleggelser. Vi har i denne oppgaven identifisert fire mulige sykepleieintervensjoner: Bygge relasjon til pasienten, gi pasienten mulighet til medvirkning, psykoedukasjon og hjelpe pasienten til å mobilisere egne ressurser.

Konklusjon: Relasjonsbygging, brukervedvirkning, psykoedukasjon og ressursmobilisering kan styrke empowerment hos pasienter med schizofreni innlagt i psykisk helsevern. Når det er sagt, er empowerment en individuell prosess som er vanskelig å måle graden av, så pasienter vil kunne oppleve ulik effekt av intervensjonene.

Nøkkelord: schizofreni, empowerment, sykepleie, recovery, intervensjoner

Abstract

Background: Schizophrenia is a severe mental illness characterized by positive symptoms such as hallucinations and delusions. These symptoms can lead the patient to experience negative symptoms such as social withdrawal, reduced motivation, and difficulty with daily functioning. Nurses can assist people with schizophrenia in the recovery process by increasing empowerment. This involves enhancing the patient's self-esteem, resources, and the ability to make informed decisions about their treatment.

Purpose: The purpose of this study was to identify nursing interventions that can increase empowerment in hospitalized patients with schizophrenia. The study is based on adults over the age of 18.

Method: This is a systematic literature study, conducted between April 2023 and June 2023. The study is based on seven research articles.

Results: Our findings suggest that more focus on empowerment in people with schizophrenia can improve their recovery process and reduce readmissions. Consequently, we identified four possible nursing interventions: building a relationship with the patient, giving the patient the opportunity to participate, psychoeducation and helping the patient to mobilize their resources.

Conclusion: In conclusion, our study identified four nursing interventions that can increase empowerment in hospitalized patients with schizophrenia: Building a relationship with the patient, shared decision making, psychoeducation and mobilizing available resources. These interventions can help patients better manage their illness, improve their recovery process, and reduce readmissions. However, it is important to note that empowerment is an individual process, and its effect may vary among patients.

Keywords: schizophrenia, empowerment, nursing, recovery, interventions

«Og skal man få til et skikkelig samarbeid, så må man forbi beskrivelsene og diagnosene, og inn på forståelse, ressurser og livssituasjon.»

(Lauveng, 2014)

Innhold

Kapittel 1 Introduksjon	1
1.1 Introduksjon til tema	1
1.2 Bakgrunnskunnskap.....	1
1.3 Teoretiske perspektiver	2
1.3.1 Schizofreni.....	2
1.3.2 Empowerment	3
1.3.3 Recovery og miljøterapi	3
1.3.4 Sykepleiers pedagogiske rolle og veiledende funksjon.....	4
1.3.5 Stress og mestring	4
1.4 Formål og problemstilling.....	5
Kapittel 2 Metode	6
2.1 Beskrivelse av metode	6
2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	6
2.3 Søkehistorikk.....	6
2.4 Vurdering.....	8
2.5 Analyse	9
Kapittel 3 Resultater	10
3.1 Artikkelmatrikse	10
3.2 Sammenfattede resultater	14
3.2.1 Anerkjennelse og relasjonsbygging	14
3.2.2 Medvirkning og maktbalanse.....	14
3.2.3 Psykoedukasjon.....	15
3.2.4 Å bruke ressursene sine	15
Kapittel 4 Diskusjon	17
4.1 Mulige sykepleieintervensjoner som kan styrke empowerment	17
4.1.1 Anerkjennelse og relasjonsbygging	17
4.1.2 Medvirkning og maktbalanse.....	18
4.1.3 Psykoedukasjon.....	19
4.1.4 Å bruke ressursene sine	22
4.2 Implikasjoner for sykepleie	23
4.3 Metoderefleksjon.....	24
4.4 Konklusjon	25
Referanser	26
Vedlegg	29

Tabeller

<i>Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....</i>	<i>6</i>
<i>Tabell 2 Konsepttabell.....</i>	<i>7</i>
<i>Tabell 3 Søketabell.....</i>	<i>7</i>
<i>Tabell 4 Kategorisering av tema etter Evans analysemodell.....</i>	<i>9</i>
<i>Tabell 5 Artikkelmatrise.....</i>	<i>10</i>

Kapittel 1 Introduksjon

1.1 Introduksjon til tema

Schizofreni er en psykisk lidelse som innebærer endringer av tanker, atferd og følelser, og sykdommen regnes som den alvorligste av psykoselidelsene (Røssberg, 2023).

Risikoen for å utvikle schizofreni i løpet av livet er ca. 1%, og det antas at forekomsten er like stor i Norge som ellers i verden. I Norge får mellom 600 og 800 personer diagnosen hvert år, men man antar at det er mørketall. Det er til enhver tid mellom 12 000 og 16 000 mennesker som har sykdommen, og omtrentlig 10 000 som er under behandling (Folkehelseinstituttet, 2022).

Symptomer på schizofreni opptrer som oftest i 20-40-årsalderen (Folkehelseinstituttet, 2022). Forekomsten er høyere hos menn enn hos kvinner, høyere hos personer som bor i større byer enn i distriktet og høyere hos immigranter enn ikke-immigranter. Studier viser at om lag en fjerdedel kun har én sykdomsepisode, mens en fjerdedel får et kronisk, livslangt forløp. Resterende har et forløp mellom disse to ytterpunktene (Helsedirektoratet, 2013).

Det har tidligere vært en del pessimisme rundt bedringsmulighetene ved schizofreni, men forskning understøtter ikke lengre denne oppfatningen. Ettersom flere har kommet ut med sine bedringshistorier, har bedringsperspektivet blitt mer anerkjent. Recovery er et begrep som brukes om bedringsprosessen. Recovery preges av holdninger som fremmer håp og tro på at det er mulig å leve et tilfredsstillende og meningsfullt liv også for personer med psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2013).

Som sykepleier kan man bistå pasienter med schizofreni i recovery-prosessen, blant annet ved å styrke empowerment. Dette innebærer å styrke pasientens egne ressurser og tro på seg selv, slik at pasienten kan ta gode og informerte valg for seg selv og sin behandling (Kristoffersen, 2017b, s. 349). Sykepleiere skal ifølge de yrkesetiske retningslinjene, ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, rett til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, rett til medbestemmelse og rett til ikke å bli krenket (Norsk sykepleieforbund, u.å.).

1.2 Bakgrunnskunnskap

Vi har valgt å skrive om dette temaet fordi vi begge har vært i praksis på en sykehusinstitusjon hvor de innlagte primært er voksne mennesker med en schizofrenilidelse. Der har vi blant annet sett hvordan maktforholdet mellom helsepersonell og pasienter utspiller seg, og hvordan sykepleierne jobber sammen med

pasientene for å øke empowerment og bedre recovery. Vi ønsker å undersøke om det finnes konkrete tiltak som kan utjevne maktbalansen, bedre relasjonen og dermed øke empowerment hos pasientene.

En annen grunn til at vi har valgt dette tema er fordi fokuset på psykisk helse øker og det gjør også åpenheten rundt psykiske lidelser. Likevel forekommer det fortsatt en del negative holdninger og fordommer mot personer med en schizofrenilidelse. Ikke bare fra mannen i gata, men også fra sykepleiere og helsepersonell generelt (Ververda et al., 2013). Sykepleiernes fordommer handler ofte om at pasienter med psykiske lidelser kan være problematiske og kreve mer omsorg enn andre. Pasienter med en schizofrenilidelse blir ansett for å være uforutsigbare og farlige (Ververda et al., 2013). Økt fokus og mer kunnskap om schizofreni kan minske fordommer og gjøre det lettere å se mennesket bak pasienten.

1.3 Teoretiske perspektiver

I dette kapitlet redegjør vi for teori som er relevant for problemstillingen. Det vil være nødvendig å vite hva schizofreni er, årsaker til at man får diagnosen og hvordan sykdommen behandles. Fokuset i denne oppgaven vil være hvordan sykepleieren gjennom sin pedagogiske rolle kan styrke empowerment hos pasienter med schizofreni. Vi skal også trekke inn Benner og Wrubel sin omsorgsteori om stress og mestring.

1.3.1 Schizofreni

Schizofreni er en alvorlig psykisk sykdom preget av hallusinasjoner og vrangforestillinger, kalt positive symptomer. Disse plagene kan igjen føre til at pasienten får negative symptomer som tilbaketrekning, passivitet og svekket sosial fungering (Røssberg, 2023).

En vet ikke klart hva som er årsaken til at noen personer utvikler schizofreni. Når det er sagt, er det mye som tyder på at sykdommen skyldes et samspill mellom biologiske predisposisjoner og miljøfaktorer (Norsk helseinformatikk, 2021a). Hartberg (2021) trekker frem følgende risikofaktorer for schizofreni: familiær forekomst av schizofreni, svangerskaps- og fødselskomplikasjoner, negative hendelser i barndommen, rusmiddelbruk, migrasjon og urbanitet (s. 125). I en multinasjonal studie ble det konkludert med at schizofreni blant annet kan skyldes feil i signalstoffene mellom hjerneceller, feil i immunsystemet eller feil ved hjernens utvikling (Norsk helseinformatikk, 2021b). Fra et psykologisk perspektiv er den utløsende årsaken ofte følelsesmessig overbelastning. Overbelastningen kan for eksempel skyldes mobbing, isolasjon eller omsorgssvikt.

Forløpet ved schizofreni kan variere veldig. Noen har kun én sykdomsepisode, mens andre får kronisk schizofreni. Målet med behandlingen er at pasienten skal få kontroll over symptomer og kunne leve et selvstendig liv. Tre sentrale elementer her er medikamentell behandling, kognitiv atferdsterapi og undervisning av pasient og pårørende (Norsk helseinformatikk, 2021b). Det er viktig å tilrettelegge undervisningen, da pasienter med schizofreni ofte har svekket korttidshukommelse, oppmerksomhet og utholdenhet (Norsk helseinformatikk, 2021a).

1.3.2 Empowerment

Empowerment blir av Verdens helseorganisasjon (WHO) definert som en prosess der personer får større kontroll over beslutninger og handlinger som påvirker deres liv (Helsedirektoratet, 2018). En forutsetning for bedre kontroll over sitt eget liv er bevissthet over egen situasjon, hvordan man kan påvirke omgivelsene, utvikling av personlig kompetanse og å bidra til og definere behov og problemer som omhandler eget liv (Tveiten, 2021, s. 33). Helsepersonellets rolle i empowerment-prosessen er å sørge for å hjelpe pasientene til medvirkning i valg, at det oppnås maktomfordeling, samt anerkjenne pasientenes kompetanse på seg selv. Prinsippene overlapper hverandre ved at medvirkning forutsetter maktomfordeling, og medvirkning og maktomfordeling forutsetter at pasientens kompetanse på seg selv anerkjennes (Tveiten et al., 2015). Prosessen handler med andre ord om å gi pasientene økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse. I studien til Park og Sung (2013) skriver de at det har vært mye diskusjon om det er behov for å styrke empowerment hos voksne personer med schizofreni, og flere studier (Hasan & Musleh, 2017; Ivezić et al., 2017) konkluderer med at det er det.

1.3.3 Recovery og miljøterapi

Ordet recovery er engelsk og henspiller på prosessen med å komme seg fra noe til noe annet, eller å gjenvinne noe som er tapt (Gonzalez, 2021a, s. 440). I Norge har recovery-begrepet blitt oversatt til bedrings- eller mestringsstrategier, men ofte brukes bare recovery. Det finnes ingen kort og universell definisjon av recovery, men det handler om enkeltpersonen og dens innsats i å utvikle et meningsfullt liv. Dette skjer alene eller i samarbeid med helsepersonell, pårørende eller andre betydningsfulle personer. Personlig recovery handler om å styrke håp, finne mening med livet og å utvikle en positiv identitetsfølelse som går utover det å bare tenke på seg selv som en med en psykisk lidelse. Prosessen innebærer at helsepersonell skal støtte pasienten til å oppnå økt deltakelse, sosial tilhørighet og empowerment (Hasan & Musleh, 2017).

Miljøterapi er en vesentlig del av behandlingen for pasienter innlagt i psykisk helsevern. Det er både en måte å organisere en terapeutisk virksomhet på, og en kontekst hvor styrking av empowerment foregår. Miljøterapi kan ha individuelle, familieorienterte, grupperelaterte eller nettverksorienterte tilnærminger, hvor man vektlegger ulike samtale-, samvær- og samhandlingssituasjoner (Gonzalez, 2021a, s. 362).

1.3.4 Sykepleiers pedagogiske rolle og veiledende funksjon

Helsetjenesten er under et paradigmeskifte, som innebærer en systematisk endring i måten man tenker på. Man går bort fra å kun fokusere på behandling av akutt sykdom, og over til mer fokus på å fremme helse og egenmestring hos mennesker som lever med kronisk sykdom. Denne endringen medfører også et rolleskifte, hvor pasientene får en mer aktiv og ansvarlig rolle, og dermed går sykepleieren fra en ekspertrolle over til en mer undervisende og veiledende rolle (Kristoffersen, 2017b, s. 350). For pasienter kan sykepleieren være en samtalepartner som kan informere, støtte og hjelpe med å ta valg basert på deres egne verdier og mål.

Et sentralt mål for sykepleiere som jobber innen psykisk helsevern, er å bidra til at pasienten mestrer livet med psykisk sykdom. Undervisning og veiledning er en grunnleggende sykepleiefunksjon som rettes både mot pasienter og pårørende. Dette for å tilfredsstille behovet for kunnskap og forståelse, som er et grunnleggende element for å ivareta egen helse (Kristoffersen, 2017b, s. 249). Pedagogiske intervensjoner som påvirker pasientenes holdninger og oppfattelse av egen sykdom, vil sannsynligvis ha viktige konsekvenser for psykososial rehabilitering og recovery-orienterte helsetjenester (Park & Sung, 2013). Ofte brukes begrepet «psykoedukasjon» når pasienten undervises i egen sykdom. Undervisningen innebærer å videreformidle kunnskap om symptomer, behandlingsformer og hva pasienten selv kan gjøre for å avverge tilbakefall og nye alvorlige perioder (Gonzalez, 2021a, s. 368). Hensikten er å gi pasientene realistiske forventninger i forhold til prognosen, samt bedre bruken av mestringsstrategier og ressurser. Psykoedukasjon kan utføres individuelt, med pårørende eller i gruppe med andre pasienter med tilsvarende sykdom.

1.3.5 Stress og mestring

Stress er en uspesifikk betegnelse på ulike typer belastninger mennesker utsettes for, både fysiologisk og psykologisk. Fra engelsk har man ordet «stressor» som oversatt blir «en påkjenning». Påkjenninger krever ofte aktiv problemløsning, og mange situasjoner krever også at man må tilpasse seg fysisk, kognitivt, følelsesmessig og sosialt. Nyere forskning viser at det i mindre grad er fysiske påkjenninger som er årsaken til stressreaksjoner, men derimot psykososiale belastninger (Kristoffersen, 2017a, s. 239).

Mestring handler om å ha motstandskraft i møte med belastende livssituasjoner. Det kan forstås som å ha tilgang til kunnskap, ferdigheter og ressurser, samt evnen til å bruke de. En kan altså si at mestring er summen av ressurser og handlingene som gjøres for å kontrollere indre og ytre påkjenninger (Tveiten, 2021, s. 22). Mestring tolket som sosialt kapital, refererer til hva som finnes av ressurser i forhold til verden rundt oss. Det kan være materielle ressurser, som penger eller fysiske ting, eller det kan være immaterielle ressurser som for eksempel familie eller det sosiale nettverket en har (Tveiten, 2021, s. 23). Psykologene Lazarus og Folkman beskrev sammenhengen mellom stress og mestring som at fenomenet stress oppstår når en mening forstyrres eller forandres. Hva man gjør for å håndtere forandringen, kalles mestring (Tveiten, 2021, s. 23). Videre skriver de at mestring innebærer primær og sekundær vurdering. Primær vurdering handler om å vurdere hva som skjer i situasjonen, mens sekundær vurdering viser til vurdering av mestringsmuligheter og mestringsstrategier (Tveiten, 2021, s. 24).

I sammenheng med stress og mestring er det også relevant å trekke inn omsorgsteorien til Patricia Benner og Judith Wrubel. Benner og Wrubel baserer sine synspunkter på Lazarus og Folkmans teorier og overfører de til sykepleien, som er nyttig i forståelsen av mestring av sykdom. Omsorgsteorien forteller at opplevelsen av stress oppstår når en person står i fare for å miste noe som er betydningsfullt for vedkommende (Benner & Wrubel, 2013, s. 84). Mestring er det en gjør for å overvinne dette stresset. Stress og mestring kan altså ses på som to vektskåler på en balansevekt. En av antakelsene til Benner og Wrubel er at omsorg er den essensielle forutsetningen for mestring (Benner & Wrubel, 2013, s. 24). Forfatterne kommer ikke med en spesifikk oppskrift på hvordan sykepleieren skal hjelpe pasienten til å mestre stress, men hevder at en må ta utgangspunkt i pasientens situasjon. Gjennom å være omsorgsfull kan sykepleieren hjelpe pasienten med å finne mening i situasjonen. Det overordnede målet for sykepleien er å hjelpe og styrke pasienten til å bli hva han eller hun ønsker å være (Benner & Wrubel, 2013, s. 85-86).

1.4 Formål og problemstilling

Vi ønsker å undersøke hvordan sykepleiere kan styrke empowerment hos voksne med schizofrenilidelse innlagt i psykisk helsevern. Hypotesen vår er at konkrete empowerment-intervensjoner vil kunne bedre recovery-prosessen og dermed føre til færre reinnleggelse. Gjennom systematiske søk vil vi finne eksisterende forskning med intervensjoner for å styrke empowerment, og knytte dette opp til relevant teori i diskusjonskapittelet. Med utgangspunkt i dette kom vi fram til problemstillingen:

«Hvilke sykepleieintervensjoner kan styrke empowerment hos pasienter med schizofreni innlagt i psykisk helsevern?»

Kapittel 2 Metode

I dette kapitlet beskrives først metoden vi har brukt. Deretter forklares søkeprosessen, med inklusjons- og eksklusjonskriterier, for å finne relevante vitenskapelige artikler. Til slutt vurderes og analyseres artiklene for å vise relevansen i forhold til problemstillingen.

2.1 Beskrivelse av metode

Oppgaven er en systematisk litteraturstudie, som vil si at en problemstilling besvares med bakgrunn i innhentet data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, s. 207). Et grundig søk og analyse av litteraturen fører til ny innsikt, som kun er mulig når all litteraturen er gjennomgått som en helhet (Aveyard, 2019, s. 2).

Litteraturstudier er viktige fordi de sammenfatter forskning på et tema. Videre kan de gi et bredt spekter av opplevelser fra både helsepersonell og pasienter, noe som er en fordel (Dalland, s. 211).

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Populasjon	Pasienter over 18 år. Pasienter med schizofreni eller andre psykoselidelser.	Pasienter under 18 år. Pasienter med andre psykiske lidelser.
Språk og land	Språk: Norsk, engelsk, svensk, dansk	
Tidsavgrensning	Fra år 2013-2023	Artikler fra før 2013
Tilgjengelighet	Fulltekst	Kun sammendrag

2.3 Søkehistorikk

Søkeprosessen foregikk fra 10.04.23 til 18.04.23. Vi startet med å finne relevante synonymmer til søkeordene våre ved hjelp av nettsiden MeSH (Medical Subject Headings). Da kom vi frem til søkeordene som er presentert i konsepttabellen (tabell 2), og som er anvendt videre i søkeprosessen. Vi har brukt to ulike bibliografiske databaser med helsefaglig fokus for å finne forskningsartikler: CINAHL og PubMed. Dette sikret oss et bredt utvalg av ny og empirisk forskning.

På CINAHL søkte vi først med søkeordene «empowerment OR empowering OR empower» AND «schizophrenia OR schizophrenic disorder» AND «self-management OR self-care OR cope OR coping». Dette ga 23 treff, og ut ifra de valgte vi 1 artikkel. Deretter valgte vi å fjerne «self-management OR self-care OR cope OR coping» fra søket. Da fikk vi opp 52 treff, og valgte oss ut 3 artikler.

Vi søkte så i databasen PubMed med søkeordene «empowerment OR empowering OR empower» AND «schizophrenia OR schizophrenic disorder» og fikk 34 treff. Her ifra valgte vi 2 artikler vi tenker er relevante til vår oppgave. *Tabell 3 Søketablell* viser mer oversiktlig søkene vi gjorde og treff vi fikk. *Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier* viser avgrensninger som ble tatt med i søkene i begge databasene.

Vi har også inkludert to artikler som håndسøk, hvor begge er hentet fra SveMed+ med utgangspunkt i et systematisk søk. Ettersom databasen ikke lengre oppdateres valgte vi å legge disse artiklene som håndسøk. Artiklene og søket er derfor ikke inkludert i søketablell (tabell 3), men er inkludert i artikkelmatrisen (tabell 5).

Tabell 2 Konsepttablell

Konsept 1	Konsept 2	Konsept 3
Maktoverføring / Myndiggjøring	Schizofreni	Egenmestring / Mestring
Empowerment / Empower / Empowering	Schizophrenia / Schizophrenic disorder	Self-management / Self-care Coping / Cope

Tabell 3 Søketablell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
CINAHL	10.04.23 – 18.04.23	S1	Empowerment or empowering or empower		33 006	
		S2	Schizophrenia or schizophrenic disorder		37 035	
		S3	Self-management or self-care or cope or coping		147 636	
		S4	S1 AND S2 AND S3	Publisert: 2013-nå Engelsk, norsk, dansk og svensk Fagfelleurdert	23	1 (A)
		S5	S1 AND S2		52	4 (B, C, D)

PubMed	10.04.23 – 18.04.23	S1	Empowerment or empowering or empower		38 586	
		S2	Schizophrenia or "schizophrenic disorder"		161 395	
		S3	S1 AND S2	Publisert: 2013-nå Engelsk, norsk, dansk og svensk Full tekst	34	1 (E)

Inkluderte artikler:

- A.** Mahone, I. H., Maphis, C. F., & Snow, D. E. (2016). Effective Strategies for Nurses Empowering Clients with Schizophrenia: Medication Use as a Tool in Recovery. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(5), 372–379. <https://doi-org.proxy.helsebiblioteket.no/10.3109/01612840.2016.1157228>
- B.** Park, S. A., & Sung, K. M. (2013). The Effects on Helplessness and Recovery of An Empowerment Program for Hospitalized Persons with Schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49(2), 110–117. <https://doi-org.proxy.helsebiblioteket.no/10.1111/ppc.12002>
- C.** Hasan, A., & Musleh, M. (2017). The impact of an empowerment intervention on people with schizophrenia: Results of a randomized controlled trial. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(3), 212–223. <https://doi.org/10.1177/0020764017693652>
- D.** de Jager, A., Rhodes, P., Beavan, V., Holmes, D., McCabe, K., Thomas, N., McCarthy-Jones, S., Lampshire, D., & Hayward, M. (2016). Investigating the Lived Experience of Recovery in People Who Hear Voices. *Qualitative Health Research*, 26(10), 1409–1423. <https://doi-org.proxy.helsebiblioteket.no/10.1177/1049732315581602>
- E.** Ivezić, S. Š., Sesar, M. A., & Mužinić, L. (2017). Effects of a Group Psychoeducation Program on Self-Stigma, Empowerment and Perceived Discrimination of Persons with Schizophrenia. *Psychiatria Danubina*, 29(1), 66–73.

2.4 Vurdering

Vi har brukt Register over vitenskapelige publiseringskanaler (u.å.) for å undersøke validiteten av publiseringskanalene som artiklene er postet i. Alle var vurdert til nivå 1 eller 2, som vil si at de er kvalitetssikret. Vi har også brukt Helsebibliotekets sjekklister for litteratursøk (Helsedirektoratet, 2016), for å bedømme om artiklene var relevante for problemstillingen vår.

Forskningen presentert i denne oppgaven er av både kvalitativ og kvantitativ metode. De kvantitative studiene gir oss målbare resultater og funn fra større grupper mennesker (Dalland, 2020, s. 52). De kvalitative studiene, på sin side, gir oss funn i form av meninger og opplevelser fra pasienter og helsepersonell. Dette sikrer at vi også får med relevant data som ikke kan måles eller tallfestes (Dalland, 2020, s. 52).

2.5 Analyse

Analyse handler om å finne ut hva datamaterialet har å fortelle (Dalland, 2020, s. 229). Vi har valgt å ta utgangspunkt i de fire fasene i Evans analysemodell; finne forskningsartikler, identifisere nøkkelfunn, finne temaer på tvers av artiklene og utvikle en beskrivelse av temaene (Evans, 2002).

I den første fasen gjennomførte vi et systematisk litteratursøk med inklusjons- og eksklusjonskriterier, og valgte deretter ut fem forskningsartikler fra treffene. I den andre fasen leste vi artiklene hver for oss, før vi diskuterte dem og lagde en artikkelmatrise (tabell 5). I den tredje fasen vurderte vi de fem artiklene opp mot hverandre og sorterte funn inn i passende kategorier (tabell 4). I den siste fasen skildret vi de ulike funnene i forhold til kategoriene (Evans, 2002). Dette blir presentert i kapittel 3 om resultater.

Tabell 4 Kategorisering av tema etter Evans analysemodell

Tema	Artikkel
Anerkjennelse og relasjonsbygging	B, F, G
Medvirkning og maktbalanse	A, D, F, G
Psykoedukasjon	A, B, C, D, E, G
Å bruke ressursene sine	A, B, C, D, E, F, G

Kapittel 3 Resultater

I dette kapittelet presenteres først artiklene deskriptivt i en artikkelmatrise. Deretter blir resultatene fra de ulike artiklene sammenfattet i kategorier, og de sammenfattede resultatene er denne oppgavens nye funn.

3.1 Artikkelmatrise

Tabell 5 Artikkelmatrise

A: Hasan & Musleh, (2017). Jordan.	
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke om det er forskjell mellom å få vanlig behandling (medisinering og laboratorie-undersøkelser) alene, eller vanlig behandling pluss en empowerment-intervensjon.
Metode	En randomisert kontrollert studie (RCT). Medvirkende i studien var 112 deltakere som var 18 år og eldre, hvor alle hadde blitt diagnostisert med en schizofrenilidelse. Intervensjonsgruppen deltok i et psykoedukasjonsprogram som varte i seks uker med én økt i uka. Programmet inkluderte brosjyrer med informasjon og muntlig diskusjon.
Resultat	Studien viste at empowerment-intervensjonen bidro til å redusere følelsen av hjelpeløshet og psykiske symptomer, og samtidig bedret recovery og livskvalitet. I psykoedukasjonsprogrammet ble deltakerne blant annet undervist i hvordan de kan anvende hjelpeapparatet, familien og det sosiale nettverket som ressurser.
Kommentar/ relevans	Studien viste at å inkludere brosjyrer med informasjon som en del undervisningen, var med på å styrke empowerment hos pasientgruppen. Hvilke temaer som ble diskutert i undervisningen og hvordan pasientene vurderte seg selv, kan brukes som utgangspunkt for lignende intervensjoner i Norge. Forfatterne mente at resultatene var tilfredsstillende, og at intervensjonen enkelt kan innføres i psykisk helsevern eller som en del av psykososial terapi.
B: Mahone et al., (2016). USA.	
Hensikt	Hensikten med studien var å vise strategier som sykepleiere bruker for å øke samarbeidet med pasienter med schizofreni i forbindelse med medisinering, og for å få pasientene til å gjennomføre behandlingen.

Metode	Case-study med forankringer i virkelige situasjoner. Casen viser hvordan psykoedukasjon og brukermedvirkning kan implementeres i behandlingsforløpet til en person med schizofreni.
Resultat	Studien belyser først viktigheten av at pasienter har medbestemmelsesrett og tar del i beslutninger som angår behandlingen. Deretter viser den til metoder som skal bidra til at pasientene gjennomfører behandlingen.
Kommentar/ relevans	Beskriver sykepleierens rolle og viktige aspekter i relasjonsarbeidet for å styrke empowerment. Viser også hvordan pasienten kan ta mer del i behandlingen og recovery.
C: Park & Sung, (2013). Sør-Korea.	
Hensikt	Hensikten med studien var å evaluere effekten av et psykoedukasjonsprogram med fokus på empowerment, for innlagte pasienter med kronisk schizofreni.
Metode	Kvantitativ studie. Totalt 46 pasienter med kronisk schizofreni fra tre ulike psykiatriske sykehus. 23 pasienter deltok på et 60 minutters program i grupper, to ganger i uka i seks uker. De 23 andre var kontrollgruppe.
Resultat	Viste at empowerment-fokusert undervisning og veiledning styrket håpet og økte indre styrke hos pasienter med kronisk schizofreni. Pasientene som deltok, opplevde bedre recovery og mindre hjelpeløshet sammenlignet med kontrollgruppen.
Kommentar/ relevans	Studien beskriver hvordan undervisningen foregikk, hvilke temaer som ble diskutert og hvordan pasientene vurderte seg selv. Forfatterne skriver at programmet har potensial til å bli implementert i psykiatriske sykehus. Programmet som er blitt brukt her kan brukes som utgangspunkt for lignende intervensjoner i psykisk helsevern i Norge.
D: de Jager et al., (2016). Australia.	
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke hvordan personer med schizofreni og stemmehøring opplevde recovery.
Metode	Kvalitativ studie. Semistrukturerte intervjuer av 11 personer med schizofreni eller andre psykoselidelser.
Resultat	Deltakerne fortalte om sine erfaringer med stemmehøring, og hvilke mestringsstrategier de brukte for å håndtere stemmene. Forfatterne konkluderte med to ulike typer mestringsstrategier:

	<p>a) «turning towards»: innebar å bygge stemme-spesifikke ferdigheter, integrere stemmene inn i dagliglivet og bearbeide identiteten. Pasientene som brukte denne strategien opplevde at stemmene ble mer positive.</p> <p>b) «turning away»: innebar å utnytte alle tilgjengelige ressurser for å ignorere stemmene. Pasientene som benyttet seg av denne strategien vektla at medisinerer bidro til mindre stemmehøring.</p>
Kommentar/ relevans	<p>Flere av pasientene understreket viktigheten av å bruke ressursene sine og å ha noe meningsfullt å gjøre i hverdagen. Likevel opplevde noen at å bruke ressursene sine ikke var til noe nytte når stemmehøringen ble for intens.</p> <p>De anvendte mestringsstrategiene kan brukes som en del av undervisningen av pasienter i Norge for å vise hva som har fungert for andre.</p>
E: Ivezić et al., (2017). Kroatia.	
Hensikt	<p>Hensikten med studien var å undersøke om psykoedukasjon (basert på prinsipper om recovery og empowerment ved hjelp av terapeutiske gruppefaktorer) bidrar til å øke empowerment, og redusere selvstigma og følelsen av diskriminering hos pasienter med schizofreni.</p>
Metode	<p>Kvantitativ studie.</p> <p>40 pasienter deltok som en gruppe i et psykoedukasjonsprogram og ble sammenlignet med en kontrollgruppe på 40 pasienter. Programmet besto av 12 økter over 3 måneder.</p>
Resultat	<p>Pasientene som deltok i psykoedukasjonsprogrammet, følte på mindre selvstigma enn kontrollgruppen, men opplevde ingen endring i følelsen av diskriminering.</p> <p>Empowerment økte både for intervensjonsgruppen og kontrollgruppen.</p> <p>Forfatterne mener dette indikerer at vanlig behandling alene, men også at vanlig behandling i tillegg til psykoedukasjon i gruppe, har en positiv effekt på empowerment.</p>
Kommentar/ relevans	<p>Studien belyser viktigheten av undervisning i selvstigma som en del av recovery-prosessen hos pasienter med schizofreni, og viser til positive effekter av gruppeterapi.</p> <p>Den er også relevant som motargument i drøfting rundt effekten av psykoedukasjonsprogrammer for å styrke empowerment hos pasienter med schizofreni.</p>
F: Tveiten et al., (2015). Norge.	
Hensikt	<p>Hensikten med studien var å fremskaffe kunnskap om fagpersoners meninger om, og erfaringer med, å praktisere empowerment. Studien fokuserer på fagpersoners refleksjoner over egen praksis.</p>

Metode	Kvalitativ metode. Fokusgruppeintervju med kvalitativ innholdsanalyse. Deltakerne i studien var 13 fagpersoner ansatt på DPS i Norge, som alle hadde jobbet minst ett år innenfor psykisk helsevern.
Resultat	Studien viste at ytre struktur og forutsigbarhet er nødvendig for å skape trygge rammer rundt pasienten. Pasientmedvirkning og maktbalanse blir trukket frem som viktig for å fremme empowerment. Videre har kunnskap om pasienten og holdningene til de ansatte stor betydning. Kort behandlingstid og tidspress er utfordrende for praktiseringen av empowerment.
Kommentar/ relevans	Norsk studie som fokuserer på helsepersonell sitt perspektiv på praktisering av empowerment. Konkluderer med at empowerment i praksis kan være lettere sagt enn gjort. Helsepersonell skal legge til rette for medvirkning og ta hensyn til pasientenes behov, men samtidig handle kunnskapsbasert og følge avdelingens regler og rutiner.
G: Tveiten et al., (2011). Norge.	
Hensikt	Hensikten med studien var å få kunnskap om pasienters syn på, og opplevelser av, empowerment i en psykiatrisk kontekst. Dette kan muligens bidra til å videreutvikle en praksis basert på empowerment.
Metode	Kvalitativ metode. Fokusgruppeintervju med kvalitative analyser av innholdet. Totalt 14 pasienter med ulike psykiske lidelser, fra to ulike psykiatriske sykehus, ble intervjuet.
Resultat	Tre hovedtema ble tatt opp i artikkelen: 1. Pasientens muligheter og forutsetninger for deltakelse 2. Systemets påvirkning på empowerment-prosessen 3. Maktesløshet versus empowerment Tidsbegrensning og hvordan helsetjenesten er bygd opp er begge barrierer for empowerment-styrking. Pasientene opplever rutiner og regler som overkjørende, som blir det motsatte av hva empowerment går ut på.
Kommentar/ relevans	Norsk studie, utført på psykiatrisk sykehus. Relevant for å få med pasienters perspektiv på, og opplevelse av, empowerment-praktisering. Funnene og tolkningene viser blant annet at undervisning, tilrettelegging, medvirkning og anerkjennelse er viktige forutsetninger for empowerment.

3.2 Sammenfattede resultater

3.2.1 Anerkjennelse og relasjonsbygging

I studien til Tveiten et al. (2011) understreket pasientene viktigheten av ekte anerkjennelse fra helsepersonellet, ikke bare anerkjennelse fordi pasientene har «rett til det». Å bli anerkjent som ekspert på eget liv og følelser, ga pasientene økt selvtillit og gjorde det lettere å medvirke i egen behandling. Park og Sung (2013) poengterer at god støtte fra helsepersonellet under behandlingen kan øke håpet om en meningsfull og varig recovery, som igjen kan redusere risikoen for reinnleggelse.

Flere av artiklene peker på organisatoriske forhold som gjør det utfordrende å praktisere empowerment. Park og Sung (2013) og Tveiten et al. (2015) skriver begge at kort behandlingstid og tidspress er et hinder. Pasientene trenger tid og tilrettelegging for å kunne medvirke i egen recovery, noe som krever tilstrekkelig med bemanning og ressurser, samt god miljøterapi (Tveiten et al., 2011). Flere av deltakerne i studien til Tveiten et al. (2015) påpekte at ytre struktur og forutsigbarhet vil være nødvendig for å skape trygge rammer og dempe symptomer hos pasientene.

3.2.2 Medvirkning og maktbalanse

Pasientmedvirkning og maktbalanse mellom pasient og helsepersonell, blir i tre av artiklene, belyst som viktig for å fremme empowerment (Tveiten et al., 2011; Tveiten et al., 2015; Mahone et al., 2016). Pasienten er ikke en mottaker av behandling, men en deltaker i behandlingen (Tveiten et al., 2011). Mahone et al. (2016) refererer til en studie som viste at selv om 85% av pasienter ønsket å bli spurt om sin mening og få svaralternativer vedrørende behandlingen, ville 64% av disse pasientene at helsepersonellet skulle ta den endelige avgjørelsen. En av fagpersonene som ble intervjuet i studien til Tveiten et al. (2015) sa «... man trenger ikke være enig, men det er viktig å være ærlig, og heller forklare hvorfor man har en annen mening».

Tveiten et al. (2015) skriver at pasientene har en lovfestet rett til medvirkning, men dersom det er uoverensstemmelse, har helsepersonellet siste ord. Pasientene har dessuten kun medvirkning i egen behandling, og ikke på systemnivå. De Jager et al. (2016) peker på viktigheten av at pasientene bør få velge egen mestringsstrategi. Forskning har vist at pasienter kan endre mestringsstrategier etter hvert, ut ifra hva de har kapasitet til. Studien til Tveiten et al. (2011) avdekket at pasientene ikke alltid forsto hva de kunne delta i og ikke.

3.2.3 Psykoedukasjon

Nesten alle forskningsartiklene trekker frem undervisning og veiledning av sykdommen, psykoedukasjon, som en viktig intervensjon for å styrke empowerment. I studien til Tveiten et al. (2011) forteller en av deltakerne at for å kunne delta i egen behandling, må en vite *hva* man kan delta i og *hvordan* man deltar.

Tre av studiene undersøkte effekten av psykoedukasjonsprogrammer. Park og Sung (2013) konkluderte i sin studie med at empowerment-intervensjoner fører til mindre opplevd hjelpeløshet og økt indre styrke hos personer med kronisk schizofreni etter utskrivelse og ved 12 måneders oppfølging. I studien til Hasan og Musleh (2017) kom også de frem til at empowerment-intervensjonen reduserte hjelpeløshet, samt symptomtrykk, ved endt undervisning og ved oppfølging 3 måneder senere. Å få nøyaktig informasjon om sykdommen sin, kan ha gitt pasientene bedre innsikt og hjulpet dem til å utvikle mestringsstrategier. Ivezić et al. (2017) konkluderte med at undervisning om sykdommen og stigma som en del av recovery-prosessen, bidrar til å minske selvstigma og kan øke empowerment.

Mahone et al. (2016) poengterer at psykoedukasjon er en empowerment-intervensjon som pasienter med schizofreni vil ha effekt av. Pasientene må utvikle ferdighetene sine for å klare å håndtere de medikamentelle, sosiale og emosjonelle aspektene ved sykdommen. Hvis helsetjenesten tar utgangspunkt i recovery-prosessen, kan det bidra til at pasientene vil mestre sykdommen i det lange løp, istedenfor å bare redusere symptomene her og nå. Videre skriver de at familiepsykoedukasjon har vist seg å bedre medisinnoppfølging, samt redusere stress for både pasienter og familiemedlemmer. Familiepsykoedukasjon innebærer å gi familiemedlemmene informasjon om sykdommen, mestringsferdigheter og emosjonell støtte (Mahone et al., 2016).

I studien til de Jager et al. (2016) hadde deltakerne lært seg to ulike mestringsstrategier. «Turning away»-strategien gikk ut på å ignorere stemmene og ta avstand fra dem. Deltakerne som brukte denne strategien, måtte ty til medisiner for å lette symptomtrykket. Deltakerne som brukte «turning towards»-strategien konfronterte stemmene, snakket med dem og klarte etter hvert å inkludere de som en del av hverdagen på en positiv måte.

3.2.4 Å bruke ressursene sine

For å ivareta prinsippene i empowerment-tenkingen er det viktig at pasienten involveres gjennom dialog, medvirkning og ressursmobilisering (Tveiten et al., 2015). «Personlig medisin» har blitt rapportert å dempe angst, forvirring og andre plagsomme symptomer (Mahone et al., 2016). Begrepet refererer til ikke-farmasøytiske aktiviteter som «ga livet mening, økte selvtilliten og reduserte symptomer», som for eksempel trening, shopping

eller å være i naturen. Deltakerne i de Jager et al. (2016) sin studie fremhevet meningsfulle aktiviteter, samt venner, familie og nettverk, som viktige ressurser.

Psykoedukasjonsprogrammene til Park og Sung (2013) og Hasan og Musleh (2017) inkluderte å lære pasientene hvordan de kan bruke ressursene sine, for eksempel familien eller nettverket sitt. I studien til Tveiten et al. (2011) ønsket pasientene som ble intervjuet flere gruppeaktiviteter. Pasientene som deltok i gruppeaktivitetene, hjalp hverandre med å øke innsikten gjennom å dele problemer og reaksjoner. Ivezić et al. (2017) viser i sin studie at å identifisere seg med en gruppe med godt samhold, og som var opptatt av å lære og gi hverandre råd, ga pasientene en positiv opplevelse, reduserte selvstigma og bidro til bedre recovery.

Kapittel 4 Diskusjon

I dette kapitlet drøftes presentert teori og resultatene fra forskningsartiklene opp mot oppgavens problemstilling: «*Hvilke sykepleieintervensjoner kan styrke empowerment hos pasienter med schizofreni innlagt i psykisk helsevern?*». Vi vil også trekke inn egne praksiserfaringer. I slutten av kapitlet skriver vi om implikasjoner for sykepleie og deretter drøftes styrker og svakheter med metoden vi har brukt i denne studien.

4.1 Mulige sykepleieintervensjoner som kan styrke empowerment

4.1.1 Anerkjennelse og relasjonsbygging

Å anerkjenne er en ferdighet hvor man gir en positivt ladet verdivurdering av det noen andre gjorde godt eller riktig (Eide & Eide, 2019, s. 166). Anerkjennelse kan gis verbalt ved å for eksempel si «bra!» eller «det høres fornuftig ut», eller nonverbalt ved å for eksempel nikke, smile eller holde blikkontakt. Å motta anerkjennelse vil normalt oppleves støttende, løfte selvfølelsen og kan dessuten bidra til å redusere usikkerhet og uro (Eide & Eide, 2019, s. 167). I studien til Tveiten et al. (2011) understreket pasientene viktigheten av at helsepersonellet anerkjente dem på ekte, og ikke bare fordi pasientene har «rett til det». Å bli anerkjent som ekspert på eget liv og følelser, ga pasientene økt selvtillit og gjorde det lettere å medvirke i egen behandling (Tveiten et al., 2011). Dette er noe vi kjenner igjen fra egen praksis i psykiatrien. Pasientene responderte godt på å bli stilt åpne spørsmål rundt sine interesser, og vi opplevde at pasientene oftere henvendte seg til oss etter at man fikk en relasjon.

Å utvikle en relasjon til pasienten, er selve kjernen i det sykepleiefaglige arbeidet innen psykisk helsearbeid (Gonzalez, 2021b, s. 57). For å starte empowerment-prosessen må pasienten ha tillit til at helsepersonellet har gode intensjoner og er der for å hjelpe. Park og Sung (2013) understreker at god støtte fra helsepersonellet under behandlingen kan øke håpet om en meningsfull og varig recovery, som igjen kan redusere risikoen for reinnleggelse. Når det er sagt, kan personer med psykiske lidelser ofte ha en relasjonshistorie som er preget av omsorgssvikt, skuffelser, krenkelser, mobbing eller andre store belastninger. Dette kan føre til utfordringer med å etablere fortrolighet, noe som gjør relasjonsarbeidet både vanskelig og tidkrevende (Gonzalez, 2021b, s. 58).

I studien til Tveiten et al. (2015) påpekte noen av fagpersonene som ble intervjuet at ytre struktur og forutsigbarhet er nødvendig for å skape trygghet og dempe pasientens symptomer. For å utvikle et godt grunnlag for videre behandling, er det derfor viktig med miljøterapi. Miljøterapi handler om å tilrettelegge miljøbetingelser som relasjonsarbeid,

fysiske og estetiske forhold (Gonzalez, 2021a, s. 362). For personer med schizofreni bør miljøet blant annet være beskyttende, begrense stimuli, gjenopprette struktur og være preget av kontinuitet og fleksibilitet (Hartberg, 2021, s. 128).

På den andre siden kan miljøterapi være utfordrende. Pasientene trenger tid og tilretteleggelse for å kunne delta i egen recovery, noe som krever tilstrekkelig med bemanning og ressurser (Tveiten et al., 2011). I tillegg kan kort behandlingstid og tidspress gjøre det vanskelig å praktisere god miljøterapi (Park & Sung, 2013; Tveiten et al., 2015). En annen utfordring, er at miljøet skal tilpasses flere pasienter med ulike ønsker og behov. Et eksempel på dette så vi i egen praksis: En pasient drakk enorme mengder kaffe, noe som til slutt medførte at det ble innført faste kaffetider på avdelingen. Pasientene hadde ikke lenger kontinuerlig tilgang på kaffe, noe de fleste pasientene var misfornøyde med. De opplevde det som urettferdig, og kan ha følt på avmakt. Mer om makt i neste kapittel.

4.1.2 Medvirkning og maktbalanse

Empowerment innebærer maktfordeling, medvirkning og anerkjennelse av pasientens kompetanse på seg selv (Tveiten et al., 2015). Pasienten er ikke en mottaker av behandling, men en deltaker i behandlingen (Tveiten et al., 2011). For å oppnå maktbalanse må pasienten og helsepersonellet ha gjensidig respekt for hverandres kompetanse. Pasienten skal anses som ekspert på seg selv, mens helsepersonellet er faglige eksperter (Tveiten et al., 2015).

Pasienter har, i henhold til kapittel 3 i pasient- og brukerrettighetsloven, rett til informasjon og medvirkning (1999, § 3-2). Til tross for dette, viste studien til Tveiten et al. (2011) at pasientene ikke alltid forsto hva de kunne delta i og hvordan. At informasjon blir gitt, betyr ikke nødvendigvis at den blir forstått, noe som er utfordrende for medvirkningen. Videre skriver Tveiten et al. (2015) at dersom det er en uoverensstemmelse mellom helsepersonellet og pasienten, har helsepersonellet siste ord. Maktbalansen vil med andre ord være skjev.

På den andre siden kan medvirkning gjøre at pasienten tar valg som ikke er gunstig for egen helse. For eksempel kan pasienten bli liggende i sengen hele dagen eller ruse seg, noe som setter sykepleieren i en vanskelig situasjon. En av deltakerne i studien til Tveiten et al. (2015) sa «... man trenger ikke være enig, men det er viktig å være ærlig, og heller forklare hvorfor man har en annen mening». Mahone et al. (2016) refererer til en studie som viste at selv om 85% av pasienter ønsket å bli spurt om sin mening og få svaralternativer som gjelder behandlingen, ville 64% av pasientene at helsepersonellet skulle ta den endelige avgjørelsen.

I studien til de Jager et al. (2016) poengterer forfatterne viktigheten av at pasientene får bestemme egen mestringsstrategi. Helsepersonellet skal informere om alternativene og kan komme med anbefalinger, men det er pasienten som skal ta den endelige avgjørelsen. Regelmessig vurdering av pasienten gir bedre forutsetninger for gode anbefalinger. Forfatterne poengterer at pasienter kan endre strategi flere ganger underveis i behandlingsforløpet, og at det derfor er viktig å la de bruke mestringsstrategien som fungerer best for dem der og da.

Brukermedvirkning på system- og tjenestenivå innebærer at brukerrepresentanter involveres i arbeidet med å planlegge, iverksette og evaluere tjenestetilbudet (NAPHA, 2022). Helsepersonellet som ble intervjuet i studien til Tveiten et al. (2015) ga uttrykk for at pasientene hadde liten innflytelse på disse beslutningsprosessene. Tidligere hadde pasientene påvirkningskraft gjennom brukerforum, et møte mellom fagpersoner og pasienter. Dette tilbudet var nå avviklet ved institusjonene som var inkludert i studien. Uten brukermedvirkning kan regler og rutiner bli fastgroddede strukturer som pasientene alltid må tilpasse seg etter. Et større fokus på brukermedvirkning på system- og tjenestenivå vil derimot kunne utjevne maktbalansen og bedre kvaliteten i tjeneste (Tveiten et al., 2015).

På den andre siden er det, som nevnt tidligere, vanskelig å tilrettelegge et miljø som passer for alle pasienter. Regler og rutiner er med på å lage trygge og forutsigbare rammer, noe som kan dempe symptomtrykket hos pasienter med schizofreni. Imidlertid blir regler og rutiner ofte legitimert ved å være til «pasientens beste», men man kan stille spørsmål ved om hensikten egentlig er å gi personalet oversikt og forutsigbarhet (Tveiten et al., 2015).

4.1.3 Psykoedukasjon

Psykoedukasjon er en metode innen miljøterapi, og er en form for behandling hvor pasienter undervises i egen sykdom. Undervisning og veiledning er en intervensjon i empowerment-prosessen (Tveiten, 2021, s. 97). Man skal som sykepleier tilrettelegge for at pasienten blir mest mulig i stand til å ta kontroll over faktorer som berører livet deres. Å skaffe innsikt i utfordringene sine, utvikle kompetanse på sykdommen og få verktøy til å mestre den, er alle viktige tiltak for å oppnå mestring og atferdsendringer. Dette vil bidra til å øke forståelse av egen helsesituasjon (Hauken, 2020, s. 191).

En deltaker i studien til Tveiten et al. (2011) påpekte at for å kunne delta i sin egen behandling, så må en vite *hva* man kan delta i og *hvordan* man deltar. Imidlertid kan pasienter med schizofreni ha problemer med å motta psykoedukasjon. Positive og negative symptomer, samt bivirkninger av medisiner, kan gjøre det utfordrende å

konsentrere seg. Vi tenker derfor at oppstart av psykoedukasjon vil være aktuelt like før utskrivelse, når pasienten har lavere symptomtrykk og høyere tillit til helsepersonellet.

Tre av de inkluderte studiene i denne oppgaven, har anvendt psykoedukasjonsprogrammer som en intervensjon for å styrke empowerment. Studiene til Park og Sung (2013) og Hasan og Musleh (2017) tok begge utgangspunkt i samme empowerment-program, med en varighet på seks uker. Park og Sung (2013) sin studie var rettet mot innlagte pasienter, mens Hasan og Musleh (2017) sin studie foregikk poliklinisk. Begge studiene viste at pasientene i intervensjonsgruppen, målt ut ifra Modified Learned Helplessness Scale (Vedlegg 1), opplevde mindre hjelpeløshet sammenlignet med kontrollgruppen. I tillegg skriver Hasan og Musleh (2017) at pasientene var mer optimistiske for recovery og hadde bedre holdninger til antipsykotika enn kontrollgruppen.

På den andre siden viste studien av Ivezić et al. (2017) at psykoedukasjonsprogrammet som ble brukt, ikke ga en signifikant økning av empowerment hos intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen. Dette programmet var imidlertid annerledes utformet enn de to overnevnte studiene. I tillegg foregikk dette programmet over 12 uker og var rettet mot polikliniske pasienter. Dersom et empowerment-basert psykoedukasjonsprogram skal benyttes som en sykepleieintervensjon i fremtiden bør det, basert på resultatene, ta utgangspunkt i strukturen til Park og Sung (2013) og Hasan og Musleh (2017). Dette programmet ga best resultater til tross for kortere varighet, noe som også er gunstig med tanke på behandlingstid og tidspress i helsevesenet.

Studien til Hasan og Musleh (2017) var den eneste som brukte brosjyrer som en del av psykoedukasjonsprogrammet. Det kan ha vært en fordel at pasientene fikk informasjonen skriftlig i tillegg til muntlig, fordi det å stimulere flere sanser samtidig kan fremme læring (Tveiten, 2021, s. 158). I fremtiden tenker vi derfor at det kan være interessant å undersøke bruken av flere virkemidler samtidig i psykoedukasjon, som for eksempel brosjyre, film eller lydbok.

Benner og Wrubel (2013) beskriver at opplevelsen av stress oppstår når en person står i fare for å miste noe som er betydningsfullt for vedkommende. For eksempel kan vrangforestillinger være en form for stress, fordi personen står i fare for å miste kontroll over virkeligheten. Videre beskriver de at mestring er det som skal til for å overvinne dette stresset (Benner & Wrubel, 2013, s. 84). Sykepleieren bør med andre ord undervise pasientene i mestringsstrategier som kan brukes for å håndtere for eksempel økt symptomtrykk.

I studien til de Jager et al. (2016) ble deltakerne kategorisert ut ifra hvilken mestringsstrategi de brukte. Den første strategien var «turning away», som gikk ut på å

ignorere stemmene og ta avstand fra dem heller enn å inkludere dem. Pasientene med denne strategien brukte mye krefter på å distrahere seg fra stemmene, noe som etter hvert gjorde dem utslitt og fortvilet. Utmattelsen gjorde igjen at stemmehøringen ble verre, og de kjente først på bedring etter at de var blitt godt medisinert. Den andre strategien var «turning towards», som handlet om å konfrontere stemmene og akseptere at de er der. Deltakerne som brukte denne mestringsstrategien, hadde blitt fortalt at det er fullt mulig å leve et tilfredsstillende liv med stemmehøring. Flere opplevde etter hvert stemmene som verdifulle, men likevel pågående. «Turning away» strategien kan fungere i en kortere periode frem til pasienten er tilstrekkelig medisinert, mens «turning towards» muligens vil fungere best over tid. Erfaringene fra disse pasientene kan brukes i veiledningen av andre pasienter med schizofreni som en del av psykoedukasjonen.

Psykoedukasjon kan utføres individuelt, med pårørende eller i gruppe med andre pasienter. de Jager et al. (2016) indikerte at det er behov for å skifte fra den tradisjonelle behandlingsmåten med kun fokus på individet, til at man inkluderer familien og det sosiale nettverk mer, samt hjelpe pasientene i sosiale settinger. For å kunne inkludere familie og venner i behandlingen, er det viktig at de blir ansett som en god ressurs, og at de får veiledningen de trenger for å kunne bistå.

Som sykepleier har man ikke bare ansvar for pasienten, men også for å støtte og avlaste de pårørende. Mahone et al. (2016) skriver at familiepsykoedukasjon anbefales som en intervensjon for pasienter med schizofreni. Det går ut på å informere pårørende om pasientens sykdom og mestringsstrategier, samt å støtte de emosjonelt. Studier viser at dette fører til bedre medisinoppfølging og redusert stress for både pasienten og familien (Mahone et al., 2016). I TV-serien «Stemmene i hodet» sa den ene medvirkende at «... jeg har mye kontakt med foreldrene mine, spesielt mamma. Når jeg har vært veldig langt nede, har mamma vært en viktig støttespiller og hun har alltid vært en viktig del av livet mitt ...» (Asting, 2017, 13:23-13:36). Dette viser hvor verdifulle og viktige ressurser pårørende kan være.

Likevel skal man ikke ta for gitt at alle pasienter har en støttende familie, eller kan bruke familien som en god ressurs. Noen har ikke familie, andre har ufrivillig mistet kontakten eller har dårlig relasjon som følge av sykdommen. Det kan også være at noen pasienter ikke ønsker at pårørende skal ha innsikt i sykdommen deres. Nærmeste pårørende av pasientene har ifølge § 3-3 i Pasient- og brukerrettighetsloven, rett til å få informasjon om pasientens helsetilstand og helsehjelpen som ytes. Dersom pasienten ikke ønsker dette, samt er samtykkekompetent, skal man ikke informere pårørende (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-3).

4.1.4 Å bruke ressursene sine

Det overordnede målet for sykepleie er, ifølge Benner og Wrubel, å hjelpe og styrke pasienten til å bli hva han eller hun ønsker å være. For å kunne hjelpe pasienten til å mestre sin situasjon, må sykepleier starte med å være aktivt til stede og få en bedre forståelse av hvordan pasienten opplever sin situasjon. Videre må sykepleier hjelpe pasienten til å finne mening i situasjonen, gjennom å være med på å tolke de vesentlige aspektene som symptomer, behandling og sykdomsutvikling (Benner & Wrubel, 2013, s. 83-86). Sykepleieren skal altså være en støttespiller og en ressurs. Ressurser er alt en person har tilgang til som hjelper i en konkret situasjon eller i personens livssituasjon generelt. En kan skille mellom indre og ytre ressurser. Indre ressurser er det som er knyttet til krefter, vilje og kunnskaper, mens ytre ressurser kan for eksempel være økonomi, familie eller tilgang på helsetjenester (Gonzalez & Marriot, 2021, s.74).

Studiene til Tveiten et al. (2015) og Mahone et al. (2016) belyser viktigheten av ressursmobilisering for å styrke empowerment. Helsepersonellet må gjøre kliniske vurderinger for å kartlegge og vurdere pasientens ressurser, og på hvilken måte han eller hun best kan hjelpes. Her spiller sykepleiere en viktig rolle fordi de ofte tilbringer mer tid, og har en nærere relasjon til pasienten, enn for eksempel behandler (Mahone et al, 2016). I psykoedukasjonsprogrammene til Park og Sung (2013) og Hasan og Musleh (2017) lærte pasientene å finne ressurser og hvordan de kan anvende dem. Imidlertid fortalte noen av deltakerne i studien til de Jager et al. (2016) at selv om de prøvde å anvende alle ressursene de hadde, var det til ingen nytte når stemmehøringen ble for intens. Dette førte etter hvert til fortvilelse og utmattelse.

Et begrep som kan knyttes til ressurser er det Mahone et al. (2016) omtaler som «personlig medisin». Personlig medisin refererer til ikke-farmasøytiske aktiviteter som "gå livet mening og formål, og som tjente til å øke selvtilliten, redusere symptomer og unngå uønskede utfall som reinnleggelse" (Mahone et al., 2016). Eksempler kan være jobb, trening, shopping, turer i naturen eller å snakke i telefon. «Personlig medisin» har blitt rapportert å lindre angst, forvirring og andre plagsomme symptomer (Mahone et al., 2016). de Jager et al. (2016) beskriver lignende funn, men bruker begrepet «meningsfulle aktiviteter». Å fylle dagen med noe meningsfullt, tar fokuset vekk fra stemmehøringen og bedrer recovery (de Jager et al., 2016). Sykepleieren bør altså legge til rette for aktiviteter etter pasientens ønsker.

Imidlertid er det ikke alle aktiviteter og ønsker som kan tilrettelegges for når en er innlagt. Avdelingen kan ha begrenset med tid og ressurser, og helsepersonellet har regler de må forholde seg til. I studien til Tveiten et al. (2011) fortalte en av pasientene som ble intervjuet at vedkommende ikke fikk lov til å dekke på frokostbordet. Pasienten forsto ikke hvorfor, og opplevde at regler som dette reduserte eget initiativ. Flere av pasientene

i samme studie, uttrykte at de av og til opplevde å bli behandlet som barn. At pasientene opplever regler og rutiner som overkjørende, som strider imot kjernen av empowerment (Tveiten et al., 2011). På den andre siden er regler og rutiner viktig for struktur og kontroll i avdelingen, og bør ikke avskaffes. Vi tenker derimot at det bør være et større fokus på å informere pasientene om *hvorfor* reglene er som de er.

I studien til Tveiten et al. (2011) ønsket pasientene som ble intervjuet flere gruppeaktiviteter. De uttrykte at å dele erfaringer med andre i samme situasjon ga bedre sykdomsinnsikt, hvilket kan ses på som en ressurs i psykoedukasjonen. Vi tenker at det både kan være fordeler og ulemper med arrangert gruppeaktivitet. På den ene siden kan pasientene føle seg mindre alene, og kan oppleve blant annet samhold, aksept og tilhørighet. Dette understøttes av studien til Ivezić et al. (2017), som viste at det å identifisere seg med en gruppe som var i stand komme seg etter sykdom, reduserte selvstigma, øke empowerment og bedret recovery. Dette blir det motsatte av at pasientene identifiserer seg med den stigmatiserte gruppen «pasienter med schizofreni». På den andre siden har vi sett i egen praksis at det ved pasientfellesskap kan oppstå en «de» og «vi» kultur, der pasientene kollektivt «går» imot helsepersonellet. Pasientene kan dessuten ha både positiv og negativ innflytelse på for eksempel hverandres holdninger, sykdomsforståelse, matvalg, døgnrytme og aktivitetsnivå.

4.2 Implikasjoner for sykepleie

Funnene i denne litteraturstudien viser til at sykepleierens pedagogiske og relasjonelle ferdigheter kan ha en helsefremmende effekt på pasienter med schizofreni innlagt i psykisk helsevern. Disse ferdighetene kan også ha betydning for pasientens opplevelse av tillit i forhold til rette valg i behandlingen. For å oppnå sykepleierens funksjoner som behandling, helsefremming, forebygging, undervisning og veiledning, må sykepleieren kommunisere på en lyttende og empatisk måte og utvise gode holdninger. Funnene samsvarer med sykepleiens grunnleggende verdier og yrkesetikk, samt helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven.

Et større fokus på empowerment hos pasienter med schizofreni kan gjøre dem bedre rustet til å håndtere egen sykdom, noe som igjen kan bedre recovery-prosessen og føre til færre reinnleggelser. Her spiller sykepleiere en viktig rolle fordi det gjerne er de som tilbringer mest tid sammen med pasientene og kan ha en nærmere relasjon enn annet helsepersonell. Denne litteraturstudien kan være med på å belyse viktigheten av empowerment, og åpne opp for nye sykepleieintervensjoner i fremtiden.

4.3 Metoderefleksjon

Vi har kun brukt to databaser i våre søk; CINAHL og PubMed, og under utvelgelsen av artikler tok vi utgangspunkt i tittel og sammendrag. Dette kan ha medført at vi har gått glipp av artikler med andre resultater. Et av inklusjonskriteriene i søkene våre var at full tekst skulle være tilgjengelig. Dette har gjort at vi har kunnet lest artikler i sin helhet og dermed fått god oversikt over dem, som er en styrke.

Et annet inklusjonskriterium var at artiklene ikke skulle være eldre enn 10 år gamle. Likevel har vi valgt å inkludere en studie fra 2011, fordi vi tenker at relevansen ved at den er utført i Norge trumfer at den er to år «for gammel» i forhold til kriteriet. Vi har brukt helsebibliotekets sjekklister som et hjelpemiddel for å være sikker at de inkluderte artiklene er relevante for oppgaven. Deretter forsikret vi oss om at alle tidsskriftene som artiklene er publisert i, er kvalitetssikrede.

Vi ønsket i utgangspunktet å kun ha med studier utført i land med helsevesen som er overførbart til Norge. I forhold til søkene vi utførte var det utfordrende å finne artikler som omhandlet sykepleieintervensjoner rettet mot empowerment konkret. Vi valgte derfor å også inkludere studier fra Jordan, Kroatia og USA, da vi mener intervensjonene som ble gjennomført og resultatene i studiene er relevante for oppgaven vår. At studiene er fra ulike land kan også være en styrke, da det gir oss et større innblikk og kan indikere at det finnes fellestrekk for mennesker med samme diagnose til tross for at de kommer fra ulike miljø.

I diskusjonsdelen har vi drøftet ny og relevant teori opp mot funn i forskningsartiklene. Den samlede empirien belyste at empowerment er et viktig tema som bør forskes videre på. Vi har også inkludert Benner og Wrubel sin klassiske sykepleieteori i oppgaven. Det kan være en fordel at vi har brukt primærkilden fordi vi får lest teorien i sin originale form.

Vi har inkludert både kvalitativ og kvantitativ forskning i oppgaven. Den kvalitative forskningen ga oss funn i form av meninger og opplevelser fra personer med schizofreni og helsepersonell. Perspektivet fra begge sidene er en styrke i forhold til vår problemstilling. Den kvantitative forskningen ga oss derimot målbare resultater av hvor mange som opplevde effekt av intervensjonene. At vi har inkludert både kvalitative og kvantitative studier gjør at vi får belyst ulike aspekter av problemstillingen og får drøftet temaet på en mer nyansert måte. De sammenfattede funnene fra forskningen belyser at styrking av empowerment er et viktig tema som bør forskes videre på.

4.4 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke hvilke sykepleieintervensjoner som kan styrke empowerment hos voksne med schizofrenilidelse innlagt i psykisk helsevern. Å styrke empowerment er en prosess som tar tid, og det er vanskelig å måle graden av empowerment. Siden alle mennesker er forskjellige, vil samme intervensjoner kunne ha ulik effekt på hver enkelt. Vi har likevel, etter å ha satt funnene i forskningsartiklene opp mot pensum og praksiserfaringer, identifisert fire mulige sykepleieintervensjoner.

Den første intervensjonen er å bygge relasjon til pasientene. Dette skjer gjennom miljøterapi, aktiv lytting og anerkjennelse av pasientenes følelser og tanker. Dette vil kunne dempe symptomtrykket og gi et godt utgangspunkt for videre samarbeid.

Den andre intervensjonen er å gi pasientene mulighet til medvirkning. Det er viktig at pasientene får tilstrekkelig informasjon om hva de kan medvirke på og hvordan. Medvirkning skaper en arbeidsallianse og kan blant annet fremme mestring og motivasjon.

Den tredje intervensjonen er psykoedukasjon. Dette vil antagelig først være aktuelt når pasientene har lavt symptomtrykk og høyere tillit til helsepersonellet. Da er pasientene trolig mer mottagelige for undervisning og veiledning. At pasientene får bedre kompetanse på sykdommen og lærer mestringsstrategier, kan bidra til færre reinnleggelser.

Den fjerde intervensjonen er å hjelpe pasientene til å mobilisere egne ressurser. Sykepleiere må kartlegge pasientenes indre ressurser som krefter, kunnskaper og interesser, samt ytre ressurser som økonomi, familie og sosialt nettverk. Ressursene kan bidra til økt livskvalitet og lette på symptomtrykket. Når pasientene har tilstrekkelig med kunnskap om egen sykdom, samt ressurser til mestre den, har pasientene gode forutsetninger for å fortsette empowerment-prosessen etter utskrivelse.

Referanser

- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: A practical guide* (Fourth edition). Open University Press, McGraw-Hill Education.
- Benner, P., & Wrubel, J. (2013). *Omsorgens betydning i sygepleje: Stress og mestring ved sundhet og sykdom* (2. utg.). Munksgaard.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave). Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2019). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utgave). Gyldendal Akademisk.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *The Australian Journal of Advanced Nursing: A Quarterly Publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 20(2), 22–26.
- Folkehelseinstituttet. (2022, 25. august). Livet med schizofreni. Erfaringer fra mennesker med diagnosen. <https://www.fhi.no/publ/brosjyrer/livet-med-schizofreni.-erfaringer-f>
- Gonzalez, M. T. (2021a). Miljøterapi og tilretteleggelse av terapeutisk miljø. I *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (1. utgave, s. 361–373). Gyldendal Norsk Forlag.
- Gonzalez, M. T. (2021b). Relasjonsarbeid—Sykepleieprosessens mellommenneskelige del. I *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (1. utgave, s. 57–67). Gyldendal Norsk Forlag.
- Gonzalez, M. T., & Marriot, S. C. (2021). Kliniske vurderinger - Sykepleieprosessens problemløsende del. I *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (1. Utgave, s. 68-80). Gyldendal Norsk Forlag.
- Gunhild Astring (Regissør & foto). (2017). 4. episode [Episode i TV-serie]. I Marie Sjø (Prosjektredaktør), *Stemmene i hodet*. NRK. Hentet 22. mai 2023 fra <https://tv.nrk.no/serie/stemmene-i-hodet/sesong/1/episode/4/>
- Hartberg, C. B. (2021). Psykoselidelser. I *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (1. utgave, s. 121-129). Gyldendal Norsk Forlag.
- Hasan, A., & Musleh, M. (2017). The impact of an empowerment intervention on people with schizophrenia: Results of a randomized controlled trial. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(3), 212–223. <https://doi.org/10.1177/0020764017693652>

Helsedirektoratet (2013). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. IS-1957. Hentet 05.05.2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser>

Helsedirektoratet (2016, 3. juni). 4.1. Sjekklistor.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor>

Helsedirektoratet (2018, 30. januar). *Ledere må legge til rette for myndiggjorte pasienter og brukere*. Oslo: Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/myndiggjorte-pasienter-brukere-fagpersoner-og-team/ledere-ma-legge-til-rette-for-myndiggjorte-pasienter-og-brukere>

Kristoffersen, N. J. (2017a). Stress og mestring. I *Grunnleggende sykepleie 3* (3. utgave, s. 237–265). Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N. J. (2017b). Å styrke pasientens ressurser. I *Grunnleggende sykepleie 3* (3. utgave, s. 349–398). Gyldendal Norsk Forlag.

Lauveng, A. (2014). *I morgen var jeg alltid en løve*. Cappelen Damm.

Mahone, I. H., Maphis, C. F., & Snow, D. E. (2016). Effective Strategies for Nurses Empowering Clients With Schizophrenia: Medication Use as a Tool in Recovery. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(5), 372–379.

<https://doi.org/10.3109/01612840.2016.1157228>

NAPHA. (2022, 9. september). *Brukermedvirkning når tjenester utformes*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.

<https://napha.no/content/25017/brukermedvirkning-nar-tjenester-utformes>

Norsk helseinformatikk (2021, 20. april, a). *Årsaker til schizofreni*. Hentet 27. april 2023 fra <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/schizofreni/schizofreni-arsaker/>

Norsk helseinformatikk (2021, 20. april, b). *Schizofreni*. Hentet 27. april 2023 fra <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/schizofreni/schizofreni-oversikt/>

Norsk sykepleieforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 5. mai 2023 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-2>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-3>

Register over vitenskapelige publiseringskanaler. (u.å.). *Kanalregister*. Hentet 24. april 2023 fra <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>

Røssberg, J. I. (2022, 1. februar). Schizofreni. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 22. april 2023 fra <https://sml.snl.no/schizofreni>

Tveiten, S. (2021). *Helsepedagogikk: Helsekompetanse og brukermedvirkning* (2. utgave). Fagbokforlaget.

Tveiten, S., Onstad, R. F., & Haukland, M. (2015). Refleksjon over praksis i lys av empowerment – en fokusgruppeundersøkelse: Reflections on practice in the light of empowerment – a focus group interview study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(3), 136–143. <https://doi.org/10.1177/0107408315579812>

Ververda, J., Kornkåsa, A., Kløw Bjørntvedt, E., & Melby Egrem, L. (2013). Pasienter med schizofreni på sykehus. *Sykepleien*, 101(06), 52–55. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2013.0055>

Vedlegg

Vedlegg 1: Modified Learned Helplessness Scale

Instructions to Participant:

Please place a check in the box that most closely describes you or your feelings about yourself.

Thank you.

	<i>Strongly Agree</i>	<i>Agree</i>	<i>Disagree</i>	<i>Strongly Disagree</i>
1. No matter how much energy I put into a task, I feel I have no control over the outcome.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. I feel that my ability to solve problems is the cause of my success.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. I can find solutions to difficult problems.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. I don't place myself in situations in which I cannot predict the outcome.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. If I complete a task successfully, it is probably because of my ability.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. I have the ability to solve most of life's problems.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. When I do not succeed at a task, I do not attempt any similar tasks because I feel that I would fail them also.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. When something doesn't turn out the way I planned, I know it is because I didn't have the ability to start with.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Other people have more control over their success and/or failure than I do.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. I try new tasks if I have failed similar ones in the past.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. When I perform poorly, it is because I don't have the ability to perform better.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. I accept tasks even if I am not sure that I will succeed at them.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. I feel that I have little control over the outcomes of my work.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. I am successful at most tasks I try.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. I feel that anyone else could be better than me at most tasks.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. I am able to reach my goals in life.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. When I don't succeed at a task, I find myself blaming my own stupidity for my failure.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. No matter how hard I try, things never seem to work out the way I want them to.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. I feel that my success reflects my ability, not chance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. My behavior seems to influence the success of a work group.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

©LHS form B

