



Høgskolen i **Hedmark**

**Høgskolen i Hedmark**  
**Avdeling Kongsvinger**  
**4BACH**

Vilgun Hjørdis Dalvor Engen & Monica Nagell

Veileder: Åse Leirvik

## Bacheloroppgave i sykepleie

“Meg, meg selv og jeg” - egostyrkende sykepleie  
i møte med mennesker med schizofreni

“Me, myself and I” - egostrengthening nursing in  
meeting with people with schizophrenia

Antall ord: 13356

Basyk2013

2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA  NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA  NEI

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Schizofreni blir betegnet som en alvorlig psykisk lidelse. Dette er en sykdom som ofte inntreffer tidlig i livet, hvor det fortsatt er usikkerhet om hva som er årsaken, men fagfolk mener at det kan være en forbindelse mellom biologiske, psykologiske- og sosiale forhold (Jordahl & Repål, 2009).

**Hensikt:** I vår praksisperiode og gjennom arbeidserfaring innenfor feltet psykisk helsearbeid ser vi at egostyrkende sykepleie er et av de verktøyene som ofte brukes. Vi ønsker å fordype oss i hvordan vi kan bruke egostyrkende sykepleie for å oppnå at disse menneskene med schizofreni opplever mestring i dagliglivet. Samtidig som vi bruker egostyrkende sykepleie som vårt verktøy, vil vi inkludere menneskets integritet og verdighet på en tilfredsstillende måte, noe vi vil forsøke å vise gjennom vår oppgave.

**Metode:** Bacheloroppgaven er en litteraturstudie som bygges opp av pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, nasjonal og internasjonal forskning og erfaringer fra praksis som vi vil trekke inn.

**Resultat:** Funnene våre viser en kombinasjon av tillitt, medmenneskelighet, grensesetting og et samarbeid i felleskap skaper gode muligheter for opplevelse av mestring.

**Konklusjon:** Hovedmålet med å bruke egostyrkende sykepleie er at mennesket skal få styrket sine egofunksjoner og dermed takle dagliglivets utfordringer bedre og på denne måten opplever mestring. Vi ser vi må kombinere flere av prinsippene. Det vi må huske på er at alle individer er unike og opplever sykdom individuelt, og skal respekteres på en verdig måte. Som sykepleier er det viktig å ha gode kunnskaper innenfor egostyrkende sykepleie når man jobber med mennesker med schizofreni.

# Forord

Arnhild Lauveng (2005) skriver at:

Når jeg er liten og forsvarsløs og redd og ensom, ønsker jeg at noen ser hvordan jeg har det, er sammen med meg, viser interesse, om mulig, gir trygghet og litt omsorg. Stort vanskeligere var det egentlig ikke med de ulvene. De var bare følelser gjenkjennelige og forståelige menneskelige følelser, i forkledning. Det var alt. (s. 53)

## Innholdsfortegnelse:

<b>1.0 Innledning</b> .....	4
<b>1.1 Bakgrunn for valg av tema</b> .....	4
<b>1.2 Målet med oppgaven</b> .....	5
<b>1.3 Presentasjon av problemstilling og avgrensing</b> .....	5
<b>1.4 Begrepsavklaring</b> .....	6
<b>1.5 Oppgavens disposisjon</b> .....	7
<b>2.0 Metode</b> .....	8
<b>2.1 Litteratursøk og søkehistorikk</b> .....	8
<b>2.2 Presentasjon av forskningsartikler</b> .....	9
<b>2.3 Kildekritikk</b> .....	11
<b>2.4 Etisk vurdering</b> .....	12
<b>3.0 Mennesker med schizofreni</b> .....	13
<b>3.1 Schizofreni</b> .....	13
<b>3.2 Egopsykologi, egofunksjoner og egosvakhet</b> .....	17
<b>3.3 Å leve med schizofreni og vrangforestillinger</b> .....	18
<b>4.0 Hva er sykepleie?</b> .....	20
<b>4.1 Joyce Travelbee´s teori om sykepleie</b> .....	20
<b>4.1.1 Mestring og mening med sykdommen</b> .....	22
<b>4.1.2 Kommunikasjon og terapeutisk bruk av seg selv</b> .....	22
<b>4.2 Hummelvoll og sykepleier – pasient fellesskapet</b> .....	23
<b>4.3 Liv Strands teori og egostyrkende sykepleie</b> .....	24
<b>4.3.1 Egostyrkende prinsipper</b> .....	25
<b>5.0 «Hvordan kan vi gjennom egostyrkende sykepleie bidra til at mennesker med schizofreni og vrangforestillinger mestrer dagliglivet best mulig?»</b> .....	27
<b>5.1. Å bruke seg selv terapeutisk i møtet med mennesker med schizofreni og vrangforestillinger</b> .....	27
<b>5.1.1 Egostyrkende sykepleie som verktøy</b> .....	28
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	39
<b>Litteraturliste:</b> .....	41
<b>Vedlegg 1 Samleskjema</b>	
<b>Vedlegg 2 PICO-skjema</b>	

## 1.0 Innledning

Gjennom vår utdanningsperiode har vi tenkt på flere temaer som kunne ha vært aktuelle for en bacheloroppgave, men det endelige valget ble bestemt etter at vi hadde vært ute i praksis i psykisk helsearbeid. Psykisk helsearbeid er et tema vi begge føler er spennende, hvor menneskets sinn er fasinende og hvor vi ønsker å få et nærmere innblikk i deres verden.

For disse menneskene som lider av diagnosen schizofreni og har symptomer som vrangforestillinger oppleves alt virkelig for dem, de vil derfor være uimottagelige for motargumenter. Disse vrangforestillingene kan være vanskelig for oss å forstå fordi vi er utenfor deres «boble» og opplever verden på en annen måte. Om disse vrangforestillingene opprettholdes over tid, utvikles det til å bli en del av menneskets «psykologiske make-up» (Hummelvoll, 2012).

«Vi var på en måte berøvet en del av vårt vanlige språk, og hadde erstattet det med noe annet. Og «noe annet» var gjerne symptomer» (Lauveng, 2005, s. 55).

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Psykisk helsearbeid og felleskapet blant mennesker har interessert oss lenge før vi begynte å studere sykepleie, psykisk helsearbeid er skremmende og fornuftig på en og samme gang. Man kan ofte bli følelsesmessig utfordret når man jobber innenfor dette feltet og vi ønsker å ha et verktøy slik at vi kan være bedre «rustet» og forstå situasjoner som mennesket eventuelt måtte befinne seg i.

I praksis har vi møtt flere mennesker med diagnosen schizofreni og vrangforestillinger, og vi må innrømme at visse situasjoner har preget oss og satt sine spor når vi tenker på hvilke utfordringer de har hver dag, og kanskje hele tiden.

Bare det å skulle varme seg noe mat på ovnen kan være en stor utfordring da vi har sett at de ofte kan føle seg «overvåket», eller ute av stand til å bruke tekniske artikler da disse ofte har «overtalende» eller «skjulte beskjeder».

Vi har i vår praksis ønsket at mennesket skal fungere best mulig selvstendig, og ønsket å fremprovosere handlinger som tilsier at dette fungerer.

Det har ikke alltid vært like enkelt når mennesket ikke ønsker noen innblanding fra vår side og vi må da på best mulig måte formidle vår ærlighet, og være tilstede slik behovet skulle være i den gitte situasjonen.

Egostyrkende sykepleie er et viktig verktøy for oss sykepleiere da det handler om en tilnærming hvor menneskets egofunksjoner skal styrkes, ved at det gis passe utfordringer og passe støtte fra hjelper. Ved å styrke menneskets egofunksjoner hjelper man mennesket til å få en klarere selvopfatning og en opplevelse av integritet. Mennesket vil også bedre sin relasjon til andre mennesker samt oppleve en mestring av hverdagsoppgaver i sitt liv (Strand, 1990).

Vi håper at ved å være aktive brukere av egostyrkende sykepleie kan være sterkere stilt i situasjoner i møte med mennesker med Schizofreni og kan bruke det som et verktøy i en terapeutisk tilnærming.

## **1.2 Målet med oppgaven**

Målet med oppgaven er at vi ønsker økt kunnskap i hvordan vi kan bruke egostyrkende sykepleie til mennesker med schizofreni og vrangforestillinger, slik at de mestrer sin hverdag på en tilfredsstillende måte. Gjennom den erfaringen vi har gjort i praksis og relevant arbeidserfaring, forstår vi at det er grunnleggende viktig å vite hvordan vi skal møte mennesker som er i en utfordrende del av livet sitt. Vi ønsker å være bevisste med de valgene vi tar og at valgene har grunnlag i faglig kunnskap og forskning, slik at når vi står i utfordrende situasjoner kan handle slik at det er best behandlingmessig for mennesket.

## **1.3 Presentasjon av problemstilling og avgrensing**

Vi har valgt problemstillingen «*Hvordan kan vi gjennom egostyrkende sykepleie bidra til at mennesker med schizofreni og vrangforestillinger mestrer dagliglivet best mulig?*»

Grunnen til denne problemstillingen er at vi etter praksis ser utfordringene deres med å mestre dagliglivet og møte kravene livet stiller. På bakgrunn av dette ønsker vi å bruke egostyrkende sykepleieprinsipper som vårt verktøy, og på den måten styrker mennesket slik at de daglige utfordringene blir enklere å mestre.

I vår oppgave velger vi å omtale «mennesket med schizofreni» som «han» i eksempler vi bruker. Grunnen til dette er at vi ønsker å unngå stereotype rolleopfatninger og vil prøve i den grad det er mulig å unngå «sykepleier – pasient».

Vi velger å omtale sykepleier som «sykepleier» eller «hun».

Vi ønsker å legge vekt på den veiledende og hjelpende rollen sykepleieren har, og hvor viktig det er med riktig og konkret oppfølging. Måten vi møter mennesket har mye å si for hvor mye han vil motta hjelpen vi tilbyr, og vi stiller oss selv spørsmålet om hvordan vi best mulig kan ivareta deres helse uten å krenke menneskets autonomi.

Vi har erfart at i møte med et menneske med schizofreni kan være ulikt fra dag til dag, og vi vil derfor ha fokuset på tilnærmingen vi har, gitt menneskets situasjoner og utfordringer i dagliglivet.

#### **1.4 Begrepsavklaring**

Vi har flere begreper i vår problemstilling som vi definerer- og eller oppklarer her. Andre begreper som måtte komme avklares videre utover i oppgaven vår.

Egostyrkende sykepleie går ut på å gi støtte og utfordringer, ment som å styrke et menneskes egofunksjoner. Ved å gjøre dette kan man hjelpe dette mennesket til å få en klarere selvoppfatning, forbedre relasjonen til andre mennesker, gi en opplevelse av integritet og mestre hverdagens oppgaver (Strand, 1990).

«Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert» (Norsk sykepleieforbund[NSF], s.7, 2011).

Vi har valgt å støtte oss på sykepleieteoretikere som Liv Strand, Jan-Kåre Hummelvoll og Joyce Travelbee.

Schizofreni er ikke en enkelt lidelse men en gruppe lidelser som kjennetegnes ved fundamentale og karakteristiske forstyrrelser i persepsjon, tenkning, og følelsesliv hos den enkelte (Jordahl & Repål, 2009).

Mennesker med schizofreni ser på seg selv som å være midtpunktet i begivenheten og at det som skjer i deres omgivelser relateres rundt dem. Det er vanlig med hørsels- og synshallusinasjoner hvor også vrangforestillinger ofte virker hemmende for en sosial funksjon (Håkonsen, 2014).

Vrangforestillinger kan være et symptom på schizofreni. En vrangforestilling er en konklusjon som pasienten selv kommer frem til og for pasienten er dette en reell opplevelse, men for oss andre som er på utsiden vil disse vrangforestillingene oppleves som påfallende og underlige (Håkonsen, 2014).

Pasienten vil også være uimottagelig for fornuftige forklaringer i forhold til sin vrangforestilling (Hummelvoll, 2012).

Mestring av dagliglivet og graden av evne til å utføre dagliglivets aktiviteter som kan være personlig hygiene, påkledning, matlaging og samhandling mellom andre mennesker brukes

ofte av sykepleiere til å måle funksjonsgraden til et menneske. Denne målingen er nyttig når vi skal vurdere hvilken hjelp dette mennesket trenger (Strand, 1990).

### **1.5 Oppgavens disposisjon**

Oppgaven vår består av 6 kapitler, og videre oppbygging av oppgaven blir som følgende:

I kapittel 2 presenteres metodekapittel som viser metode og fremgangsmåte for hvordan vi har jobbet for å få svar på vår problemstilling. Her presenteres hvilke kilder vi har brukt, søkehistorikk og hvorfor vi anser disse som aktuelle for vår oppgave.

I kapittel 3 presenteres teori om mennesket med schizofreni og vrangforestillinger.

I kapittel 4 presenteres teori om egostyrkende sykepleie, hva sykepleie er og de teoretikerne vi støtter oss på.

I kapittel 5 presenteres vår drøftingsdel hvor vi anvender teorien vi har brukt.

I kapittel 6 vil vi avslutte med en konklusjon og refleksjon som et resultat av drøftingen vår.



## 2.0 Metode

Vår bacheloroppgave i sykepleie er bygget på litteraturstudie, noe som er bestemt av høgskolen i Hedmark, og derfor er retningslinjene allerede gitt.

Dalland (2012) sier at metoden er redskapet i en undersøkelse og den som hjelper oss til å samle inn forskjellig informasjon vi måtte trenge i vår oppgave, og for å kunne svare på vår problemstilling.

Metode innebærer en grundig og systematisk innsamling av data, samt tolkning og analyse av materialet før man trekker en konklusjon. Metode handler om hvordan vi ønsker å tilegne oss denne informasjonen som kan bidra til ny eller økt kunnskap om et tema vi vil undersøke (Johannesen, Tufte & Christoffersen, 2010).

Ifølge skolens retningslinjer skal denne oppgaven baseres på litteratur og avspeile forskningsprosessen gjennom blant annet litteratursøk, utvelging av data, analyse og presentasjon av funn og drøfting. Vi vil i dette kapitlet nærmere beskrive hvordan vi har funnet litteratur knyttet til vår problemstilling og hva vi har vektlagt. Vi har basert bacheloroppgaven på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, egne erfaringer og forskning. Som metodebøker har vi brukt Dalland (2012) og Johannesen, Tufte & Christoffersen (2010).

### 2.1 Litteratursøk og søkehistorikk

Vi har benyttet relevant pensumlitteratur og funnet selvvalgt litteratur på høgskolens bibliotek og andre folkebibliotek. Vi har også vært på høgskolens bibliotek og fått veiledning. Det er blitt søkt på sykepleieteoretikere som Liv Strand, Joyce Travelbee og Hummelvoll, dette ga oss flere bøker som vi mener er relevante.

Når vi søkte etter artikler tok vi utgangspunkt i problemstillingen og hva vi ønsket et svar på. Vi har prøvd å finne gode søkeord, hovedsakelig på engelsk for å finne flere relevante treff som belyser oppgavens problemstilling.

For å finne forskningsartikler benyttet vi oss av databaser vi har tilgang på gjennom skolens bibliotek som, Cinahl, PsykINFO, SveMED, Cohcrane Library og Oria. Når vi har søkt har vi vektlagt at forskningen skulle være rettet mot sykepleiefaget slik at vi var sikre på at funnene hadde betydning for oss. På SveMED fant vi MESH termer som vi brukte i søket sammen med PICO-skjema. Disse kontrollerte emneordene heter PsykTREE i databasen PsykINFO og den har egne verktøy som forenkler det å spesifisere søket, hvor det også er mulig å sette opp synonyme til søkeordene og kombinere disse på en oversiktlig måte.

Cochrane Library inneholder oppsummert forskning og vi følte disse ble for generelle og ikke relevant for vår oppgave da de ikke kom frem til noen konklusjon.

Da Cochrane Library ikke ga oss noen resultater søkte vi på Cinahl som inneholder enkeltstudier som kan referere til internasjonal litteratur innen sykepleie.

Vi har til slutt endt opp med å bruke Oria i våre søk, da det er en felles portal med samlet materialet som gir en enhetlig tilgang til artikler. Der har vi kombinert flere kontrollerte emneord og dermed fått innsnevret våre søk. Når vi da har fått et akseptabelt antall artikler (ca. rundt 100), har vi avgrenset med at alle artiklene skal være fagfellevurdert og avgrenset søket med artikler fra året 2010 til 2016. Vi har allikevel valgt å ta med en artikkel fra 2007 da vi føler den har en overføringsverdi og at innholdet i dag fortsatt er like relevant.

Søkeord vi har brukt er blant annet; *schizophrenia, ego, medication, symptoms, positive, Norway, mental illness, nurse attitude, physical order, treatment, antipsychotics. self-awareness.*

Vi har valgt å inkludere samleskjema som vedlegg nr.1 og PICO-skjema som vedlegg nr.2, til oppgaven vår for å vise prosessen med søket, og hvordan vi har begrenset antall treff med avgrensinger. Vi har systematisk kommet frem til 5 forskningsartikler og alle er på engelsk.

## **2.2 Presentasjon av forskningsartikler**

Herved følger en kort presentasjon av våre utvalgte forskningsartikler.

**Artikkel 1:** «*Attitudes of qualified vs. student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia.* Linden, M. & Kavanagh, R. (2012).

Linden og Kavanagh vil se på holdninger blant studenter og psykiatriske sykepleiere rettet mot mennesker med schizofreni da denne gruppen ofte blir omtalt i media som aggressive og voldelige. En undersøkelse ble gitt til 66 psykisk helse sykepleiestudenter og 121 kvalifiserte mental helse sykepleiere. Ved hjelp av multivariat variansanalyse har man sett om det er noen effekt av kvalifisering, arbeidssituasjon, mange års erfaring og utdanning på tiltakene. Dette er en kvantitativ studie. Konklusjonen sier det er viktig at psykisk helsesykepleiere må være oppmerksomme på at negative holdninger kan affekttere det terapeutiske forholdet og lede til stigmatisering som fører til negative konsekvenser.

**Artikkel 2:** «*Associations of Schizophrenia Symptoms and Neurocognition With Physical Activity in Older Adults With Schizophrenia*». Leutwyler, H., Hubbard, E. M., Jeste, D. V., Miller, B., Vinogradov, S. (2013).

I denne forskningsartikkelen har de lyst til å finne ut om fysiske intervensjoner for mennesker med schizofreni kan ha et positivt utfall i deres behandlingstilbud. Dette er en studie med 30 voksne over 55 år som lider av schizofreni. De ble vurdert ut ifra graden av symptomer og grad av fysisk aktivitet. Dette er en kvalitativ studie. De fant ut at fysiske intervensjoner og implementering av dette i deres daglige rutiner, med komponenter som forbedrer og minsker symptomene er helt avgjørende for deres utfall og forbedring av lidelsen.

**Artikkel 3:** «*The additional therapeutic affect of group music therapy for schizophrenic patients: a randomized study*». Ulrich, G., Houtmans, T & Gold, C. (2007).

Ulrich, Houtmans og Gold vil finne ut om musikkterapi for mennesker med schizofreni som trenger akutt pleie har noen positiv effekt. 37 pasienter med psykisk lidelse var med i en eksperimentell gruppe og en kontroll gruppe. Begge gruppene fikk medisiner og behandling for deres lidelse, men den eksperimentelle gruppen fikk også gruppemusikk terapi. Dette er en kvalitativ studie. De fant ut at den sosiale kontakten ble bedre og at det kan være enklere for mennesket med disse lidelsene å tilpasse seg det sosiale nettverket i samfunnet ved bruk av musikk terapi.

**Artikkel 4:** «*Antipsychotic treatment beyond antipsychotics: metacognitive intervention for schizophrenia patients improves delusional symptoms*». Moritz, S., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F. & Woodward, T. S. (2011).

Antipsykotiske medisiner representerer behandlingen for schizofreni og de vil se på en mer utfyllende terapeutisk måte til mennesket med schizofreni som kalles metakognitiv trening, som ikke bare fjerner symptomene men behandler den underliggende årsaken. Metakognitiv terapi tar utgangspunkt i at det er normalt for oss alle og ha negative tanker, fokuset er ikke på hvilke tanker og følelser man erfarer, men måten man håndterer dem på. 48 pasienter med schizofreni ble fordelt på enten metakognitiv terapi eller kognitiv utbedring. Begge gruppene ble vurdert ved oppstart og 4 uker senere, ved hjelp av positiv og negativ syndrom skala (PANSS) og psykotisk symptom vurderings skala (PSYRATS). Studien har brukt en kvantitativ metode. Resultatet sier at kombinasjonen av en kognisjons- og en symptoms orientert tilnærming hos mennesker med Schizofreni vil sammen gi en utfyllende behandling.

**Artikkel 5:** «*Fighting self – control failure: Overcoming ego depletion by increasing self – awareness*». Alberts, J., E., M., H., Martijn, C & de Vries, K., N. (2010).

Denne studien er kvalitativ hvor 80 studenter (64 kvinner og 16 menn) ble individuelt testet i 30 minutter, og ble spurt før og etter undersøkelsen om hvilket humør de var i.

Forskningsartikkelen sier det at tidligere studier har demonstrert en positiv effekt på selvkontrollen ved økt selvbevissthet. De vil undersøke om forekomsten av egosvekking kan bli forhindret av økt selvbevissthet. Resultatet sier at ved økt selvbevissthet styrker man egoet.

### **2.3 Kildekritikk**

Dalland (2012) skriver at kildekritikk innebærer å kritisk vurdere om kildene som brukes er pålitelige og hvilken relevans de har, knyttet til hva det er vi ønsker å finne svar på i problemstillingen. Det skal belyse hvilke refleksjoner som er gjort og hvilke kriterier som brukes i utvelgelsen av litteratur.

Vi har under denne skriveprosessen forsøkt å kritisk vurdere litteratur vi har funnet etter bestemte kriterier vi nå vil beskrive videre.

Vi har benyttet oss av pensumlitteratur som er relevant for vårt tema, denne litteraturen er faglig vurdert av høgskolen. Når det kommer til selvvalgt litteratur har vi valgt litteratur som gir oss mer omfattende og nærmere beskrivelse av fenomener vi ønsker økt kunnskap om. Pålitelighet og relevans er vektlagt.

Vi har vært bevisste bøkens alder, bøker av nyere dato styrker innholdets troverdighet da vi er i et fagfelt hvor det stadig gjøres nye oppdagelser, ny forskning og er i utvikling (Dalland, 2012).

Vi har brukt «Mestring av psykoser» av Jordal & Repål (2009), men vi har også noe litteratur av eldre dato som for eksempel Strand (1990). På bakgrunn av at Strands teori ikke er forandret mener vi at den fortsatt er aktuell for vår problemstilling.

Vi har også valgt å ta med Travelbee (1999), og Cullberg (1999), hvor begge har blitt utgitt i flere opplag. Vi mener de er relevante på bakgrunn av at de omhandler sykepleierteori som fremdeles er gjeldende.

Vi har forsøkt å bruke primærkilder fremfor sekundærkilder da innholdet og perspektivet til den opprinnelige forfatteren kan ha blitt fortolket (Dalland, 2012).

Når vi har valgt ut forskningsartikler har kriteriene vært at innholdet skal være relevant og holdbart til vår oppgave. For at innholdet skal være overførbart til hvordan vi arbeider i Norge har vi også vært bevisste på hvor studiene har funnet sted. Vi har brukt sjekklister fra Kunnskapssenteret (2014).

Et annet kriterie er at artiklene har blitt fagfellevurdert, det innebærer at de evalueres, vurderes og godkjennes av eksperter på området før de publiseres. Det stilles krav til innholdet, form, valg av metode, funn og resultater som må gjøres rede for og diskuteres før det blir godkjent (Dalland, 2012). At funnene har betydning for sykepleiefaget har også blitt vektlagt.

Kvalitative og kvantitative forskningsartikler har ulike egenskaper og vi har derfor forsøkt å få en variasjon.

Fordelen med kvantitative studier er at studiene har blitt utført på mange personer og blitt telt opp og kategorisert, dette kan gi oss et større bilde av fenomenet. Det blir satt opp i et tallsystem og gir oss ikke noe utdypende bilde av hvordan dette er for det enkelte mennesket. For å få til dette må en kvalitativ metode benyttes hvor det utføres studie på færre mennesker slik at man får en anledning til å utdype hvordan fenomenet oppleves for den enkelte.

Når man snakker om menneskelige fenomener kan hvordan noe oppleves for den enkelte være annerledes for andre og det er derfor viktig å vurdere hvor pålitelige disse funnene er med tanke på overførbart til andre situasjoner, samt forskerens objektivitet (Johannesen et al., 2010).

## **2.4 Etisk vurdering**

Vi vil presentere erfaringer hvor vi tar utgangspunkt i situasjoner fra praksis og arbeidserfaring. Eksemplene vi bruker er anonymisert og fiktivt presentert. De er derfor ikke gjenkjennbare til den grad slik at det oppfyller Helsepersonelloven §21 (1999). På denne måten har vi ivare tatt helsepersonellens sin taushetsplikt.

### 3.0 Mennesker med schizofreni

I dette kapitlet vil vi ta for oss den teorien som vi mener er viktig for vår videre drøfting i oppgaven, og som vi har valgt for å belyse vår problemstilling.

Ordet teori har gresk opprinnelse og betyr at vi skal se på eller granske noe, hvor hensikten er nettopp å komme frem til hva som er den enkleste og mest mulig korrekt beskrivelse av den virkeligheten vi er i besittelse av (Dalland, 2012).

#### 3.1 Schizofreni

Schizofreni blir omtalt som den alvorligste diagnosen innenfor psykosefeltet, og visse kriterier må oppfylles før diagnosen settes. Helsemyndighetene har pålagt helsepersonell å bruke diagnosesystemet ICD-10, innenfor psykisk helsearbeid (Repål & Jordahl, 2011).

Strand (1990), definerer psykose ved å beskrive dette som å være i en drøm i våken tilstand, og at i en psykotisk tilstand er tilbaketrekkingen fra den fellesmenneskelige virkeligheten blitt helt sentral.

Et psykotisk menneske har svikt i sin realitetsorientering, menneskets mentale kapasitet er svekket og det blir vanskelig å oppfatte virkeligheten slik den faktisk er. Det vil føre til vanskeligheter med å kommunisere og forholde seg til andre mennesker. Kravene som livet stiller blir vanskelig å oppfylle (Hummelvoll, 2012).

**Utbredelse og behandlingsprognose:** Schizofreni er den diagnosen det er gjort mest forskning på innenfor psykosefeltet, den rammer ca. 1 % av befolkningen hvor sykdommen debuterer vanligvis i ung alder, ca. 15 til 25 år (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010).

Trolig grunnet bedret behandlingstilbud er prognosen for sykdommen blitt bedre for hvert tiår, men også muligens fordi samfunnet har fått endrede holdninger til psykiatriske diagnoser. I dag blir mange friske etter førstegangsinntreden av sykdommen men tilbakefallsrisikoen er høy. Av de som rammes blir anslagsvis 25 % helt friske, mens ca. 60 % blir så godt rehabilitert at de klarer å mestre hverdagslivet sitt, til tross for noen restsymptomer som kan være sosial angst, svekket initiativ, mistenksomhet, svekket livsglede og økt nærtagenhet (Skårderud et al., 2010).

Det er tre hovedformer for schizofreni:

- paranoid form som har overveiende positive symptomer som vrangforestillinger og hallusinasjoner.
- disorganisert form for schizofreni som betyr disorganisert tekning, tale og adferd.
- schizofreni med overveiende negative symptomer som er: flat affekt, fattig språk og apati (Skårderud et al., 2010).

Et menneske med schizofreni opplever at det meste som skjer i omgivelsene på en eller annen måte har en direkte forbindelse med ham eller henne, og oppfatter seg derfor gjerne som midtpunktet i alt som skjer. Det er vanlig med hallusinasjoner og at sansefunksjonene er forstyrret, som for eksempel at farger, hendelser og lyder rundt en fremstår annerledes og gjerne med en større intensivitet. Mennesker med schizofreni kan ofte ha motstridende følelser og tanker, og være svært ambivalente som hemmer aktivitet og tanker. Sosial isolasjon er ofte et tidlig tegn da disse vrangforestillingene gjør at sosial omgang blir vanskelig (Håkonsen, 2014).

Symptomer på schizofreni kan deles inn i positive og negative, og man kan dele opp utviklingen av schizofreni ved å se på hvilke symptomer som er mest fremtredende hos personen (Håkonsen, 2014).

**Type 1:** kjennetegnes ved aktive symptomer som uttalte vrangforestillinger, hallusinasjoner og følelseutbrudd. Dette kalles for positiv symptomer (Håkonsen, 2014).

**Type 2:** kjennetegnes ved at følelsesreaksjonene er mer flate, personen oppleves trist og livløs. Dette kalles for negative symptomer (Håkonsen, 2014).

Kriteriene for diagnosen schizofreni er at minst to av følgende symptomer har vært til stede i minst to måneder (Håkonsen, 2014).

- Hallusinasjoner: er å se, høre eller føle noe som ikke stemmer med virkeligheten. Det kan sammenlignes med å drømme i våken tilstand. Den vanligste formen for hallusinasjoner er å høre stemmer, noen opplever at stemmene kommer utenfra, andre opplever at stemmene kommer fra sitt eget hode. Dette kan gjøre det vanskelig å føre en normal samtale og være delaktig i sosiale relasjoner, fordi stemmene virker forstyrrende (Jordahl & Repål, 2009).

- Vrangforestillinger: er oppfatninger eller forestillinger som mennesker med schizofreni ofte har, det er noe som ikke finnes i den virkelige verden, men som de opplever virkelig. Det kan være storhetsideer, ideer om å være kontrollert eller styrt, forfølgelsesideer, eller ideer om at kroppen er forandret (Håkonsen, 2014).
- Disorganisert tale: merkverdig og usammenhengende tale (Skårderud et al., 2010).
- Grovt disorganisert adferd: merkverdig oppførsel som ikke gir noen sammenheng (Skårderud et al, 2010).
- Flat affekt: de følelsesmessige reaksjonene uteblir, eller avviker sterkt fra det normale som en naturlig ville ventet seg i en gitt situasjon. Skyldfølelsen er helt borte, sorg og glede kommer sjelden til overflaten, situasjoner som er sørgelige kan iblant føre til voldsomme latterutbrudd (Cullberg, 1999).
- Fattig språk: innebærer et lite og dårlig ordforråd (Håkonsen, 2014).
- Apati: betyr selvforydypelse og fravær av interesse for stimuli utenfra og innadvendthet, man kan se hvordan pasienten lytter innover, er opptatt av en privat verden og er vanskelig å nå inn til (Cullberg, 1999).

Schizofreni er ikke en enkelt sykdom, men en samling av en rekke beslektede lidelser. De fire A`er regnes som de mest spesifikke symptomene (Cullberg, 1999).

**Assosiasjonsforstyrrelser** – tankeforstyrrelse som kan sammenlignes som en drøm. Altså tanker som gjør det vanskelig å være sammen med andre eller vanskelig å konsentrere seg, grunnet at den ene tanken tar den andre uten at man forstår hvordan. Det kan skje voldsomme sprang i tankegangen, pasienten kan avbryte seg selv midt i en setning, ha usammenhengende setninger eller tie (Cullberg, 1999).

**Affektive forstyrrelser** – man oppfatter ikke den ordentlige virkeligheten rundt seg og man har en følelse av trussel utenfra. De oppfatter ting rundt seg som andre ikke får med seg og hører ofte stemmer. Som for eksempel at sørgelige situasjoner i blant føre til latterkramper (Cullberg, 1999).

**Ambivalens** – to motstridende følelser på en og samme gang, som kan resultere i at pasienten blir rammet av en tvilrådighet som kan virke helt lammende (Cullberg, 1999).

**Autisme** – innadvendthet, selvforydypelse og fravær av interesse for stimuli utenfra (Cullberg, 1999).



**Årsak og risiko:** Mange studier viser en arvelig sammenheng. Generell risiko er 1 %. Barn av en forelder med schizofreni er 13%, barn av to foreldre med schizofreni er 46%, barnebarn til et menneske med schizofreni er 5%. Disse tallene bekrefter sannsynligheten for å utvikle schizofreni øker med jo nærmere genetisk slektskap man innehar. Allikevel er det også et faktum at over 80% av mennesker med diagnosen ikke har noen nære slektninger med schizofreni (Håkonsen, 2014).

Årsakene til schizofreni er sammensatte og ennå ikke klarlagte. Selv om man er genetisk disponert for sykdommen betyr ikke det at man blir syk. En betydning for om sykdommen bryter ut kan være miljøet, men det er uvisst hva det er i miljøet som påvirker. Menn har noe høyere risiko enn kvinner og de blir gjerne rammet i yngre alder. Det er større risiko for dem som er født eller oppvokst i byer, enn for de som er vokst opp på landet. Det er også høyere risiko blant noen innvandrergupper (Folkehelseinstituttet, 2009).

Grunnet økt kunnskap de siste årene om hjernens oppbygning og funksjon, har resultert i at man er i bedre stand til å se sammenhenger mellom hjernefunksjonen og psykiske lidelser. Dette underbygges av flere teorier på at schizofreni skyldes ulike forstyrrelser i hjernefunksjonen (Håkonsen, 2014).

Håkonsen (2014), skriver at en viktig signalsubstans i hjernen er dopamin. Forskere antar at økt mengde dopamin i hjernen er medvirkende årsak til schizofreni, dette kan fremkalle psykotiske reaksjoner og symptomer. Særlig de menneskene som viser positive symptomer som er preget av sterke vrangforestillinger, tankeforstyrrelser og hallusinasjoner har økt aktivitet i de deler av hjernen som inneholder mye dopamin. Mens hos mennesker som viser negative symptomer, som for eksempel flat affekt og apati vises det forandringer i frontallappen og i hjernens hulrom. Frontallappen er viktig for motivasjon, planlegging av ulike typer adferd og oppmerksomhetsfunksjonen.

Denne delen er hos noen mennesker med schizofreni mindre utviklet og man også se at hos noen er det mindre blodgjennomstrømming og mindre energiomsetning enn andre deler av hjernen. Dette kan føre til at mennesket får problemer med hukommelsen. Hulrommene i midten av hjernen kan være mer markert hos mennesker med schizofreni enn hos andre. Dette skyldes at vevet som ligger rundt dette området er dødt. Det er uklart om dette er en årsak eller en følge av schizofreni (Håkonsen, 2014).

**Behandling:** Legemiddelassistert behandling ble kjent i 1950 - årene og har vært en sentral bestanddel i behandlingen av alvorlige psykiske lidelser. Dette er preparater som virker normaliserende på blant annet vrangforestillinger (Skårderud et al., 2010).

I løpet av 1960 - årene ble det så oppdaget at disse ulike legemidlene virket inn på bestemte reseptorer som var forbundet til forskjellige transmittorsubstanser. Dette var først og fremst dopamin, noradrenalin og serotonin. I dag vet vi at medikamentell behandling er påvirkning av følelses- og tankelivet *nedenfra* («bottom up»). Derimot vil samtale baserte behandlinger være en påvirkning av *ovenfra* («top down») (Skårderud et al., 2010).

Zyprexa, Risperdal og Leponex er de mest brukte antipsykotiske legemidlene pr. 2009 (Skårderud et al., 2010).

Behandling med antipsykotiske legemidler kan pågå i kortere eller lengre perioder. Antipsykotiske medisiner kan bidra til å redusere vrangforestillinger og tankeforstyrrelser.

Ofte tilbys det samtaleterapi for å øke selvfølelsen, og styrke forståelsen av seg selv. Dette kan gjøre det lettere å leve med sykdommen. Der møtes en som likeverdige parter, men ikke i likhet. Å møtes i likhet er ikke et nødvendigvis godt nok utgangspunkt for å oppleve at en får god hjelp (Skårderud et al., 2010).

Innenfor psykisk helsearbeid er mye av arbeidet basert på det å ha samtaler som kan være spontane eller planlagte samtaler (Hummelvoll, 2012).

En behandlingsmetode kan også være egostyrkende sykepleie og dette kommer vi tilbake til.

### **3.2 Egopsykologi, egofunksjoner og egosvakhet**

Vi ønsker å se nærmere på disse begrepene da vi mener det er viktig og ha kjennskap til dette for å forstå hvordan man kan styrke menneskets egofungering.

Egoet hos et menneske med schizofreni er svekket. Freuds psykoanalyse beskriver hvordan personligheten er bygget opp i et hierarkisk system av tre instanser (Snoek & Engedal, 2004).

**Id** (det`et eller driftene): er den primitive delen av vår personlighet og blir styrt etter lyst-prinsippet som mennesket ble født med og krever øyeblikkelig tilfredsstillelse. **Id** inneholder erotiske og aggressive krefter (Strand, 1990).

**Ego** (det bevisste Jeg`et): regulerer selvbildet, har en vurderende og impulskontrollerende oppgave. Det er denne delen av personligheten som finner akseptable måter å gå fram for å få

dekket behov og som forstår at det er hensiktsmessig å rette seg etter omgivelsenes krav (Strand, 1990).

**Super Egoet/Egoidealet** (samvittigheten): består av verdier og normer som **Id** møter fra omgivelsene som representerer den moralske dømmende instans (Strand, 1990).

Ego-idealet representerer det settet av regler for hva som er akseptabel adferd og som vi prøver å leve opptil, mens super egoet er en dommer over all atferd. Egofunksjonens viktigste oppgave er å opprettholde en balanse mellom disse. Om det er konflikter mellom disse instansene kan det gi opphav til psykiske problemer (Snoek & Engedal, 2004).

Det finnes 12 egofunksjoner hvor hensikten er å regulere selvbildet, balansere mellom impulsene og de verdiene vi har, og samtidig ivareta vår identitet. Disse funksjonene omfatter persepsjon, motorisk kontroll, hukommelse, impuls kontroll, forsvarsmekanismer, avgjørelse av hvilke behov som skal tilfredsstilles, bedømmelse av indre og ytre påvirkninger, problemløsning, læring, objekt konstans, realitetstesting og affektytring. I en psykotisk periode vil symptomene vise seg ut ifra hvordan disse egofunksjonene blir påvirket i mindre eller større grad. Man snakker da om at mennesket er egosvak (Hummelvoll, 2012).

Strand (1990), skriver at disse egofunksjonene utvikler seg fra det er barn og videre gjennom livet, og at mennesker med schizofreni er egosvake og at man gjennom egostyrkende sykepleie kan styrke deres egofunksjoner. Menneskets ego er ikke i stand til å ivareta realitetsprinsippet og en viktig forutsetning for mental helse er at vi mennesker kan nå hverandre i en fellesmenneskelig virkelighet.

### **3.3 Å leve med schizofreni og vrangforestillinger**

Arnhild Lauveng har gått inn og ut av psykiatriske institusjoner i 10 år og er i dag utdannet psykolog. Hun sier at som schizofren tenkte hun ikke klart og hørte stemmer. Det var skremmende og hun var redd for å bli drept eller at andre ble drept. Hun kunne ikke stole på sansene sine og ble befalt av «kapteinen» til å ikke sove, ikke spise, jobbe døgnet rundt og skade seg selv. Dette fant hun senere ut var hennes egen selvfølelse, at hun ikke var bra nok eller flink nok. I dag sier hun at hun har blitt frisk ved hjelp av et godt støtteapparat som har sett henne som et menneske og som har latt henne bevare håpet om å bli noe annet enn «bare en pasient».

«Ensomheten var en slank, mørk kvinne med lang kjole som var ensfarget hvit og ensfarget mørkeblå» (Lauveng, 2005, s. 32).

Hun sier også at med diagnosen schizofreni følte hun at hennes egen identitet forsvant og at en del av deg selv begynner å tenke på seg selv som en pasient mere enn som en person. Diagnosen og sykdommen har blitt en del av deg, det er hverdagen din. På mange måter tenker man på seg selv som bare schizofren og sjelden man er noe mer enn det. Aldri et medmenneske, aldri en venn. I sine egne øyne, bare en pasient (Lauveng, 2005).

I praksis opplevde vi mennesker med vrangforestillinger, noe som er feilaktige oppfatninger av hendelser, ting eller personer. Disse er virkelighetsnære for dette mennesket, men for oss på utsiden oppfatter ikke dette på samme måte. Dette lar seg heller ofte ikke korrigeres av andres synspunkter eller argumenter. Vrangforestillinger er svært vanlig ved schizofreni og kan være storhetsideer som innebærer at man tror man er en spesiell person, gjerne berømt, innflytelsesrik eller kjent. Dette kan for eksempel være Gud eller Jesus. Uansett rolle mennesket mener å inneha dreier det seg om å heve seg over sin ensomhet og maktesløshet gjennom å fylle livet med en ide om storhet (Cullberg, 1999).

Forfølgelsesideer er forestillinger om å ha noen etter seg, at noen prøver å frata noe som tilhører en eller noe forsøker å bryte ned personen. Slike vrangforestillinger kan være kombinert med hallusinasjoner der mennesket virkelig ser eller hører sine forfølgere og kan utløse kraftige fryktreaksjoner. Dette kan skje om for eksempel mennesket mistolker andres personers blikk, utsagn eller deres reaksjoner (Cullberg, 1999).

Ideer om å være kontrollert og styrt innebærer at man opplever seg selv og sine tanker er styrt fra utsiden. Noen kan mene at telefonen sender hemmelige beskjeder som påvirker tankegangen, at det kommer stråler fra tv eller radio, eller at man kan lese hemmelige budskap som står i avisen eller på en datamaskin (Cullberg, 1999).

I praksis har vi opplevd nettopp dette hvor mennesket mente at han ble overvåket av sin datamaskin og at han hadde fått operert inn en chip i halsen som styrte tanker og gjerninger.

Ideer om at kroppen er forandret innebærer en oppfatning om at kroppen endrer seg og kan oppleves som svært belastende. Det er en følelse av å være annerledes og spesiell, og uttrykk for den dype forakten en føler for sin egen kropp (Cullberg, 1999).

Det å skulle forholde seg til realiteten er en forutsetning for identitet og autonomi. Et menneske med schizofreni og vrangforestillinger har trukket seg tilbake fra realiteten og tolker den til sitt eget private bruk. Dette gjør at man blir utenfor virkelig kontakt med andre (Strand, 1990).

## **4.0 Hva er sykepleie?**

Sykepleiere har ansvar for alle livets faser, fra begynnelse til slutt. Sykepleien skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for hvert enkelt individ, som innebærer deres liv og verdighet hvor man tar hensyn til menneskerettighetene. Noe som betyr at vi som sykepleiere skal forebygge sykdom, fremme helse, lindre og sikre en verdig død ovenfor våre pasienter (Norsk sykepleierforbund[NSF], 2011).

Fagplanen for Bachelorstudiet i sykepleie ved Høgskolen i Hedmark (2013) tar utgangspunkt i Rammeplan og forskrift for 3-årig sykepleierutdanning som er fastsatt av

Kunnskapsdepartementet 25. januar 2008. Høgskolen i Hedmark har en grunnleggende tanke om sykepleie som samsvarer med de Yrkesetiske retningslinjene (2011). Samtidig fremheves behovet for en helhetsforståelse hvor sykepleieren skal se hele mennesket med sine fire dimensjoner som består av: det fysiske, det psykiske, det sosiale og det åndelige. Empati blir også vektlagt som en viktig verdi i sykepleien. Målet til Høgskolen i Hedmark er å utdanne stolte, modige og endringsdyktige sykepleiere som har høy kompetanse og en tydelig profesjonsidentitet (Høgskolen i Hedmark, 2013).

Vi skal også kunne ta faglige avgjørelser som er basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfarings basert kunnskap og ikke minst hva som er brukers ønsker og behov i den gitte situasjonen der og da. (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2012).

### **4.1 Joyce Travelbee's teori om sykepleie**

Travelbee bygger sin teori på eksistensialistisk filosofi, noe som kommer godt frem ut ifra hvilke begrep hun velger for å påpeke sykepleiens ansvar og karakter, og hvor teoriens viktigste begreper er mennesket som individ, mening, lidelse, kommunikasjon og menneske-til-menneske-forhold (Kirkevold, 2001).

Videre sier Travelbee at man må ha en forståelse for hva det er som foregår mellom sykepleieren og den syke, og ikke minst hvordan dette samspillet dem imellom oppleves samt hvilken betydning dette vil få for den syke og dens tilstand. Dette er vesentlig for å forstå hva sykepleie er (Kirkevold, 2001).

Travelbee (1999), sier at sykepleieren og det syke mennesket påvirker hverandre på en gjensidig måte og at dette er et resultat av det samspillet som foregår de to imellom.

Hennes teori tar utgangspunkt i menneskets enestående individ, og at man behandler dem med respekt og engasjement ut ifra deres opplevelse av situasjonen de er i. For å kunne hjelpe dem gjennom situasjoner som de opplever må vi ha etablert et menneske til menneske forhold.

Joyce Travelbee mener at sykepleieren bør strebe etter et slikt forhold og være kritisk til «sykepleier og pasient» betegnelsene, da de tilslører det unike i hvert individ og stimulerer til stereotype rolleoppfatninger som bare kan eksistere mellom konkrete mennesker og ikke mellom generelle og abstrakte roller slik som sykepleier og pasient (Travelbee, 1999).

Videre forklarer Travelbee (1999) at sykepleieren og mennesket hun har omsorg for gjennomgår fem forskjellige faser før et menneske-til-menneske-forhold etableres. Dette beskriver hun videre gjennom:

**1.** Det innledende møtet som er det første møtet mellom sykepleier og medmennesket. Her kjenner ikke partene hverandre og det er noe som preger møtet, men de vil få et førsteinntrykk av hverandre. Dette skjer på bakgrunn av de forskjellige observasjoner, vurderinger og inntrykk som partene danner seg (Kirkevold, 2001).

**2.** Fremvekst av identiteter hvor den stereotype oppfatningen av hverandre vil forsvinne hen. Her etableres det et bånd, det utvikles kontakt hvor identitet og personligheten blir mere synlig, og partene betrakter hverandre mer som individer og mindre som kategorier (Kirkevold, 2001).

**3.** Empati blir definert som «en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer» (Travelbee, 1999, s. 193). Empati er en opplevelse av å forstå den andre parten, en prosess hvor det enkelte menneske nesten er i stand til å forstå betydningen av hva den andre parten tenker og føler der og da. På denne måten tar en del i motpartens sinnstilstand, men ikke i den grad at man faktisk tenker og føler slik motparten gjør. Travelbee definerer videre at det å ha empati er å «ta del» i, men at man samtidig står utenfor, altså objektet for empatien (Travelbee, 1999).

**4.** Sympati er en fase hvor man har kommet seg et steg videre og som et resultat av den empatiske prosessen. Her handler det om et grunnleggende ønske om å hjelpe og lindre plager hvor sykepleieren er delaktig i denne prosessen. Det syke mennesket kan ofte være i bedre stand til å mestre sin sykdom fordi han opplever sykepleierens sympati og medfølelse. Sympati er også noe som kan formidles både verbalt- og nonverbalt, og som i mange tilfeller kan påvirke det syke mennesket fysisk og psykisk. Sympati og det å ha medfølelse er allikevel ikke nok til å dekke sykepleiebehovene (Travelbee, 1999).

5. Gjensidig forståelse og kontakt er den siste fasen hvor det nå er opprettet nettopp dette, som et resultat av en gradvis relasjon som er bygget opp. Partene kjenner nå hverandre, hvor sykepleieren kan bidra til at det syke mennesket mestrer det som skjer rundt i livet hans, uten at sykepleieren ikke alltid greier å fjerne årsakene til plagene rundt det syke mennesket. Gjensidig kontakt og forståelse er en del av sykepleierens personlighet. Dette er noe sykepleieren er og ikke noe sykepleieren har. Sykepleieren ønsker å hjelpe det syke mennesket og innehar de kunnskaper og ferdighetene som skal til for at det syke mennesket får tilfredsstilt sine behov. I denne fasen etableres et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999).

#### **4.1.1 Mestring og mening med sykdommen**

Mange av de som blir syke blir aldri friske men må lære seg å leve med sin sykdom. Ved å hjelpe det syke mennesket til mestre sin sykdom og sin lidelse som erfaring er en måte som sykepleieren kan bistå med. Ved å etablere en tilknytning til mennesket på en slik måte som viser at sykepleieren forstår det syke mennesket, og at han ikke er alene. Mange har holdt motet oppe og fortvilelsen unna ved at de har funnet støtte og hjelp fra et varmt, kunnskapsrikt og forståelsesfullt medmenneske (Travelbee, 1999).

Travelbee (1999), mener det er vesentlig at sykepleierens holdning er at det er like stor tilfredsstillelse i det å finne mestring og en mening i sykdommen som det er å hjelpe et menneske å bli frisk.

Videre sier Travelbee (1999) at man må strebe etter å oppnå en optimal helse som er på et så høyt mulig nivå for hvert enkelt menneske, fordi det ikke er mulig å gjenvinne helse. Dette krever mere av sykepleieren på en slik måte at hun ikke bare må hjelpe det enkelte mennesket, men også familien rundt på en slik måte at alle berørte parter finner en mening med erfaringene, og ikke bare mestrer selve sykdommen og lidelsen den påfører de berørte parter. Uansett hvor alvorlig syk mennesket er mener Travelbee (1999) at det alltid kan gjøres noe for det syke mennesket på en slik måte at de får hjelp til å finne en mening med den situasjonen som det syke mennesket opplever som meningsløst.

#### **4.1.2 Kommunikasjon og terapeutisk bruk av seg selv**

Begrepet kommunikasjon kommer fra det latinske ordet *communicare*, og som betyr å gjøre noe felles. Det kan defineres som en utveksling av ord, tegn, signaler mellom minst to parter, og at partene er i et gjensidig utvekslings- og påvirkningsforhold til hverandre (Eide & Eide, 2012).

Den kommunikasjonen som oppstår mellom to parter må fortolkes enten den er verbal- eller non-verbal, i tillegg til at kommunikasjonen kan være sammensatt (Eide & Eide, 2012).

Kommunikasjon foregår hele tiden i et hvert møte mellom partene, enten verbalt eller non-verbalt. Mennesket vil kommunisere gjennom sine holdninger, atferd og gester, og ikke minst gjennom sitt utseende, noe som også sykepleieren vil gjøre, og at dette vil skape en god anledning til å bli kjent med hverandre. Ikke minst vil sykepleieren kunne ivareta det syke menneskets sitt behov (Travelbee, 1999).

Travelbee (1999), skriver at den psykisk syke raskt oppfatter hvilke hensikter sykepleieren har, om sykepleieren er genuint interessert i den syke og at dette vil gjenspeile seg i kommunikasjonen. Dette kan være avgjørende for å oppnå et mellom menneskelig forhold mellom sykepleier og et menneske med schizofreni da de gjennom kommunikasjonen vil oppfatte om sykepleieren har empati, forståelse og gode intensjoner.

#### **4.2 Hummelvoll og sykepleier – pasient fellesskapet**

I motsetning til Travelbee (1999), som hevder at når vi tar på oss roller som pasient og sykepleier vil det oppstå en vegg som hindrer kommunikasjon og kan redusere prosessen, snakker Hummelvoll (2012) mer om sykepleier – pasient fellesskapet. Ordet «fellesskap» er motivert ut ifra et eksistensielt grunnsyn. Det legges vekt på møtet mellom to mennesker mer enn på rollene, hvor ordet «fellesskap» impliserer at to mennesker møter hverandre som hele mennesker. Det gis dermed mulighet for felles opplevelser om man møter hverandre som likeverdige mennesker uten å legge bort den forskjellen som ligger i at den ene søker hjelp og den andre gir tilbud om hjelp (Hummelvoll, 2012).

Hummelvoll (2012), skriver at en forutsetning for at sykepleieprosessen ikke bare skal bli en kjølig intellektuell prosess avhenger av at man utvikler et fellesskap og samarbeid mellom sykepleier og pasient. Sammen ønsker man å kartlegge pasientens problemer og funksjonsvansker og leter etter måter å løse dette på.

Dette er noe Travelbee kaller for disiplinert intellektuell tilnærming (Travelbee, 1999).

Et ideal om å møtes som likeverdige personer uten å unnså den forskjell som ligger i at den ene søker hjelp og den andre gir tilbud om hjelp, skapes igjennom et fellesskap motivert fra et eksistensielt grunnsyn hvor man legger vekt på møtet mellom to mennesker mer enn på rollene. Dette impliserer at to mennesker i fellesskap møter hverandre som hele mennesker og dermed får man en mulighet for felles opplevelser (Hummelvoll, 2012).



I møte med pasienten er det viktig å bli kjent med pasientens virkelighetsoppfatning. Å være tålmodig, lyttende og oppriktig interessert vil kunne føre til et tillitsforhold, slik at sykepleieren kan ta del i hans verden og sammen få til en felles forståelse. Samarbeidet må være basert på likeverdighet og tillit, slik at vi oppnår sykepleier – pasient relasjon. Ut ifra hvilke symptomer pasienten har blir det viktig at sykepleieren kartlegger disse og finner ut av på hvilken måte disse påvirker hans hverdag (Hummelvoll, 2012).

Hummelvoll (2012), går ut fra et eksistensialistisk synspunkt hvor sykepleier- pasient fellesskapet støttes på ni sentrale hjørnesteiner som er; likeverdighet, møte/nærværenhet, selvaktelse/signifikans, ansvar og valg, mål, mening og verdiavklaring, skyld og soning, åpenhet og innsikt, konformitet versus opprør og håp.

### **4.3 Liv Strands teori og egostyrkende sykepleie**

Ved å styrke egofunksjonen til pasienter som har en svikt i sin egofunksjon kan man hjelpe dem med å få en klarere selvoppfatning, en opplevelse av integritet, bedring av relasjonen til andre mennesker og en mestring av hverdagens oppgaver. Egostyrkende sykepleie er en tilnærming som er ment å styrke en persons egofunksjoner ved å gi en god balanse mellom støtte og utfordringer. Ego er den delen av vår personlighet som opplever sanser, tolker, lider, reflekterer, tar avgjørelser og styrer våre handlinger vi måtte ta. Egoet regulerer vårt selvbilde og ivaretar vår integritet, samt opprettholder balansen mellom impulser og verdier. Derfor vil et svekket ego virke negativt på et menneskets selvbilde, verdier, impuls kontroll og integritet, og sykepleier må da styrke de egofunksjonene som er svekket. Det er dette som kalles egostyrkende sykepleie (Strand, 1990).

Egostyrkende sykepleie bygger på to overordnede prinsipper. Strand (1990) skriver, først det moderlige prinsipp - så det faderlige, ved siden av det moderlige. Det moderlige symboliserer en beskyttelse og base hvor kontinuitet, kravløshet og trofasthet er sentralt. En forutsetning for at man skal utvikle seg er et slikt omsluttende vern hvor man lar pasienten bare få lov til å være, lar det vokse uten å gripe inn. Det faderlige symboliserer et «kick» ut i verden med et krav om å utvikle seg, kunne påvirke, lære seg ting og bli kraftfull hvor en gir tilbud om aktivitet slik at man får evnen til å takle livet og dets utfordringer. Man kan tenke seg at en bruker det faderlige prinsipp ved grensesetting men at metoden også må romme det moderlige prinsipp for å bli terapeutisk.

### 4.3.1 Egostyrkende prinsipper

De egostyrkende prinsippene brukes aldri ett og ett eller alene, de fungerer som «tråder i en vev» og sammen danner de et meningsfullt mønster (Strand, 1990).

**Kontinuitet og regelmessighet:** Her starter selve alliansebyggingen ved at forholdet mellom sykepleier og pasient skal bli etablert og utvikle seg (Strand, 1990).

Dette kan være vanskelig i forhold til mennesker med schizofreni som ofte har vokst opp med mangel på kontinuitet og derfor lukker seg i selvforsvar. De forskanser seg i en indre selvforsynt verden som det har tatt lang tid og bygge opp, da de gjerne har en stor mistillit til omverdenen. Det er lite sannsynlig at man oppnår noen allianse uten å tilby kontakt og regelmessighet, ha en tålmodig ikke-krevende utholdenhet, møte opp og være tilgjengelig igjen og igjen, bevise gjennom handling at tilbudet «står ved lag». Det er viktig at sykepleieren viser at hun er til å stole på (Cullberg, 1999).

**Nærhet og avstand:** Er å vise passe interesse og ha en balanse mellom disse to ytterpunktene nærhet og avstand. Dette krever kunnskap og en profesjonell holdning. Her er empati et sentralt begrep. Dette er noe som kommer av at en gjennom en prosess samler erfaringer, opplysninger, inntrykk og er i kontakt med sine følelser, på bakgrunn av dette kan man vurdere hva pasienten trenger og den gitte situasjonen der og da. Bruken av empati for å forsøke å identifisere seg med pasienten kan føre til at en kommer for nær. Blir avstanden for stor mister man muligheten til å bli berørt, hvor en blir ute av stand til å utøve god sykepleie til pasienten (Strand, 1990).

**Fysisk omsorg:** Mennesker med schizofreni har ofte en svekket evne til ivaretagelse av de grunnleggende behov. På grunn av menneskets sviktende egenomsorg vil man ofte måtte gå inn å kompensere helt eller delvis, ved å overta styring og kontroll, og ofte måtte handle for pasienten i forhold til ett eller flere behov (Strand, 1990).

**Grensesetting:** Ved grensesetting hjelper man pasienten til en bedre samling av sitt «jeg», og en bedre mestring på en terapeutisk måte. Dette er en aktiv inngripen fra sykepleier og ment som en oppfordring til forandring av atferd (Strand, 1990).

**Skjerming:** Dette bygger på en form for videre grensesetting, og er ment å avskjerme mennesker fra omverdens krav og inntrykk (Strand, 1990).

Det tar utgangspunkt i behandlingsbehovet og gjennomføres i praksis ved at et eller to personal oppholder seg sammen med pasienten i et begrenset oversiktlig miljø. Skjermingen

inneholder begrensning av stimuli, struktur og grensesetting. Målet er at mennesket skal gjenvinne sin autonomi, kontroll over seg selv og sitt forhold til sine omgivelser, samt kunne fungere samlet (Hummelvoll, 2012).

**Containing-function:** Sykepleiers rolle blir her å motta pasientens ubearbeidede materiale, hvor den beste terapeutiske holdning er å ikke la seg rive med av den samme uroen pasienten måtte føle, men la materialet bli bearbeidet. Når så pasienten har innhentet seg og er «ute» av sitt kaos, vil sykepleieren kunne gi materialet tilbake i en bearbeidet tilstand som vil være forståelig for pasienten å bære selv. Det er viktig at en tar seg god tid til dette (Strand, 1990).

**Realitetsorientering:** Det vil si at pasienten blir informert om virkeligheten og hos pasienter som lider av schizofreni med vrangforestillinger har ofte de indre forestillingene tatt overhånd og virkeligheten blitt mindre reell. Derfor blir det viktig at sykepleier informerer om virkeligheten slik at han kan igjen delta i vår felles virkelighet. Det er i denne felles virkelighetsverden at vi i felleskap kan «nå» hverandre (Strand, 1990).

**Praktiske gjøremål – samhandling:** Gjennom praktiske gjøremål blir man presentert og eksponert for vår felles virkelighet, og dermed får man et alternativ til sin indre personlige virkelighet (Strand, 1990).

**Verbalisering:** Dette betyr at en setter ord på noe og gjennom kommunikasjon kan man stimuleres til å sette ord på sine følelser, tanker, konflikter og opplevelser som igjen kan hjelpe til å finne meninger og sammenhenger (Strand, 1990).

**Pedagogisk tilnærming:** Betyr at man som sykepleier opptrer som en rollemodell eller identifikasjonsmodell for pasienten. Gjennom undervisning og veiledning oppnås en bedre styrke til å mestre livet sitt (Strand, 1990).

**Krav og mål:** Sykepleieren hjelper pasienten med å finne sine egne livsverdier som er holdbare, tilpasset pasientens funksjonsnivå ved å sette konkrete, realistiske og oppnåelige mål. Disse målene blir retningsgivende og kan i seg selv være en motivasjonsfaktor for pasienten, da han motiveres til et mer modent og selvstendig liv (Strand, 1990).

**Trening i å se valgmuligheter og å foreta valg:** Mennesker med schizofreni sliter gjerne med en ambivalens som vanskeliggjør valgsituasjoner for dem, å ta valg innebærer som regel at man må velge bort noe til fordel for noe annet. Ved å gi han alternative løsningsmuligheter og hjelpe han til å se fordeler og ulemper ved forskjellige valg, hjelper man han til å se konsekvenser av alternative måter å håndtere ulike situasjoner på (Strand, 1990).

## **5.0 «Hvordan kan vi gjennom egostyrkende sykepleie bidra til at mennesker med schizofreni og vrangforestillinger mestrer dagliglivet best mulig?"**

Så langt har teorigrunnlaget for vår bacheloroppgave blitt presentert. Ved å benytte reell litteratur, forskning, refleksjon samt vår egen erfaring, vil vi gjennom drøfting forsøke å besvare vår problemstilling.

Som tidligere nevnt har mennesker med schizofreni en gruppe lidelser og ikke en enkelt lidelse, den kjennetegnes ved karakteristiske og fundamentale forstyrrelser i tenking, persepsjon og følelsesliv. Et godt behandlingstilbud kjennetegnes av at det tar utgangspunkt i hver enkelt sitt behov, men det har også et sikkerhetsnett som tillater mennesket å prøve seg i nye situasjoner (Jordahl & Repål, 2009).

Som sykepleiere må vi belage oss på å bygge sten for sten, ved å ha et langsiktig perspektiv vil vi oppdage at kunnskapsmengden kan øke. Det vil være lettere å se et fremskritt i de behandlingstiltakene som utføres enn i selve årsaksforståelsen (Rund, 2011).

Vi vil nå se på hvordan vi kan bruke egostyrkende sykepleie som et verktøy og hvorfor dette er relevant for god sykepleie.

### **5.1. Å bruke seg selv terapeutisk i møtet med mennesker med schizofreni og vrangforestillinger**

I vår praksisperiode møtte vi flere mennesker som hadde sammensatte vansker og fått diagnosen schizofreni med vrangforestillinger. Det var ikke alltid like lett og komme inn på dem da de var svært skeptiske og hadde sterke vrangforestillinger om våre besøk og hvilke intensjoner som lå til grunn. Deres mentale kapasitet og selvforståelse var svekket, og det ble vanskelig for dem å oppfatte virkeligheten slik den virkelig var. Dette gjorde at det i noen situasjoner ble vanskelig å forholde seg til og kommunisere med andre mennesker. Det ble vanskelig for dem å oppfylle kravene som livet stiller da de har en svikt i sin realitetsorientering (Skårderud et al.,2010).

De 12 egofunksjonene har til hensikt å regulere selvbildet, balansere impulser og verdier, samt ivareta integriteten. Symptomene hos disse menneskene viser seg i mindre eller større grad ettersom disse blir påvirket i en psykotisk periode (Hummelvoll, 2012).

Arnhild Lauveng (2005) skriver at:

Det jeg i ettertid tenker på som det tydeligste varselsignalet, var at identiteten min, tryggheten på at jeg var et «jeg», begynte å smuldre opp. Jeg ble mer og mer usikker på om jeg egentlig fantes, eller om jeg bare var en person i en bok, eller noe noen hadde funnet på. Jeg var ikke lenger sikker på hvem det var som styrte tankene og handlingene mine, var det meg – eller var det noen andre – «forfatteren», kanskje? ( s. 19).

Erfaringsmessig har vi opplevd at noen av disse menneskene med schizofreni har liten sykdomsinnsikt og kan ofte nekte å ta sine medisiner. De kan bli svært opprørte og mistenksomme når vi kommer med medisiner og lur på om vi ønsker å forgifte dem.

Dette er svært vanlig hos mennesker med psykiske lidelser da selvforståelsen kan være uklart og opplevelsen med meningsammenheng av tilværelse er truet (Håkonsen, 2014).

Ofte har de positive symptomene med vrangforestillinger og hallusinasjoner vært svært fremtredende og det er særdeles viktig at vi får gitt medisinene slik at de fungerer i dagliglivet og får dempet sine vrangforestillinger.

### **5.1.1 Egostyrkende sykepleie som verktøy**

Gjennom egostyrkende sykepleie kan vi styrke et menneskets evne og motivasjon til sterkere egofungering. Mennesker med schizofreni og vrangforestillinger kjennetegnes av svikt i egofunksjonene. Det er utarbeidet noen egostyrkende prinsipper som kan være til hjelp for at dette mennesket opplever mestring (Strand, 1990).

Det som blir vektlagt i vår rolle som sykepleiere og den tilretteleggingen i miljøet rundt mennesket, vil også være med på å styrke menneskets ego. Flere av de egostyrkende prinsippene vil bli brukt, alt avhengig av hvor stor svikt mennesket har i sin egofungering (Strand, 1990).

Travelbee (1999), skriver at når vi tar på oss rolle som pasient – sykepleier oppstår det en vegg mellom oss som hindrer kommunikasjon og en prosess, og at det kun er når man står ovenfor hverandre menneske mot menneske at et forhold kan etableres.

Det er viktig at vi er bevisst i forhold til et kongruent non-verbalt språk og at det er samsvar mellom det språket som vi uttrykker verbalt og det som uttrykkes non-verbalt (Eide & Eide, 2012).

Profesjonell hjelpende kommunikasjon hører sykepleieyrket til. I dette yrket menes dette som en hjelper. Vi må dermed gjennom kommunikasjonen oppleves som hjelpende. Dette kan gjøres gjennom aktiv lytting som kan være gjennom øyekontakt, kroppsholdninger, ansiktsuttrykk, oppmuntre den andre til å snakke videre ved å stille spørsmål, omformulere eller parafrasere det den andre har sagt (Eide & Eide, 2012).

Strand (1990), skriver at mennesker med schizofreni ønsker å oppnå kontakt men samtidig har frykt for øyekontakt. Dette poengterer hvor viktig det er med vår lydhørhet og den non-verbale kommunikasjonen.

Lauveng (2005), sier at det er viktig å bli snakket til, ha øyekontakt, at man spør og gir valgalternativer som for eksempel ved en tvangsinnleggelse hvor hun hadde fått spørsmål om hun ville gå selv til politibilen eller bli båret ut med makt. Dette opplevde hun ofte som nedverdiggende og traumatisk når andre tok valget for henne, og ikke spurte henne. Hun sier at alle mennesker uttrykker noe meningsfylt men at sykdom gjør at det uttrykkes forskjellig og kan få bisarre utslag. Dette er mennesker i ekstreme situasjoner og alle mennesker ville reagert sprøtt. Det er viktig å se at dette er mennesker, en sønn, datter, mor, far, søster og at de føler skam, angst, avmakt og redsel.

Gjennom vår non-verbale kommunikasjon signaliserer vi hvor vidt vi er innstilt på å hjelpe og lytte. Dette er avgjørende hvorvidt mennesket føler seg trygg og godt ivaretatt. Ved å være avslappet, naturlig og vennlig, ha en henvendt kroppsholdning, ha kontakt og følge deres utsagn med forstående nikk vil det hjelpe oss til å bygge opp tillitt, trygghet og motivasjon. Det finnes to typer hovedspørsmål, åpne og lukkede. Disse spørsmålene kan bestemme hvilken retning samtalen tar og der vi ønsker at mennesket skal dele sine tanker og følelser er ikke lukkede spørsmål egnet (Eide & Eide, 2012).

Hummelvoll (2012), sier at for å få en mulighet til en opplevelse av et jeg – du forhold, og for å nå inn til menneskets selvoppfatning og problem er det viktig at man er åpen for alle måter mennesket forsøker å gjøre seg forstått på, både verbalt og non verbalt. Ved å lytte aktivt, er en tilstand som er preget av konsentrert nærvær og som må forstås som en evne til å være tilstede på en autentisk måte. Dette danner grunnlaget for et reelt møte mellom oss og det syke mennesket.

Vi har ofte opplevd at når vrangforestillingene var som verst at vi måtte vise at vi var i stand til å «forstå» det han opplevde uten at vi selv følte det samme. Uten å gå videre inn på tema

og ved å ha en empatisk holdning lyttet vi og prøvde å realitets orientere i den grad det var mulig, ved å si «vi forstår at du opplever det slik, men slik oppfatter ikke vi det».

Vi ser det er utfordrende å bli kjent med deres virkelighetsoppfatning og det er derfor viktig at vi ikke later som vi forstår, men heller spørre om igjen, slik at vi oppnår en felles forståelse og sikrer oss at kommunikasjonen er forstått begge veier (Hummelvoll 2012).

Siden vi opplever forskjellige virkeligheter, hvordan kan vi da forvente at den andre parten skal forstå hvorfor vi tenker som vi gjør? Og hvis man ikke forstår, hvordan kan man da anerkjenne deres synspunkter?

Hummelvoll (2012), sier det er særdeles viktig å utvikle et tillits forhold til, snarere enn å gå til konfrontasjon. Om vi ønsker å lykkes i å hjelpe må man ha en forståelse for hvordan mennesket tenker og sanser. For å gi best mulig støtte forutsetter det at vi prøver å sette oss inn i måten de opplever verden på, selv om det virker uforståelig.

På den andre siden er det viktig at vi ikke samtykker til deres vrangforestillinger, men er trygge og rolige i vår egen virkelighetsoppfatning. Ved at vi fremstår på denne måten skaper vi en trygghet og tillit, da de sikkert er svært mottakelig for alle sanseinntrykk, og dermed lett oppfatter vår usikkerhet (Strand, 1990).

Håkonsen (2014), bekrefter dette og skriver at normale handlinger, utsagn, bevegelse, adferd og mimikk kan få en annen betydning.

Det er umulig for oss å vite hvordan de oppfatter virkeligheten når de er psykotiske. En beroligende berøring på skulder, eller et vanlig spørsmål kan oppfattes som et forsøk på kvelning eller annet truende. Det blir derfor viktig for oss og finne en naturlig balanse mellom nærhet og avstand (Strand, 1990).

Vi tenker at det er viktig med mest mulig ro, og at ytre stimuli som tv, pc, mobiltelefon og musikk bør dempes slik at man blir skjermet for flere inntrykk, noe som underbygges i boken til Strand (1990).

**Kontinuitet og regelmessighet:** Dette sies ofte å være basis for det moderlige prinsipp. Her må vi vise at vi er til å regne med og å stole på, og følge opp selv om vi ikke alltid får noen respons. Dette er selve rammen for et sykepleier – pasient felleskap skal få sjansen til å etableres og å utvikle seg slik at man oppnår en begynnende allianse (Strand, 1990).

Hummelvoll (2012), sier at når vi møter et menneske med psykoselidelser for første gang er det viktig å bli kjent med personenes livssituasjon og tankeverden. Dette er den første fasen i Travelbee sitt menneske-til-menneske-forhold, **det innledende møtet** hvor vi er ukjente for hverandre. Her får vi et førsteinntrykk og vi observerer, vurderer, trekker slutninger, noe som også det andre mennesket gjør. For at vi skal kunne hjelpe dette mennesket er det viktig at vi blir kjent med han (Travelbee, 1999).

Dette kan være vanskelig i forhold til mennesker med schizofreni og vrangforestillinger, og vi så at dette var svært viktig i tilfeller hvor de ofte kunne være mistenksomme på om våre intensjoner virkelig var gode eller onde. Bare det å kjøre dem til butikken kunne ikke hvem som helst gjøre. Før vi kom så langt hadde vi hatt flere avtalte hjemmebesøk uten at vi hadde noen bestemte mål med turen, men bare for å vise at vi kom igjen og igjen. Det er viktig å holde våre avtalte møter som vi inngår. På denne måten signaliserer vi utad at vi er pålitelige, trofaste og forutsigbare. På den andre siden er det viktig at vi forstår hvorfor mennesket ikke ønsker kontakt, og balanserer dette.

Leutwyler, Hubbard, Jeste & Vinogradov, (2013), skriver at sykepleiere som har ansvar for disse menneskene burde oppmuntre dem til å implementere fysisk aktivitet som en del av deres hverdag, og på denne måten kan vi vise kontinuitet og regelmessighet ved å delta på de fysiske aktivitetene.

På vårt praksissted ble det arrangert ukentlige turer i skog og mark. Dette ble en arena hvor vi møttes menneske til menneske, og hadde felles opplevelser som skapte et fellesskap.

Strand (1990), sier at trofasthet er å vise på en ikke verbal måte gjennom tid forplikter seg til på en eller annen måte å være tilgjengelig for et annet menneske. Hun skriver også at hvor mye hyppig kontakt som må til for at de skal oppleve det som kontinuitet er det umulig å svare generelt på, da hos mange vil det være nødvendig med noen tilstede hele tiden, mens i andre tilfeller kan det holde med noen få møter i uken. Vi støtter Strand (1990), i den påstanden om at kontinuitet og regelmessighet sannsynligvis er den viktigste måten å signalisere interesse på.

Travelbee (1999), skriver at for å opprettholde et hjelperforhold er det flere faktorer som må til. Man må etablere en relasjon noe som bygges opp dag for dag i et samarbeid. Hun skriver videre at det er to faktorer som sykepleieren må være seg bevisst på i hjelperforholdet, det første er å ha en kunnskapsbase og at man klarer å sette kunnskapen ut i praksis. Den andre forutsetningen er at man klarer å bruke seg selv terapeutisk hvor man bevisst bruker seg selv,



sin egen personlighet og kunnskap gjør at man kan bidra til forandring. Sykepleieren må derfor ha innsikt i nettopp det å være et menneske hvor det også vil være avgjørende de verdier, livssyn, syn på sykdom/lidelse og menneskesyn som personene innehar for å kunne greie å hjelpe det syke menneske med å finne en mening eller ikke mening i de forskjellige situasjonene.

Det å vise omsorg og bry seg om den syke forteller noe om at sykepleierens omsorgsfunksjon er i fokus, og dette er ikke noe som kan overlates til tilfeldighetene (Travelbee, 1999).

**Nærhet og avstand:** Det er viktig som sykepleier å kjenne sine grenser for nærhet og avstand når det kommer til møtet med mennesker som lider av schizofreni og vrangforestillinger. Å vise passe interesse mellom disse to ytterpunktene hvor empati er et sentralt begrep krever kunnskap og profesjonalitet. Empati er ikke å identifisere seg med pasienten, da en ofte kan oppleve å føle seg for nær og bli handlingslammet, og på den andre siden kan avstanden bli for stor slik at man ikke har mulighet til å bli berørt av andres dilemmaer (Strand, 1990).

Strand (1990), skriver at hvis vi klarer å gjennomføre en vennlig holdning som hverken er påtrengende eller overlegen, men etablerer noenlunde faste grenser kan dette oppleves som den sikkerhet og den utfoldelse man trenger for sin vekst.

Det kreves følsomhet fra sykepleieres side å vite hvor mye støtte mennesket trenger og hvor mye utfordringer han trenger (Strand, 1990). På den ene siden er det viktig at vi som sykepleiere har empati, er åpne og tilgjengelige i arbeid med mennesker som har slike utfordringer. På den andre siden er det vesentlig at vi har solid fagkunnskap og arbeider utholdende og målrettet (Hummelvoll, 2012).

Hummelvoll (2012), stiller seg også spørsmålet om den avgjørende holdningen kan være en tillitsfull tro på mennesket og hans måte å mestre sitt liv på!

Linden & Kavanagh, (2012), skriver at sykepleiere må være oppmerksomme på at negative holdninger kan påvirke det terapeutiske forholdet og lede til stigmatisering, og dermed få negative konsekvenser. Studien sier at de som viste sympati ovenfor mennesker med schizofreni lyktes bedre i sitt terapeutiske arbeid og at det var store forskjeller på sykepleiere når de var jobb og når de var i sosiale settinger, med tanke på deres holdninger.

I praksis hadde vi ofte tverrfaglige møter på morgenen med de andre kollegaene hvor vi diskuterte forskjellige utfordringer og i felleskap kom frem til en videre løsning. Forskjellige holdninger ble tatt opp og belyst slik at det var en felles forståelse på hvordan man best kunne

hjelpes mennesker med schizofreni. Vi så disse samtaler som svært nødvendige når man jobber individuelt slik at man ble mere observant på hvilke synspunkter andre måtte ha.

Lauvås & Lauvås (2007) har til intensjon å bidra til utvikling av tverrfaglig samarbeid og skriver at formålet med tverrfaglig samarbeid er å sikre at den samlede kompetansen blir utnyttet maksimalt. Sammen utvikler vi et felles kunnskapsgrunnlag på tvers av fag og stimulerer til faglig utvikling innenfor de bidragende fag.

Hummelvoll (2012), mener at det er lett å feile om ikke sykepleieren reflekterer over andre og sine egne holdninger jevnlig. Vi er enig med Hummelvoll i dette da vi har lært at refleksjon er en viktig del av sykepleieryrket, da vi har gjort dette under hele utdanningen og spesielt i våre praksisperioder. Ved å sette ord på våre handlinger blir vi oppmerksomme på hva vi eventuelt har gjort riktig eller hva vi bør gjøre annerledes til neste gang. Det kan være fort gjort å kategorisere i stedet for å individualisere, og dermed betrakte mennesket som problemet i stedet for å se det som et menneske som har ønske om å delta i problemløsningen (Hummelvoll, 2012). Travelbee (1999), trekker dette så langt i sin teori og sier at ved å betrakte mennesket som et problem som skal løses, fornektet vi han som menneske. Hun sier også at ved å betrakte mennesker på denne måten vil vi ikke være i stand til å verdsette de vi har omsorg for som menneskelige individer.

Sykepleieren blir omtalt som endringsagent, hvor det forsøkes på å oppnå forandringer hos det syke mennesket. Dette innebærer å hjelpe det syke mennesket til en større bevisstgjøring rundt hvordan sykdommen kan forebygges. Om en skal klare å bruke seg selv terapeutisk og som en endringsagent eller kunne handle effektivt i forskjellige sykepleiesituasjoner, er det viktig at en selv vet hvordan ens egen adferd påvirker det andre mennesket (Travelbee, 1999).

Å bruke seg selv terapeutisk gjøres ved å bevisst bruke sin egen personlighet og egne kunnskaper med tanke på å påvirke til en forandring hos det syke mennesket (Travelbee, 1999).

**Fysisk omsorg:** En forutsetning for at de vil kunne klare seg hjemme er at deres fysiske omsorg blir ivaretatt. I noen tilfeller vil vi gå inn og kompensere helt eller delvis for deres sviktende egenomsorg. Dette ved å ta styring og kontroll, og kanskje ofte handle for dem i forhold til ett eller flere behov. Samtidig er det viktig at vi ikke tar over det mennesket klarer å utføre selv (Strand, 1990).

Ett eksempel på dette kan være når vi kjører på butikken slik at de selv får handlet inn mat. Her bruker vi det delvis kompenserende system ved å legge miljøet til rette slik at de selv kan ivareta egenomsorgen mens vi bare tidvis holder øye med at dem greier oppgaven (Strand, 1990).

Det er viktig at vi tar en grundig løpende vurdering av menneskets kapasitet og måten vi hjelper han på, da det kan være en fare for regresjon når vi bruker det kompenserende system ovenfor det psykotiske mennesket. En slik regresjon vil gjøre veien tilbake lengre og vanskeligere. En som er i et psykotisk kaos trenger virkelig ofte at noen overtar så det er viktig at vi ikke er redde for å tre inn kompenserende i situasjoner og i forhold til de behov der det er nødvendig (Strand, 1990).

Ved sine handlinger viser sykepleieren at hun ønsker å hjelpe det syke mennesket, og ikke bare fordi mennesket er syk og trenger pleie, men fordi mennesket er den personen den er og ingen annen (Travelbee, 1999).

Lauveng (2005) forteller at på noen institusjoner var livet tomt, alt var fjernet som tv, radio, telefon, bøker, og lys siden hun kunne skade seg selv med disse tingene. Dette endte med at hun spiste tapet, madrass og sokker. Dette opphørte med en gang hun fikk gjøre meningsfulle ting/oppgaver.

I praksis hørte vi ofte på musikk i felleskap noe vi opplevde som svært positivt hvor vi opplevde en mellommenneskelig kontakt. Ulrich, Houtmans & Gold, (2007), skriver at musikkterapi kan ha en positiv effekt hos mennesker med schizofreni og kan føre til at de enklere tilpasser seg det sosiale samfunnet. Dette er en terapeutisk tilnærming hvor de sier har spesielt god effekt hos de som lider mest av negative symptomer, men vi ser også en overføringsverdi hos de med positive symptomer hvor det er mest vanlig å bruke antipsykotika som behandling. Dette må selvfølgelig være tilpasset det individuelle mennesket.

**Grensesetting:** Vi kunne ofte komme opp i situasjoner i forhold til grensesetting da noen ikke ønsket å ta foreskrevet medisiner.

Strand (1990), sier at det er viktig at sykepleiere har en dialog eller plan seg imellom på hvordan grensesetting skal utføres, slik at den blir utført på en best mulig terapeutisk måte.

Hummelvoll (2012), skriver at man aldri skal bruke en straffe- eller maktdemonstrasjon ved grensesetting. Vi må være åpne, tilby samtale å forsøke å avlede mennesket. Ved å gjøre dette

kan vi unngå at mennesket handler ut ifra sine egne følelser og dermed unngår vi at de ikke føler det som et nederlag når de ikke fikk det som de ønsket. På denne måten kan vi styrke egoet og det er dette som er målet med egostyrkende sykepleie.

I praksis opplevde vi å komme opp i situasjoner hvor de stadig utfordret oss på forskjellige områder. Noen var svært avhengig av røyk og bad stadig om mer, da det ble røyket opp med en gang de fikk det utlevert. Sammen utarbeidet vi planer på hvor mange røyk de skulle ha om dagen, og til hvilke klokkeslett dette skulle utleveres. Avtalene ble hengt opp lett tilgjengelig i leiligheten og skapte forutsigbarhet og rammer. Vi kunne nå fokusere på andre ting, som for eksempel matlagning, da det ikke ble mere spørsmål om mere røyk. Om de glemte sin avtale var det bare for oss å henvise til denne planen.

Ved å gjøre det på denne måten vil mennesket ha en brukermedvirkning som er en lovfestet rett hvor tjenesteapparatet ikke kan velge om de vil forholde seg til denne eller ikke. Ikke bare har mennesket rett til å medvirke men dette er noe de skal gjøre, dette er noe vi skal legge til rette for slik at de blir involvert. Gjennom egne valg og bruk av sine egne ressurser vil dette kunne føre til en positiv påvirkning av menneskets selvbylde og videre bidra til å styrke motivasjonen (Helsedirektoratet, 2015). På denne måten kan det utformes et individuelt tilpasset tilbud som mennesket har forutsetninger for å mestre (Kristoffersen, 2011).

Ved å at mennesket tar i bruk sin brukermedvirkning blir selvbestemmelsesretten (menneskets autonomi) og integritet ivaretatt (Brinchmann, 2012).

**Realitetsorientering:** For at vi skal kunne nå inn er det i den felles menneskelige virkelighet at vi kan nå hverandre, dette er en forutsetning for den mentale helse. Realitetsorientering betyr å informere om virkeligheten (Strand, 1990).

Fokuset i behandlingen blir ikke på hvilke tanker og følelser de har, men måten man håndterer dem på (Håkonsen, 2014).

Strand (1990), skriver videre at først må vi få en kontakt for så å få en forandring. Det er viktig at vi gir tilbakemelding om hvordan vi selv opplever realiteten uten at vi avviser pasientens oppfatning som tull.

Ett eksempel på dette kan være at når de har vrangforestillinger og sier at vi ikke burde komme mer på besøk fordi de «onde» nå har tenkt til å operere inn en «chip» på oss slik som dette mennesket allerede har fått. Vi kan da svare at vi forstår at de synes det er skremmende å

oppleve det slik, men at vi selv ikke opplever at det er noen her som vil oss noe vondt og at vi tar den sjansen på å komme tilbake igjen.

Det å være utforskende og spørrende kan hjelpe til slik at mennesket tenker litt mere nyansert. På denne måten vil han kanskje komme tilbake til vår «virkelige» hverdag (Hummelvoll, 2012).

I turgruppene vi hadde i praksis erfarte vi at det var viktig å motivere til å delta på dette. I de tilfeller hvor vi greide dette opplevde vi at de fleste uttale at de var meget fornøyde og opplevde en mestringsfølelse etter gjennomført tur.

Leutwyler, Hubbard, Jeste & Vinogradov, (2013), skriver at fysiske intervensjoner for denne gruppen er helt avgjørende i behandlingen, men for at en fysisk aktivitet skal være suksessfull må den inneholde komponenter som forbedrer kognisjonen og minsker symptomene. Dette kan være turgrupper som ledes av både sykepleiere, ufaglærte og frivillige.

Antipsykotiske medisiner kan også bidra til å redusere og håndtere vrangforestillinger. I noen tilfeller kan mennesker med schizofreni være engstelig for at medikamentene han tilbys brukes med det formål å kontrollere eller påvirke på en negativ måte. Det er derfor viktig og ha et godt tillitsforhold og en god åpen dialog (Repål & Jordahl, 2011).

I en terapeutisk allianse vil det si at en må være åpen, respektfull, fleksibel, varm, aksepterende, engasjert, empatisk og responsiv som vil bidra til noe positivt i alliansebyggingen. Er en derimot rigid, usikker, kritisk, spent, kjedsom eller distre vil dette være negativt i alliansebyggingen (Kennair & Hagen, 2014).

Lauveng (2005), skriver at antipsykotika kan være en god støtte som gjør symptomer som vrangforestillinger mer håndterbare, og dermed lettere å fungere i dagliglivet. Det kan også være et gjerde med sløvende effekter og andre bivirkninger som holder mennesket fanget i en sykdomsforståelse. Dette hindrer dem dermed å komme videre i et aktivt terapeutisk endringsarbeid og fratar krefter man trenger for å bli bra.

**Krav og mål:** Hummelvoll (2012), definerer psykiatrisk sykepleie med den betydning at vi skal hjelpe mennesket med å finne egne holdbare livsverdier og at dette er et mål vi må ha oppmerksomheten rettet mot ifra det første møtet.

Krav og mål kommer først et stykke inn i et terapeutisk forhold ved hjelp av det moderlige prinsipp, så det faderlige ved siden av det moderlige (Strand, 1990).

Når vi åpner for en samtale med mennesket omkring deres ønsker og mål kan disse iblant komme frem i form av ønskedrømmer. Vår oppgave blir å hjelpe mennesket med å ta valg og prioritere og dermed omdanne ønskedrømmenes lengsler til oppnåelige mål (Strand, 1990).

Det er viktig at vi sammen utarbeider konkrete og realistiske mål tilpasset menneskets funksjonsnivå. Det kan være enklere at det blir delt opp i nære og konkrete delmål på vei til hovedmålene slik at dette ikke blir for langsiktige og fjerne mål. Disse vil gi en retning og samling som virker motiverende om de er oppnåelige. Får man følelsen av å lykkes øker opplevelsen av kompetanse og følelsen av å være et passivt offer for omstendighetene avtar og de blir derfor viktig å bruke i det videre samarbeidet. Det kan gi en oversikt og struktur i den psykotiske verden (Strand, 1990).

Lauveng (2005), sier at det verste var å bli fratatt håpet ved at helsepersonell sa at hun kom til å være syk resten av livet, måtte ta medisiner, aldri kunne få seg en jobb, gå på skole eller ha venner. Hun følte fullstendig avmakt da leger og helsepersonell bestemte hva som var sannheten og at hun ble fortalt at hun nå ikke var noe annet enn en pasient.

Travelbee (1999), sier at ved hjelp av håp som er en mental tilstand om et ønske om å nå frem til, eller oppfylle et mål kombinert med en forventning som ligger innenfor det oppnåelige kan man nå frem til objektet for sine ønsker og livet vil endre seg på en eller annen måte.

Vi mener at i disse tilfellene hvor vi er med mennesker med en lidelse som vi vet man kan bli frisk av, er det viktig at vi har fokus på håp og at man ser en utsikt til forandring eller forbedringer. På denne måten kan man sammen finne en vei ut av lidelsen og ved hjelp av kortsiktige delmål oppleve mestring i hverdagen.

Arnhild Lauveng (2005) skriver at:

Det er ikke likegyldig for oss mennesker hvilke forventninger vi blir møtt med. Forventninger kan ha direkte innvirkninger på våre prestasjoner og på hva vi faktisk mestrer. «Deg skjer som du tror», står det i bibelen, og hva vi forventer, av oss selv og av andre, i en gitt situasjon kan være helt avgjørende for hvordan situasjonen rent faktisk utvikler seg. (s. 90).

Hummelvoll (2012), sier at håp er av stor betydning for å holde ut og for å komme seg igjennom en lidelse. Det vil være svært avgjørende at sykepleieren får tak i menneskets håp og ønsker. Dette er en forutsetning for at man i felleskap skal bli enige om sykepleierens mål

og retning. Det vil også være avgjørende at håpet er realistisk og at sykepleieren er optimistisk med hensyn til sykepleiens muligheter.

Lauveng (2005) skriver at en rolle som «tidligere schizofren» er noe som sjelden tilbys, det høres nesten like umulig ut som en «tidligere AIDS – pasient» eller «tidligere diabetiker». Det går an å være feildiagnostisert schizofren, symptomfri schizofren, holde sykdommen i sjakk med medisiner, lært deg å leve med symptomene eller ha en god periode akkurat nå. Men at i hennes tilfelle er ikke dette sant, hun er nå frisk, det må også være lov. Fasiter passer i mattestykker, ikke i virkeligheten.

## 6.0 Konklusjon

Tatt i betraktning at schizofreni er en av de alvorligste psykiske lidelsene i samfunnet har vi gjennom vårt arbeid med denne oppgaven sett at vi må ha et større fokus på dette området (Jordal & Repål, 2009).

Vi har prøvd å svare på problemstillingen: *«Hvordan kan vi gjennom egostyrkende sykepleie bidra til at mennesker med schizofreni og vrangforestillinger mestrer dagliglivet best mulig?»*, slik at vi kan tilegne oss kunnskap og være forberedt på slike tilfeller.

Vi ser at i vår rolle som sykepleier er det vesentlig i forhold til hvordan vi opptrer og veileder et menneske med schizofreni og vrangforestillinger. Vi føler at igjennom egostyrkende sykepleie får vi et redskap som gjør at vi kan styrke egoet til dette mennesket som alt har et svekket ego (Strand, 1990). På denne måten kan vi jobbe målrettet mot et felles mål sammen med mennesket slik at det opplever mestring i dagliglivet. Vi ser at vi må bruke flere av de forskjellige prinsippene tilpasset menneskets individuelle behov.

I de tilfeller hvor de har vrangforestillinger og skal mestre dagliglivet best mulig, er det viktig at de får tatt sine medisiner. Moritz, Vechenstedt, Randjbar, Vitzthum & Woodward (2011) skriver i sin studie, at antipsykotiske medisiner demper symptomer som vrangforestillinger, men det fjerner ikke det underliggende problemet. Man er derfor avhengig av en psykologisk inntervensjon som vi ser er kompleks og består av mange komponenter.

Gjennom bruk av egostyrkende sykepleieprinsipper ser vi at vi øker selvbevisstheten noe som fører til at man blir mere fokusert på sin egen væremåte, og hjelper oss med å regulere oppførselen hos mennesket med schizofreni. Ved økt selvbevissthet unngår man forstyrrelser i egofunksjonene, noe som også understrekes av artikkelen til Alberts, Martijn & Vries (2010).

Strand (1990), skriver om den dyktige sykepleieren som på en rolig, trygg, lyttende og handlekraftig måte ivaretar den psykotiske pasienten ved å bruke alle de egostyrkende prinsippene i praksis, hvor hun skaper en ro og forutsigbarhet for mennesket. Hun skriver at ved å gjøre dette møter vi dette mennesket med faglighet, medmenneskelighet og ansvarlighet.

Vi håper at vi kan bli en av disse dyktige sykepleierne en dag, for det er godt å vite at disse menneskene som i perioder kan være i den ytterste nød blir møtt på denne måten.

Vi vil alltid ha i bakhodet at et menneske er ikke sin lidelse, men har en utfordring i form av sin diagnose.



Før levde jeg mine dager som sau  
mens alt i meg lengtet etter å jage  
over savannene.

Og jeg lot meg drive fra kve til  
innhegning til fjøs.

Når de sa at det var det som var best  
for en sau.

Og jeg visste at det var feil.

Og jeg visste at det ikke ville vare evig.

For jeg levde mine dager som sau.

Men i morgen var jeg alltid en løve.

Arnhild Lauveng, (2005).

## Litteraturliste:

\*Alberts, J., E., M., H., Martijn, C & de Vries, K., N. (2010). «Fighting self – control failure: Overcoming ego depletion by increasing self – awareness.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jesp.2010.08.004>

Brinchmann, B. S. (2012). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.). *Etikk i sykepleien* (3. utg., 3. 81 - 96). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Cullberg, J. (1999). *Dynamisk Psykiatri*. (5.utg.). Tano Aschehoug AS.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H. & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Folkehelseinstituttet. (2009). *Livet med schizofreni – erfaringer fra mennesker med diagnosen*. Oslo: Nordberg Trykk AS.

\*Helsedirektoratet. (2015). *Brukermedvirkning*. Lokalisert på:

<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>

\*Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64 § 21 (2016).

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Høgskolen i Hedmark (2013). *Studieplan 2013/2014*. Lokalisert på:

[https://fronter.com/hihm/links/files.phtml/1510465693\\$307090200\\$/1.+STUDIE\\_prcnt\\_C5R/++++++Studieinfo/Studieplan+2013-14.pdf](https://fronter.com/hihm/links/files.phtml/1510465693$307090200$/1.+STUDIE_prcnt_C5R/++++++Studieinfo/Studieplan+2013-14.pdf)

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Johannesen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (4.utg). Oslo: Abstrakt Forlag AS.

\*Jordal, H. & Repål, A. (2009). *Mestring av psykoser – psykososiale tiltak for pasient, pårørende og nærmiljø*. Bergen: Fagbokforlaget.

Kennair Ottesen, L. E. & Hagen, R. (Red.). (2014). *Psykoterapi – tilnærminger og metoder*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2011). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar*. (2 utg., s. 281 – 341). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 207 – 280). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kunnskapsdepartementet, *Rammeplan For Sykepleieutdanning*. (2008).

Kunnskapssenteret (2014). Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar. Hentet fra

<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskingsartiklar>

\*Lauveng, A. (2005). *I morgon var jeg alltid en øve*. Oslo: Cappelen Damm.

\*Lauvås, K. & Lauvås, P. (2007). *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi*. (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

\*Leutwyler, H., Hubbard, E. M., Jeste, D. V., Miller, B., Vinogradov, S., (2013).

«Associations of Schizophrenia Symptoms and Neurocognition With Physical Activity in Older Adults With Schizophrenia».

<http://dx.doi.org/10.1177/1099800413500845>

\*Linden, M. & Kavanagh, R. (2012). «Attitudes of qualified vs. student mental health nurses towards an individual diagnoses with schizophrenia».

<http://dx.doi.org/10.11/j.1365-2648.2011.05848.x>

\*Moritz, S., Vechenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F. & Woodward, T. S., (2011).

«Antipsychotic treatment beyond antipsychotics: metacognitive intervention for schizophrenia patients improves delusional symptoms».

<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291710002618>

Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert på

[https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. (2. utg.). Oslo: Akribe AS

\*Repål, A. & Jordahl, H. (2011). *En annen virkelighet – en bok om stemmehøring og annerledeshet*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykatrieboken: Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Rund, B., R. (Red.). (2011). *Schizofreni*. (4. utg.). Stavanger: Hertervig akademisk forlag

\*Snoek, J. E. & Engedal, K. (2004). *Psykatri. Kunnskap – Forståelse – utfordringer*. (2. utg.). Oslo: Akribe Forlag.

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

\*Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Ulrich, G., Houtmans, T & Gold, C, 2007. «The additional therapeutic affect of group music therapy for schizophrenic patients: A randomized study».

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01073.x>

# Vedlegg 1

## Samleskjema for artikler

Metode				Resultater		
Artikkel nr:	Studiedesign	Komplett referanse (APA)	Kommentarer	Funn	Konklusjon	Relevans/overføringsverdi til mitt tema/min oppgave
1	Kvantitativ studie	Linden, M. & Kavanagh, R. (2012). «Attitudes of qualified vs. student mental health nurses towards an individual diagnoses with schizoph»renia.  Lokalisert: <a href="http://dx.doi.org/10.11/j.1365-2648.2011.05848.x">http://dx.doi.org/10.11/j.1365-2648.2011.05848.x</a>	Studie om negative holdningene til sykepleiere kan føre til stigmatisering og få negative konsekvenser for behandlingen til mennesker med Schizofreni.	Database: Oria  Søkeord: mental illness, schizofrenia, nurse attitudes.  Avgrenset søk: Fagfelleverdert, 2010 – 2016.  Antall treff: 11.	Sykepleiere innenfor Psykisk helsearbeid må være oppmerksomme på at negative holdninger kan ha en negativ effekt på det terapeutiske forholdet.	Forskningen underbygger vår oppfatning av hvor viktig det er med et menneske til menneske forhold.
2	Kvalitativ studie	Leutwyler, H., Hubbard, E. M., Jeste, D. V., Miller, B., Vinogradov, S., (2013). «Associations og Schizofrenia Symptoms and Neurocognition With Physical Activity in Older Adults With Schizofrenia».  Lokalisert: <a href="http://dx.doi.org/10.1177/1099800413500845">http://dx.doi.org/10.1177/1099800413500845</a>	Studie om en intervensjon som fysisk aktivitet kan minske symptomene hos mennesker med Schizofreni.	Database: Oria  Søkeord: schizofrenia, physical order.  Avgrenset søk: Fagfelleverdert, 2010 – 2016.  Antall treff: 151, kom opp som nr:2.	Intervensjoner med fysisk aktivitet er avgjørende for behandlingen, men den må inneholde komponenter som forbedrer kognisjonen og redusere psykiske symptomer for å være vellykket.	Underbygger vår påstand om at fysisk aktivitet kan redde positive symptomer om det tilrettelegges det individuelle behov.
3	Kvalitativ studie	Ulrich, G., Houtmans, T & Gold, C, 2007. «The additional therapeutic affect of group music therapy for schizofrenic patients: A randomized study».  Lokalisert: <a href="http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01073.x">http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01073.x</a>	Studien vil se om musikk terapi i gruppe kan ha noen effekt på behandlingen hos mennesker med Schizofreni.	Database: Oria  Søkeord: schizofrenia, medication, symptoms, positive, Norway.  Avgrenset søk: Fagfelleverdert.  Antall treff: 6.	Musikk terapi i gruppe reduserer symptomer, spesielt hos de med negative. Det kan øke mulighetene for å klare tilpasse seg samfunnet, og på denne måten unngå innleggelse.	Studien kan gi oss et tiltak som hjelper oss i arbeidet med å hjelpe mennesker med Schizofreni slik at de mestrer dagliglivet.

4	Kvantitativ studie	<p>Moritz, S., Vechenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F. &amp; Woodward, T. S., (2011). «Antipsychotic treatment beyond antipsychotics: metacognitive intervention for schizophrenia patients improves delusional symptoms».</p> <p>Lokalisert:  <a href="http://dx.doi.org/10.1017/S0033291710002618">http://dx.doi.org/10.1017/S0033291710002618</a></p>	<p>Studien ønsker å finne ut om metakognitiv terapi kan hjelpe mennesker med Schizofreni som en antipsykotisk behandling.</p>	<p>Database: Oria</p> <p>Søkeord: antipsycotics, schizophrenia, symptoms, treatment, Norway.</p> <p>Avgrenset søk: Fagfellevurdert, 2010 – 2016.</p> <p>Antall treff: 12.</p>	<p>Resultatet viser at kombinasjonen av en kognisjon- og symptom orientert tilnærming lindrer psykotiske symptomer og kognitive skjevheter, og utgjør dermed en lovende komplementær behandling av Schizofreni.</p>	<p>Underbygger vår påstand om hvordan mennesket mestrer de negative tankene (som for eksempel vrangforestillinger) er viktig for å kunne mestre dagliglivet.</p>
5	Kvalitativ studie	<p>Alberts, J., E., M., H., Martijn, C &amp; de Vries, K., N. (2010). «Fighting self – control failure: Overcoming ego depletion by increasing self – awareness».</p> <p>Lokalisert:  <a href="http://dx.doi.org/10.1016/j.jesp.2010.08.004">http://dx.doi.org/10.1016/j.jesp.2010.08.004</a></p>	<p>Studien ønsker å undersøke om ego svakhet kan unngås ved å øke selvbevisstheten</p>	<p>Database: Oria</p> <p>Søkeord: ego, self-awareness.</p> <p>Avgrenset søk: Fagfellevurdert, 2010 – 2016.</p> <p>Antall treff: 79, kommer opp som nr:1.</p>	<p>Resultatet sier at selv om du vet hva som er best for deg, betyr ikke det at handlingene dine samsvarer med denne kunnskapen. Ved å skape rom for identiteter og motivere øker man selvkontrollen.</p>	<p>Underbygger vår påstand om at selvbevissthet hindrer svikt i egofunksjonene.</p>

## Vedlegg 2

### PICO – skjema

<b>P</b> Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, evt hva som er problemet:	<b>I</b> Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for):	<b>C</b> Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak?  Beskriv det andre tiltaket?	<b>O</b> Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå:
<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
schizophrenia	nurse attitudes		mental illness
mental illness	physical order		symptoms
symptoms	medication		positive
positive	antipsychotics		ego
Norway	treatment		self-awareness