



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Et møte mellom to virkelighetsforståelser

A meeting between two understandings of reality

Manuela Heggdal og Marthe Sterten Lyngvær

Totalt antall sider inkludert forsiden: 67

Molde, 26.05.18



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

| Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6: | | |
|---|---|-------------------------------------|
| 1. | Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. | Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. | Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. | Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. | Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. | Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider | <input checked="" type="checkbox"/> |

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Ragnhild Michaelsen og May-Britt Storjord

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

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

Dato: 26.05.18

Antall ord: 10997

NOE

*Å lytte til ordene fra det andre mennesket
kanskje ikke til alle ordene
men til dem som kommer dumpende, nærmest av vanvare,
lytte
til klangen,
til smilet i stemmen
hvis den smiler
eller den brutte tonen i ordet som aldri skulle vært sagt.
Lytte
til pausen som plutselig er der,
plutselig for lang
og munnviken som skjelver umerkelig, for det er et eller annet bakenom
noe bittelite kanskje og meget ensomt
noe er det
noe*

(Carl Frederik Prytz 1978)

Sammendrag

Bakgrunn

Personer med diagnosen schizofreni lever i en virkelighet som er annerledes enn den de fleste erfarer. Indre tanker og forestillinger overtar og virkeligheten blir mindre vesentlig. De vanlige reglene for kommunikasjon og samhandling er endret og noen ganger opphevet.

Hensikt

Hensikten med litteraturstudien var å belyse sykepleierens erfaring med kommunikasjon og samhandling med personer med diagnosen schizofreni.

Metode

Systematisk litteraturstudie basert på 9 forskningsartikler med kvalitativ design og 1 tverrsnittstudie.

Resultat

Sykepleierens evne til effektiv kommunikasjon og evne til emosjonell kontakt i samhandling er viktige elementer i sykepleie til personer med diagnosen schizofreni. For å danne en terapeutisk relasjon var en avhengig av tillit, empati og forståelse. Sykepleierens personlige egenskaper og erfaring var avgjørende for tillitsrelasjonen. Å ha god tid i kommunikasjon og samhandling kom fram som en avgjørende faktor i utviklingen av en terapeutisk relasjon.

Konklusjon

Studien viser at det er viktig å ha gode kommunikasjons- og samhandlingsferdigheter i sykepleie til personer med schizofreni diagnose. Sykepleieren må arbeide med sine egne evner som empati, respekt, forståelse, og tålmodighet for å kunne danne en tillitsfull sykepleier-pasient relasjon. Det er forbedringspotensial når det gjelder å skaffe seg forståelse av psykose opplevelser.

Nøkkelord

Schizofreni, sykepleier, kommunikasjon, samhandling, terapeutisk relasjon

Summary

Background

People diagnosed with schizophrenia live in a reality that is different from what most people experience. Internal thoughts and ideas take over and reality becomes less significant. The common rules for communication and interaction are changed and sometimes abolished.

Purpose

The purpose of the literature study was to illuminate the nurse's experience of communication and interaction with persons diagnosed with schizophrenia.

Method

Systematic literature study based on 9 research articles with qualitative design and 1 cross-sectional study.

Result

The ability to communicate effectively and the ability to emotional contact in interaction is an important in nursing for people diagnosed with schizophrenia. Therapeutic-relationship was dependent on trust, empathy and understanding. The nurse's personal characteristics and experience were crucial to develop trust. Having time in communication and interaction emerged as a decisive factor in the development of a therapeutic relationship.

Conclusion

It is important to have good communication and communication skills in nursing for people with schizophrenia diagnosis. The nurse must work with her own abilities such as empathy, respect, understanding, and patience in order to form a trustworthy nurse-patient relationship. There is improvement potential in gaining understanding of psychosis experiences.

Keywords

Schizophrenia, nurse, communication, interaction, therapeutic relation

Innhold

| | |
|---|-----------|
| 1.0 Innledning | 1 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema | 1 |
| 1.2 Hensikt | 1 |
| 1.3 Problemstilling | 1 |
| 2.0 Teoribakgrunn | 2 |
| 2.1 Schizofreni | 2 |
| 2.2 Sykepleiens grunnlag | 5 |
| 2.3 Å møte hele mennesket | 5 |
| 2.4 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee | 6 |
| 2.5 Kommunikasjon og samhandling..... | 7 |
| 2.6 Terapeutisk relasjon | 9 |
| 3.0 Metodebeskrivelse | 10 |
| 3.1 Datasamling / søkeprosess | 10 |
| 3.2 Kvalitetsvurdering | 12 |
| 3.3 Etisk vurdering | 13 |
| 3.4 Analyse | 13 |
| 4.0 Resultat | 15 |
| 4.1 Kommunikasjon som bidrar til en terapeutisk relasjon | 15 |
| 4.2 En verden med forståelse, tillit og empati | 19 |
| 4.3 Hjelperens personlige egenskaper og erfaring bidrar til en tillitsfull relasjon | 21 |
| 4.4 Tid skaper gode relasjoner | 23 |
| 5.0 Diskusjon | 24 |
| 5.1 Metodediskusjon | 24 |
| 5.1.1 Datasamling og artikkelsøk | 24 |
| 5.1.2 Kvalitetsvurdering og etisk hensyn | 25 |
| 5.1.3 Analyse | 26 |
| 5.2 Resultatdiskusjon | 27 |
| 5.2.1 Kommunikasjon som et bærende element | 27 |
| 5.2.2 Samhandling er avgjørende for forståelse..... | 29 |
| 5.2.3 Utvikle en relasjon basert på trygghet og tillit..... | 30 |
| 5.2.4 Sykepleierens personlige egenskaper og erfaring | 32 |
| 5.2.5 Tid - et grunnvillkår for relasjonsbygging | 34 |
| 6.0 Konklusjon..... | 36 |

| | |
|-----------------------|----|
| Litteraturliste | 38 |
|-----------------------|----|

Vedlegg 1: søkehistorikk

Vedlegg 2: eksempel på utfylt sjekklister for kvalitetsvurdering

Vedlegg 3: oversiktstabell over inkluderte artikler

Vedlegg 4: bilde fra arbeidsprosess for å finne hovedfunn fra artikler

Vedlegg 5: bilde av plakater brukt under arbeidsprosessen til resultatdiskusjon

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valgt av tema

Schizofreni har til alle tider forundret og fascinert, men også skremt mennesker og er forbundet med mange fordommer. Kommunikasjon og samhandling representerer store utfordringer fordi de vanlige reglene for samspill og dialog er endret og noen ganger opphevet (Håkonsen 2014).

Schizofreni er den vanligste formen for psykose og man regner med mellom 5-10 nye tilfeller per 100 000 innbyggere per år. Det er til enhver tid 20 000 mennesker som har sykdommen i Norge. De fleste blir rammet av sykdommen i alderen mellom 18-28år, men det finnes også tilfeller da en person får diagnosen i 40-50 årsalderen. Schizofreni er en alvorlig sykdom. Den er som regel langvarig, og man må regne med flere tilbakefall (Snoek og Engedal 2000). Pasientens mentale kapasitet til å oppfatte virkeligheten, kommunisere og forholde seg til andre mennesker er svekket (Håkonsen 2014).

Vi ønsker med denne studien å øke kunnskapen om hvordan vi kan etablere en god samhandling basert på kommunikasjon og gjensidig forståelse. Som framtidige sykepleiere kan vi møte mennesker med schizofreni både i og utenfor institusjoner. Derfor er temaet viktig å belyse slik at ny kunnskap kan bidra til å kunne danne en terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasient.

1.2 Hensikt

Hensikten med litteraturstudien var å belyse sykepleierens erfaring med kommunikasjon og samhandling med personer med diagnosen schizofreni.

1.3 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere gjennom kommunikasjon og samhandling bidra til å legge grunnlag for en terapeutisk relasjon til personer med diagnosen schizofreni?

2.0 Teoribakgrunn

Her skal vi kort gjøre rede for schizofreni, sykepleiens grunnlag, å møte hele mennesket, Joyce Travelbee, kommunikasjon, samhandling og terapeutisk relasjon.

2.1 Schizofreni

Schizofreni er en psykoselidelse. I litteraturen beskrives psykose ofte som «en drøm i våken tilstand», og ofte opplever personen det som et mareritt - preget av angst, mye kaos, hallusinasjoner og vrangforestillinger. En psykose kan minne om en kraftig forvirringstilstand. De indre ideene og forestillingene personen har overtar, og virkeligheten blir mindre vesentlig. En psykotisk tilstand kan forklares som et ytterpunkt i den store variasjonen av følelsesmessige tilstander som livet innebærer. Både personen som blir rammet av en psykose, deres pårørende, venner og kollegaer kan oppleve situasjonen som uforståelig, dramatisk og skremmende. Fortvilelse, angst, usikkerhet preger ofte hverdagen (Håkonsen 2014).

En psykose kan vare over tid (måneder eller år) men de fleste er psykotiske i korte perioder eller kan veksle mellom å være psykotisk og å ha en mer «normal væremåte» (Snoek og Engedal 2000)

En psykose har disse kliniske kjennetegnene:

- Realitetsbrist
- Manglende sykdomsinnsikt
- Forstyrrelser av **Tenkning, Affekter, Persepsjon** ----**TAP** av realitet (Snoek og Engedal 2000 og Østraad 2016).

Tenkning/ Affekt/ Persepsjon

Tankeforstyrrelse – Hvordan presenteres tankene?

Personer i en psykotisk tilstand har ikke lenger kontroll over tankene sine. Uforståelig tale og setningsoppbygging samt ulogiske assosiasjoner er typisk. Det kan være vanskelig å

forstå sammenhengen i det personen snakker om fordi tankene skifter så fort. Personen kan finne opp nye ord (neologismer), og det kan være lite logikk i det personen vil formidle (Snoek og Engedal 2000).

Vrangforestillinger- Hva er det som presenteres?

Vrangforestillinger er uriktige og urimelige oppfatninger basert på ukorrekte slutninger om den ytre verden, men de er absolutt sanne for pasientene. De lar seg ikke korrigere fornuftsmessig fordi pasientene ikke har innsikt i sykdommen sin (Snoek og Engedal 2000).

Vi må skille mellom stemning som er en vedvarende og gjennomgående følelse og *affekt* som er kortvarig og ofte intens. Eufori, aggresjon og angst er noen eksempler (Håkonsen 2014).

Persepsjon er en aktivt meningsskapende prosess som er subjektiv og betyr å ha evne til å registrere, organisere og tolke sanseinntrykk. Forstyrrelse av persepsjon kan føre til hallusinasjoner. Hørselshallusinasjoner er den vanligste formen, men ved schizofreni forekommer også syns-, lukt- og berøringshallusinasjoner. Å høre stemmer er ikke uvanlig, men i en psykose er stemmene ofte befalende, nedsettende og truende. Det kan føre til at personen i verste fall vil ta livet sitt (Håkonsen 2014).

Årsaker

Det finnes flere årsaksforhold som kan virke inn på utviklingen av schizofreni. Både genetiske og biologiske forhold kan påvirke sykdomsutviklingen. Forandringer i hjernestrukturen antas å påvirke hjernens funksjon. Økt konsentrasjonen av dopamin kan fremkalle psykotiske symptomer. Dopamin er en viktig signalsubstans i hjernen som styrer mange funksjoner i hjernen, inkludert humør, stress og muskelkontroll. Mange personer med schizofreni har økt aktivitet i de deler av hjernen som inneholder mye dopaminevrone (Håkonsen 2014).

Psykologer mener at faktorer i miljøet - spesielt i familien har betydning for utvikling av schizofreni. Er miljøet rundt et barn preget av kritikk, fiendtlighet og følelsesmessig overinvolvering, vil dette sette sitt negative preg på barnet og senere gi forstyrrelser i

tanker og følelser. De ulike forklaringer på årsaken til schizofreni må ses i lys av at hvert menneske er unikt. Derfor må det først og fremst ses i sammenheng med hvordan vi som menneske reagerer i møte med påkjenninger, vår sårbarhet og vår mestringsevne (Cullberg 2005).

Symptomatologi

Begrepet schizofreni ble i 1911 lansert av den sveitsiske psykiateren Eugen Bleuler. Bleuler mente at schizofreni er en gruppe sykdommer med visse typiske symptomer som han kalte *grunnsymptomer*. Grunnsymptomene for diagnostikken er følgende: Assosiasjonsforstyrrelse, Affektive forstyrrelser, Ambivalens, Autisme = Bleuler's 4 A (Cullberg 2005).

Det finnes en inndeling av de schizofrene symptomene i positive (Type 1) og negative (Type 2) symptomer. Symptomene ved Type 1 er lett observerbare som uttalte vrangforestillinger som storhetsideer og forfølgelsesideer, uro/aggresjon, mistenksomhet og hat. Symptomene ved Type 2 er mindre påfallende. Følelsesmessig tilbaketrekning, affektmatthet, lite emosjonell kontakt, mangel på spontanitet, problemer med abstrakt tenkning og stereotyp tenkning (Snoek og Engedal 2000).

Schizofreni kan deles inn i tre undergrupper:

Hebefreni- opptrer tidlig, gjerne i tenårene, de negative symptomene er sterkt fremtredende.

Katatoni- plutselig start med enten sterk psykomotorisk uro eller tilstivning, pasienten kan få bydende hallusinasjoner som kan bli til fare for andre. Den type schizofreni er ofte et tegn på dårlig justert medikamentell behandling.

Paranoid schizofreni- vrangforestillinger dominerer som f.eks. forgiftnings- eller forfølgelsesideer, personen mener at man er egentlig en annen person eller har «magiske krefter» (Snoek og Engedal 2000).

2.2 Sykepleiens grunnlag

Å være sykepleier innebærer å vise grunnleggende verdier som respekt, forståelse og empati i samvær med sine pasienter. En aksepterende holdning viser pasientene at vi anerkjenner vedkommende som et verdifullt menneske (Kristoffersen 2011). Verdiuttrykk for psykiatrisk sykepleie er å se, å forstå og å møte den enkelte med sin lidelse og sine ressurser i sin livssammenheng (Hummelvoll 2012).

Sykepleierens verdigrunnlag er nedfelt i ICNs etiske regler for sykepleiere og i NSF's *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (Kristoffersen, Norvedt og Skaug 2011):

“Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket.” (Kristoffersen, Norvedt og Skaug 2011, 17)

2.3 Å møte hele mennesket

For å forstå andre må man både leve seg inn i hvordan andre opplever verden og avdekke hvilke motiver eller hensikter den andre handler ut fra. Dersom en pasient har en tilsynelatende meningsløs atferd, kan det likevel gi mening hvis en forsøker å forstå sammenhengen den forekommer i. Når en arbeider med mennesker er det nødvendig å ta vare på både forståelse og forklaring (Røkenes og Hanssen 2017).

Som yrkesutøver må du forholde deg til den andre som subjekt og medmenneske, til den andres opplevelse, følelser, ønsker og vilje. Å møte hele mennesket innebærer at du ikke bare møter den andre som et objekt. Objekter håndterer man, subjekter kommuniserer og samhandler man med. Det å forholde seg til den andre blir dermed mer fundamentalt enn det å gjøre noe med den andre.

(Røkenes og Hanssen 2017, 13).

Siden vi opplever verden på forskjellige måter, kan det være problematisk å forstå medmennesker. Vi må ha kjennskap til hvordan andre opplever verden for å kunne forstå dem. Vi har med oss for-forståelse, altså våre egne erfaringer, følelser og tanker i møter med andre mennesker. Når handlinger er forankret i forståelse av den andre, vil handlingene virke positivt på relasjonen. For at noen skal få en opplevelse av troverdighet og tilknytning, samt føle tillit og trygghet, må de føle seg forstått. Vi får del i den andres forståelse via kommunikasjon, og med den endrer vi også vår egen forståelse (Røkenes og Hanssen 2017).

Det betyr at våre egne tenkemåter, kultur, for-forståelse, eget teoretiske ståsted, bakgrunn, erfaringer og selv-forståelse påvirker hvordan vi kommuniserer med mennesker. Dette er viktig kunnskap som en må ha i tankene når en går inn i arbeidssituasjoner (Røkenes og Hanssen 2017).

2.4 Sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee

Joyce Travelbee har arbeidet som psykiatrisk sykepleier og har hovedfokus i sin tenkning som sykepleier på de mellommenneskelige aspekter ved sykepleie. Hun mener at det er en viktig sykepleieroppgave å gi mennesket hjelp til å akseptere sin sårbarhet som menneske og å formidle håp. Travelbee ser på hvert eneste menneske som en unik person - enestående og uerstattelig (Travelbee 1999). Det er avgjørende i vårt arbeid som sykepleiere å etablere et likeverdig menneske-til-menneske forhold.

Menneske-til-menneske-forhold

I følge Travelbee (1999) er menneske-til-menneske-forholdet et mål som nås etter at forholdet mellom sykepleier og pasient har gjennomgått flere faser.

Det innledende møte: vi danner et førsteinntrykk av hverandre som personer via observasjoner av den andres væremåte, handlinger og språk.

Framveksten av identiteter: fasen karakteriseres av vår evne til å verdsette den andre som unikt individ, og denne fasen danner grunnlaget for empati (Kristoffersen 2011).

Empati er en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer. Det er en evne til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket. Det er en prosess der den enkelte er i stand til å se forbi ytre atferd og fornemme nøyaktig den andres indre opplevelse på et gitt tidspunkt (Travelbee 1999,193)

Sympati: er et resultat av fase 3, formidles gjennom holdninger og væremåte og er knyttet til et ønske om å hjelpe pasienten

Gjensidig forståelse og kontakt: er resultatet av de fire forutgående faser; pasienten får stort tillit til sykepleieren som gjennom sine handlinger har vist seg å være en person han/hun kan stole på (Kristoffersen 2011).

2.5 Kommunikasjon og samhandling

Mellom sykepleier og den syke går påvirkning og motpåvirkning gjensidig frem og tilbake. De observerer hverandre og utveksler tanker, holdninger og følelser. En prosess for overføring av tanker og følelser eller meddelelse. Kommunikasjon og samhandling er så tett forbundet med hverandre at det er umulig å ha den ene uten den andre (Jensen og Ulleberg 2011).

Hverdagen er fylt av store og små møter mellom mennesker, og kommunikasjonen er limet som holder oss sammen. Det er ikke mulig å ikke kommunisere. Enten vi ser på hverandre og smiler, roper hei, hvisker god morgen eller ser en annen vei, kommuniserer vi. Både det du gjør og det du ikke gjør blir fortolket av noen (Jensen og Ulleberg 2011, 21).

Det er avhengig av at det en meddeler, vil bli mottatt – at det ikke blir avvist, ignorert, latterliggjort eller nedvurdert. Sykepleieren kommuniserer for å motivere og influere syke mennesker, samtidig som hun formidler omsorgen for pasienten. Gjennom persepsjon eller

kommunikasjon kan den andres verdi som unikt menneskelig individ komme til uttrykk (Travelbee 1999).

God kommunikasjon bør være effektiv og målrettet, samtidig som samhandlingen oppleves positiv for pasienten. Kommunikasjonsferdigheter og teknikker kan være gode hjelpemiddel for sykepleier og pasient når de skal nå et felles mål. I en terapeutisk relasjon er noen grunnleggende elementer vesentlige:

- **Oppmerksomhet**- hvordan vi på en hensiktsmessig måte orienterer oss mot pasienten - hvordan vi fester blikket, vender kroppen og om vi tar oss tilstrekkelig tid.
- **Lytting**- vår evne til å fange opp og forstå det budskapet som pasienten sender -både den verbale og nonverbale informasjonen.
- **Empati**- vår evne til og ferdigheter i å formidle forståelse til pasienten slik at pasienten opplever seg forstått og respektert.
- **Utforskning**- hvordan vi klarer å finne fram til og utforske tanker, opplevelser, følelser og atferd som pasienten har – og hvordan vi nytter dette videre i vårt terapeutiske arbeid (Håkonsen 1999).

En får mulighet til å snakke på en tillitsfull måte når en har en terapeutisk relasjon som baseres på respekt. Det kan gjøre det lettere for pasienten å åpne seg opp om hva som skjer i psykosene. Trygge møter blir avgjørende for å knytte bånd og gode allianser. Å bli vist respekt, bli lyttet til, bli sett og tatt på alvor handler om å ivareta vitale, etiske elementer i en relasjon. En må ta imot de ofte skjøre opplevelsesbilder som oppstår ved en psykotisk krise, på sensitive og åpne måter. Slik unngår en å krenke den andre. I øyekontakt ligger muligheten for å bekrefte den andre. Men et indre kaos kan gi vanskeligheter å møte andres øyne. Det er kraft i et trygt blikk, som kan gjenvinne psykisk likevekt og styrke pasientens følelse av å eksistere i en virkelig sammenheng (Haram 2004).

2.6 Terapeutisk relasjon

En terapeutisk relasjon, forstått som en bærende, hjelpende, støttende og legende relasjon, har som mål å skape positive forandringer i sykdomsforløpet hos pasienter. Grunnlaget er god samhandling mellom sykepleier og pasient (Røkenes og Hanssen 2017)

En relasjon oppstår ikke av seg selv, den er et resultat av samhandling mellom bruker og fagperson. En god relasjon hviler på en samhandlingsprosess som skaper tillit, trygghet og en opplevelse av troverdighet og tilknytning. Når samhandlingen fungerer slik, utvikles det en bærende relasjon. I en trygg relasjon er det lettere å forstå hverandre. Og når du forstår, kan du også handle på en mer fruktbar måte ovenfor den andre (Røkenes og Hanssen 2017, 27).

En bærende relasjon består av nærhet, ansvar, kontakt og kontinuitet. I møte med noen med diagnosen schizofreni, kan en ikke formidle stress og mangel på tid. Like viktig er det psykologiske nærværet, det vil si at pasienten har oppmerksomheten fra sykepleieren rettet mot seg. Samtidig som sykepleieren er tilstede med hele sin person. Gjennom dette kan sykepleieren «se den andre» med å møte den andres blick og formidle gjennom kroppsspråket at «jeg er her for deg» (Røkenes og Hanssen 2017).

3.0 Metodebeskrivelse

Retningslinjene til Høgskolen i Molde (Michaelsen, Eines og Jørgensen 2018) sier at bachelor eksamen i sykepleie skal gjøres som en litteraturstudie. Med krav om minimum ti forskningsartikler av tilfredsstillende kvalitet som kan utgjøre underlaget for bedømmelser og slutninger (Forsberg og Wengström 2013). Vi fant de inkluderte artiklene ved hjelp av PICO-skjema, artikkelsøk, kvalitetsvurdering og analysing av samtlige artikler.

3.1 Datasamling / søkeprosess

Med utgangspunkt i problemstillingen utarbeidet vi et PI(C)O-skjema. Dette tok vi med oss til vårt første møte med bibliotekar, for å få hjelp og veiledning til artikkelsøk.

PICO-skjema deler spørsmålet i problemstillingen opp på en hensiktsmessig og strukturert måte, slik at det gjøres lettere og foreta et systematisk litteratursøk (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim og Reinar 2016). Siden vår problemstilling ikke involverte noen slags sammenligning, endte vi opp med et PIO-skjema. Trunkering (*) hadde vi bak stammen av søkeord når vi ville ha et utvidet søketreff på det ordet, for eksempel nurs*, resulterte da i nurse, nurses og nursing.

| P | I | O |
|--|---|---|
| <i>Pasient/problem, som handler om hvilken type pasient eller hvilken pasientgruppe spørsmålet gjelder.</i> | <i>Intervention, hvilket tiltak eller hvilken intervensjon vi ønsker å vurdere.</i> | <i>Outcome, hvilket utfall eller endepunkter vi er interessert (Nortvedt et. al. 2016).</i> |
| Schizophren* Psychosis Nurs* Health professionals Health care professionals | Communication Communicat* Conversation Interaction | Nurse-patient relationship Nurse-patient relation Therapeutic relationship |

Inklusjonskriterier:

- Terapeutisk relasjon
- Kommunikasjon og samhandling
- Schizofreni
- Pasienter over 18 år
- Sykepleier
- Sykepleierstudenter
- Vitenskapelige og originale forskningsartikler
- Kvalitative studier
- Avgrensinger:
 - fra år 2000 til nåtid
 - norsk eller engelsk språk

Eksklusjonskriterier:

- Pasient- og pårørende perspektiv
- Fag- og reviewartikler

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene bidrar til å kunne finne mest mulig relevant forskning, men samtidig avgrense dette litteraturstudiet. Vi skulle skrive om voksne pasienter, så vi avgrenset det fra 18år+. Sykepleierstudenter ble inkludert siden erfaringen og kunnskapen til sykepleieren begynner å ta form allerede der. Vi ønsket nyere forskning, men avgrenset til artikler publisert etter 2000 for å få nok relevante treff.

Med utgangspunkt i PIO-skjemaet vårt startet våre artikkelsøk i forskjellige databaser.

Cinahl:

Vi tok et søk i Cinahl (14/1-18), en database som omfatter blant annet sykepleie. Med de booelske operatørene OR, AND og NOT blir søket utvidet, begrenset og spisset (Forsberg og Wengström 2008). Vi skrev communication på søkelinjen, da kom det mesh termer som vi kunne legge til, som communicate og conversation. Alt er detaljert beskrevet i vedlegg 1. Vi fikk ett treff på 1243 artikler. Vi gikk gjennom alle og så etter nøkkelord som kunne være relevante til vår problemstilling. 35 abstrakter ble lest, og 14 av disse ble lest grundigere. Noen var tilgjengelige i fulltekst så vi lastet de ned, men flere måtte bestilles

via BIBSY (en sentral leverandør av produkter og bibliotek tjenester). 2 artikler ble inkludert (Bakken 2007 og Belcher og Jones 2008).

Ett nytt søk ble gjort 8/2-18 med andre søkeord (detaljert beskrivelse vedlegg 1, side 2). Dette ga 36 treff, og av de leste vi 7 abstrakter. Av disse inkluderte vi 1 artikkel som var svært relevant (Hardin 1980). Søket 18/2 ga oss ett 41 treff (vedlegg 1, side 2). Vi leste 12 abstrakter og fant 5 artikler som virket relevante. 2 artikler ble inkludert (Doas 2012 og Björkman, Angelman og Jönsson 2007).

ProQuest:

Søket på databasen ProQuest 26/2-18 begrenset vi med limited search (detaljert beskrevet i vedlegg 1, side 3), men uansett så endte vi opp med 22,471 treff. Vi bladde oss gjennom noen sider med treff, og vi leste 24 abstrakter. 7 artikler virket innenfor temaet og ble lastet ned, og 2 artikkel ble inkludert (Orr, Kellehear, Armari, Pearson og Holmes 2013 og Lorem og Hem 2011).

Manuell søking:

Manuell søking skjer blant annet ved å ta personlig kontakt med forskere innenfor temaet (Forsberg og Wengström 2008). En forsker fra Høgskolen hadde foredrag i praksis og presenterte en relevant studie som ble inkludert (Unhjem, Vatne og Hem 2017). Via litteraturlisten til to artikler, fant vi studiene til Lapeña-Moñux (2015) og Toftehagen (2003).

3.2 Kvalitetsvurdering

Vi brukte sjekklister for kvalitative studier og tverrsnittstudie (Kunnskapssenter for Helsetjenesten 2014), og vi satte oss ned sammen for kvalitetsvurdering av artiklene. Sjekklister besto av spørsmål som kunne besvares med ja, nei eller uklart. Alle artiklene som er inkludert ble kvalitetsvurdert, ett eksempel på utfylt sjekklister er i vedlegg 2. Vi bestemte oss for at alle artiklene som svarte med «ja» på spørsmålene mellom 11-9 ganger, oppfylte kravet til å bli vurdert som god. De med 8-7 ja ble vurdert som middels, og de

med 6-0 ble vurdert som dårlige. I vår studie er inkludert 7 artikler med god kvalitet og 3 med middels kvalitet (vedlegg 3).

På Norsk Senter for Forskningsdata sitt register over vitenskapelige publiseringskanaler, sjekket vi om artiklene var publisert i godkjente tidsskrifter (NSD 2018). Alle tidsskriftene vi fant våre studier i var godkjente i nivå 1 eller 2.

3.3 Etisk vurdering

Etikk er ett viktig aspekt i all vitenskapelig forskning. Interessen for å innhente ny kunnskap skulle alltid veies imot kravet om å beskytte de individer som deltar i undersøkelsen (Forsberg og Wengström 2013). 5 av artiklene var etisk godkjent og en artikkel konkludert med at etisk godkjenning ikke var nødvendig, siden ubetydelig risiko ble stilt og all data var uidentifiserbar. De andre artiklene tok etiske hensyn til deltakerne med muntlig og skriftlig samtykke, mulighet for å trekke seg, anonymisering og tilstrekkelig informasjon om studien.

I forbindelse med litteraturstudien har vi ivaretatt etiske grunnlag blant annet ved å selv være redelig. Det har vi vært ved å inkludere mangfoldet og ikke bare enkelte funn som har passet oss. Vi har også stilt krav til kvaliteten på artiklene. Vi begge har erfaringer fra psykiatrien, og underveis har vi vært kritiske til hvordan vår forforståelse kunne ha påvirket vår studie.

3.4 Analyse

Vi har tatt utgangspunkt i Evans (2002) fire faser for å jobbe systematisk og strukturert i analysearbeidet. Det står beskrevet i Retningslinjene til Bacheloroppgaven Eines, Michaelsen, Grønvik og Hauvik 2018 om systematisk databearbeiding, hvor det viktigste innholdet blir kondensert, redusert og fokusert. Analyse betyr å dele opp i mindre deler og undersøke det hver for seg, for deretter å gjøre en vid syntese. Syntese innebærer å sette sammen deler til en ny helhet (Forsberg og Wengström 2013).

Første fase går ut på å samle relevant datamateriale via databasesøk og andre medier (Evans 2002). Vi gjennomførte forskjellige strategiske databasesøk med våre nøkkelord, inklusjons- og eksklusjonskriterier, samt manuelle søk (se punkt 3.1).

Fase to handler om å identifisere og samle hovedfunnene (Evans 2002). Alle artikler var på engelsk, men vi valgte å oversette de til norsk for å kunne lese begge utgavene. Vi leste artiklene nøye sammen, og streket under alle relevante funn for vår problemstilling. Deretter satt hver for oss og leste alle artiklene på nytt. Så møttes vi for å sammenligne resultatene, og de viste seg å være ganske like. En oversiktstabell over alle relevante funn ble laget for bedre oversikt (vedlegg 4).

I tredje fase skriver Evans (2002) om hvordan en må knytte hovedfunnene i temaer på tvers av studier, og lage hovedtema med eventuelt undertema. Vi lagde fargekoder for forskjellig funn og nøkkelord som vi mente tilhørte i samme tema. Deretter samlet vi alle funnene med samme farge, og utarbeidet fire hovedtema med noen undertema (vedlegg 5).

I fjerde fase skulle alle funnene samles i synteser under de forskjellige hovedtemaer og presenteres i oppgavens resultatdel (Evans 2002). Vi utarbeidet synteser under alle hovedtemaene som representeres i resultatdelen. Her er en oversikt over våre fire hovedtema:

Hvordan kan sykepleiere gjennom kommunikasjon og samhandling bidra til å legge grunnlag for en terapeutisk relasjon til personer med diagnosen schizofreni?

Kommunikasjon som bidrar til en terapeutisk relasjon.

En verden med forståelse, tillit og empati.

Hjelperens personlige egenskaper og erfaringer bidrar til en tillitsfull relasjon.

Tid skaper gode relasjoner.

4.0 Resultat

4.1 Kommunikasjon som bidrar til en terapeutisk relasjon

For at sykepleier gjennom kommunikasjon kunne bidra til å skape en terapeutisk relasjon til personer med diagnosen schizofreni, krevdes evne til effektiv kommunikasjon, samt evne til emosjonell kontakt og samhandling (Bakken 2007, Belcher og Jones 2008, Björkman, Angelman og Jönsson 2007, Hardin 1980, Lapeña-Moñux et al. 2015, Lorem og Hem 2011, Orr et al. 2013 og Toftehagen 2003).

4.1.1 Effektiv kommunikasjon

Effektiv kommunikasjon ble fremhevet i flere artikler, og omhandlet flere elementer; Tålmodighet, snakke tydelig og konkret, unngå feiltolkninger, manifestasjon av følelser i meldingen, empati, autentisitet, erfaring, og aktiv lytting (Bakken 2007, Belcher og Jones 2008, Lapeña-Moñux et al. 2015 og Orr et al. 2013).

Når en snakket med personer med hørselshallusinoser, var tålmodighet et avgjørende element. Både for å lytte til eller stille spørsmål, men også generelt i alle situasjoner. En måtte være tydelig, formidle et konkret og klart innhold samt stille enkle spørsmål. Å unngå feiltolkninger var viktig for oppbyggingen av gode sykepleier-pasient forhold. Dersom sykepleierens budskap var tvetydig for pasienten slik at det ble misforstått, prøvde en å oppklare eventuelle misforståelser (Bakken 2007, Lapeña-Moñux et al. 2015 og Orr et al. 2013).

Manifestasjonen av følelser i meldingen viste ofte betydningen sykepleieren gir i innholdet. Men mange hadde vanskeligheter med å uttrykke følelsene sine når de snakket. Empatisk holdning tillater oss å se verden gjennom linsen til andre, og autentisitet ga holdningen av å være oppriktig og ærlig med seg selv og andre. Begge sistnevnte er nært knyttet med respekt for andre. Resultater viste at effektiv kommunikasjon oftest utførtes av erfarne medarbeidere og økte desto mer med emosjonell støtte fra ansatte (Bakken 2007, Lapeña-Moñux et al. 2015 og Orr et al. 2013).

Eksistensen av effektiv kommunikasjon basertes også på aktiv lytting. Å lytte involverer en to-veis prosess mellom sykepleier og pasient. Betydningen av aktiv lytting til pasientene, som kun ville være mulig gjennom riktig tilbakemelding til pasientens budskap når det gjelder innhold, følelser og forespørsel (Belcher og Jones 2008 og Lapeña-Moñux et al. 2015).

Flere artikler omtalte at pasientene ble påvirket av kommunikasjon som ikke var effektiv. Når ansattes kommunikasjon oppfattes som meningsløs av pasienten eller den var manglende mellom sykepleier og pasient, resulterte det i mangel på forståelse og tillit. Det ga også større sannsynlighet for uorganisert atferd. Sykepleiernes karakter når hun snakket og tonen i stemmen kunne gi samme utfall (Bakken 2007, Belcher og Jones 2008 og Lapeña-Moñux et al. 2015).

Å kommunisere gjennom følelser når ord mangler

Viktige funn viste at sykepleier tar på alvor det psykotiske menneskets forsøk på å uttrykke seg verbalt og nonverbalt i relasjonen. Etablering av kontakt på et følelsesmessig nivå var viktig når verbal kommunikasjon sviktet. Sykepleierne brukte tid, evne og vilje til å skape dialog med mennesker i psykotisk tilstand. Sykepleiere tok frem at de opplevde at pasientene var veldig bevisst på kroppsspråk og tone når verbal kommunikasjon sviktet (Toftehagen 2003 og Lorem og Hem 2011). Ene sykepleieren i Lorem og Hem (2011) uttalte:

You have to communicate through feelings when words are lacking.. they can still express it through their actions and behaviour, and feelings... Their feelings are there, and it's at the emotional level you have to empathize with the patient, and the emotions are what we communicate with
(Lorem og Hem 2011, 117).

Funn omtaler at sykepleiere vurderte personer med schizofreni som de vanskeligste å snakke med og oppfattet de som å være mest annerledes i sammenligning med andre

mennesker. Det ble funnet korrelasjon mellom personalets atferd/kommunikasjon og pasientenes oppførsel. Effektiv kommunikasjon ble knyttet til organisert oppførsel og initiativ hos pasienter med psykose lidelser. For å harmonisere med pasienten krevdes et intuitivt hensyn til eller følsomhet overfor vedkommende. I slike situasjoner ble personlig kontakt med pasienten sentralt og kunne oppstå utelukkende på et følelsesmessig, empatisk nivå. Denne formen for taus kommunikasjon oppleves som ekte, personlig kontakt, selv om forståelsen kan være diffus. Denne kontakten er essensiell for pasientens tillit til ansatte og et utgangspunkt for videre samhandling (Bakken 2007, Björkman, Angelman og Jönsson 2007 og Lorem og Hem 2011).

Funn viser at en skal diskutere med pasienten om hvordan vedkommende håndterer hørselshallusinose, for å kunne bruke det videre i samhandlingen. Å redusere sensorisk stimuli er av sentral betydning for å beskytte psykotiske mennesker. Hensikten er å øke pasientens indre samling gjennom å redusere ytre inntrykk. Alt fra krav og påkjenninger som mennesker med psykotiske lidelser må mestre i hverdagslivet, men også konkrete interiør som bilder og farger (Orr et al. 2013 og Toftehagen 2003).

Samhandling mellom to ulike virkelighetsforståelser

Samhandling med mennesker som har en schizofreni diagnose byr ofte på utfordringer når det gjelder forståelse, kommunikasjon, samhandling og tolking av atferd (Hardin 1980, Lorem og Hem 2011, og Orr et al. 2013).

Sykepleiere tok frem at for å forstå psykose er en av de viktigste aspektene å finne mening og samspill. Reetablering av mening er ettertraktet, og forståelse tar form under praktiske samhandlinger og dialog. Et særpreg for samhandling mellom personer med schizofreni er at kommunikasjonen er uregelmessig og viser ikke en ordnet fremgang som den normalt gjør. For eksempel så hadde de begrenset engasjement som sporadisk avtok til slutten av samhandlingen. Den nonverbale kommunikasjonen demonstrerte også ulogisk progresjon i samhandlingen; Samsvarende endringer av kroppsstilling reduseres, inkluderingen øker og bevegelser mot/vekk fra samtalepartner svinger. Nonverbalt engasjerende atferd avslørte

liten varighet, og denne ulikheten økte etter hvert som samhandlingen utviklet seg (Hardin 1980 og Lorem og Hem 2011).

Kunnskap vedrørende atferden til personer med hørselshallusinose ble endret etter workshop med samme tema (Orr et al. 2013). Før kunne atferden som ble observert hos dem med hørselshallusinose bli sett på som «upassende». Ny bevissthet gjorde at de så på atferden som et resultat av hørselshallusinose, og de påkjenningene den ga. Den ene av sykepleierstudentene fortalte i Orr et al. (2013):

“I think it was a very useful experience. I thought I was empathic to the experience of hearing voices, but really I don't think I understood how behaviour e being withdrawn, irritable, distracted e was a totally appropriate response to hearing voices”

(Orr et al. 2013, 533)

I følge Lorem og Hem (2011) har mennesker en trang i seg til å få orden på ting. Å skape mening ble sett på som en måte for pasienten å takle traumatiske opplevelser og symptomer. Personer med psykose har et aktivt, fortolkende forhold til sine egne opplevelser. Selv i vrangforestillinger-lignende uttrykk søkte personen mening.

Ulike strategier ble brukt for å utdype denne for-forståelsen:

Personlig identifikasjon: å forestille seg i pasientens situasjon.

Bruke tid: å samhandle med pasienten i en lang periode og gradvis gjøre seg kjent med pasientens historie, personlighet, interesser, bakgrunn og reaksjonsmønstre. Slik kan de gradvis se sammenhenger og kontekster for tilsynelatende usammenhengende kommunikasjon/atferd.

Dialog: Deltakerne snakket om samhandling med pasienter som en del av egen innsats for å forstå pasienten. Anerkjennelse av mulighet for å gå inn i fortellinger og se på dem som meningsfulle uttrykksformer er avgjørende. Denne prosessen ble sett på som et terapeutisk verktøy for å skape forståelse (Lorem og Hem 2011)

4.1.2 En verden med forståelse, tillit og empati

Flere artikler omtalte ulike aspekter som en terapeutisk relasjon er avhengig av. Dette omfatter forsøk på forståelse og en allianse med trygghet, tillit og empati (Belcher og Jones 2008, Lorem og Hem 2011, Orr et al. 2013 og Toftehagen 2003).

Vit at du ikke forstår, men regn med at det er noe å forstå

Funn viste at sykepleierne søker forståelse av hvordan pasienten erfarer å være i psykose. Det kan lærer dem å se problematikken mer helhetlig (Lorem og Hem 2011 og Orr et al. 2013).

Sykepleiere i Lorem og Hem (2011) observerte en konflikt mellom kropp, språk, generell atferd og tale hos en pasient. Selv om alle de ytre tegn tydet på at pasienten var veldig redd, kunne ikke pasienten bekrefte dette. Typiske situasjoner omfatter situasjoner der personens handlinger eller ord ikke helt gir mening for sykepleieren. Pasienten opplevde noe som var utenfor sykepleierens forståelse. Dermed kan det være nesten umulig å danne en forståelse av det første perspektivet eller tankegangen til pasienten. En sykepleier innrømmet engang til pasienten at hun ikke kunne forstå ham:

«But the fact that it led to a kind of system that he has to relate to in that particular way, all I could say was 'I can't follow it, it goes too fast for me, it's just too much for me', and when I said this, the patient said 'that's just the way it is!' And then we'd made contact» (Lorem og Hem 2011, 116)

Lorem og Hem (2011) omtaler å harmonisere eller tilpasse ens sinn til en sak eller idé. Det er en gjensidig avhengige prosess med å forestille seg i en annen persons sted, som medfører en følsomhet for forskjellige faktorer som påvirker en persons oppfatninger og situasjon. Å sette seg inn i den andre personens sko, slik at den andre føler seg forstått. I Orr et al. (2013) fikk bevisstheten om betydningen av hørselshallusinose en dypere forståelse og empati som en mengde klinisk praksis ikke kunne gi. Det påvirket dagligdagse aktiviteter og evnen til å konsentrere seg og tenke. Følelsene som ble vekket

av opplevelsen inkluderte følelser av nød, bli redd, skremt og overveldet. En sykepleierstudenten fortalte at erfaringene hun fikk av stemmene var distraherende og av plagsom karakter:

“It’s really, really, really difficult to concentrate on anything but the voices. It must be so exhausting to cope with hearing voices on a daily basis” (Orr et al. 2013, 532).

En kunne få forståelse for de følelsene og erfaringene til personene med hørselshallusinose, ved å snakke om erfaringene som inkluderte innholdet, frekvensen og volum av stemmene. Verdien av å forbindes terapeutisk med stemmehørerne var å skape empatisk forståelse (Lorem og Hem 2011 og Orr et al. 2013).

Kollapsen av forståelse er vanlig og ved gjenopprettelse av mening, tar forståelse form under praktiske samhandlinger, dialog, i hverdagens aktiviteter og følelsesmessig menneskelig kontakt (Lorem og Hem 2011).

En allianse med trygghet og tillit

Å skape en tillitsrelasjon dreier seg om hvordan sykepleiere erfarer å skape en allianse, hvor målet er å gi mennesker med psykoselidelser trygghet, tillit til seg selv og menneskene vedkommende er i relasjon til (Belcher og Jones 2008, Lorem og Hem 2011 og Toftehagen 2003).

Tillitsforholdets utvikling består av flere elementer; personligheten til pasient og sykepleier, å føle seg komfortable med hverandre, å tilby den beste omsorgen, å nærme seg det psykotiske mennesket, å begrense inntrykk og å skape trygge grenser. Mennesker som er psykotiske har en mistillit til andre mennesker som preger deres vrangforestillinger, forvirring og hallusinasjoner. Sykepleieren undrer seg om det er en alvorlig forhistorie hos pasienten som trer frem som en realitetsbrist. Det er viktig å gi pasienten trygghet på at han blir tatt imot som den han er, og det å kunne se det psykotiske menneskets ressurser like mye som symptomer på en psykose og hva det medfører seg. Gjennom denne prosessen gir sykepleier terapeutisk omsorg. En

tillitsrelasjon er en forutsetning for å tilegne seg en forståelse av pasientens opplevelser (Belcher og Jones 2008, Lorem og Hem 2011 og Toftehagen 2003).

4.3 Hjelperens personlige egenskaper og erfaringer bidrar til en tillitsfull relasjon

I flere artikler kom det fram at både sykepleierens personlige egenskaper og erfaring er viktige faktorer som kan bidrar til en tillitsfull relasjon i samhandling med pasienter (Bakken et al. 2007, Belcher og Jones 2008, Björkman, Angelman og Jönsson 2007, Lorem og Hem 2011, Tofthagen 2003 og Unhjem, Vatne og Hem 2017).

Personlige egenskaper som nevntes er: ærlighet, vennlighet, evne til å formidle trygghet og vilje til å ta vare på andre. Å vise interesse, ønsket om å kunne gi den beste omsorgen og å vise respekt er grunnleggende egenskaper som bidrar til en tillitsfull relasjon. Flere deltakere mente at følsomhet overfor pasientens signaler kunne bidrar til en ytterlig forbedring av relasjonen. Hvis sykepleier og pasient ikke føler seg trygg på hverandre, kunne dette hindre en holistisk tilnærming som vanskeliggjorde en sykepleier-pasientrelasjon basert på tillit (Belcher og Jones 2008, Lorem og Hem 2011 og Tofthagen 2003).

Erfaring bidrar til samarbeid når verbal kommunikasjon svikter

Flere funn viste at pasienter føler seg tryggere på en sykepleier som har mye arbeidserfaring. Noen deltakere mente også at pasientene ville ha en større grad av tillit til en sykepleier med mindre erfaring. En nyutdannet sykepleier ville søke om råd når han blir usikker og innrømmer at han ikke vet alt (Belcher og Jones 2008). I følge Bakken et al. (2007) kommuniserer sykepleiere med mer enn 5 års erfaring mest effektivt. Erfaring bidrar til samarbeid når verbal kommunikasjon svikter. Erfarne sykepleiere kan tolke pasientens nonverbale signaler ut i fra deres tidligere erfaringer. Dyktige sykepleiere vil prøve å forstå pasientens opplevelser ved å forestille seg: «Hvordan ville jeg reagere i den

situasjonen pasienten befinner seg i?»). Alder og arbeidserfaring har innvirkning på holdninger til spesifikke psykiske lidelser. Det forekommer mindre negative holdninger og fordommer hos sykepleiere som har mye arbeidserfaring. Deltakerne kommenterte at de følte seg nervøse og frustrerte når de hadde for lite erfaring til å kunne danne en god relasjon til en ny pasient. Sykepleierne mente at for å kunne hjelpe hverandre med å bære og utholde det psykotiske menneskets smerter, er det viktig å snakke med hverandre, få råd og veiledning. Det å dele erfaringer hjelper sykepleierne til å nyansere sitt syn på pasienter med psykose (Björkman, Angelman og Jönsson 2007, Lorem og Hem 2011 og Tofthagen 2013).

Sykepleier Nina i Lorem og Hem (2011) uttalte:

I felt that I got an alliance, and that they could now tell me much more about what actually went on on the inside, their thoughts and experiences . . . because I get those small dialogues; I manage to grasp what it is. It's an inner world of thoughts, which are in a way incomprehensible for us, and when they do dare to share it, it's fascinating to hear what's really going on
(Lorem og Hem 2011, 117).

Deling av personlige erfaringer bidrar til normalisering

Studien til Unhjem, Vatne og Hem (2017) beskrev hvordan sykepleiere selv deler egne personlige erfaringer med deres pasienter og hvorfor de valgte å avsløre noe om seg selv. Både sykepleiere og pasienter må forholde seg til et bredt spekter av opplevelser og følelser i livet. Å snakke om felles erfaringer kan til en viss grad hjelpe til å normalisere pasientens opplevelser og skape tillit. Da kan det være mulig at pasienten åpner seg mer, og det kan videreutvikle en terapeutisk relasjon. Dessuten kan det være en påminnelse om at alle kan ha perioder da livet oppleves som vanskelig, og for noen deltakere var det viktig å understreke en felles menneskelighet. Det kom også frem, at det å snakke om felles erfaringer kan ha negative sider for eksempel når sykepleierens problem står i fokus. I studien til Belcher og Jones (2008) hadde flere deltakere erfaring fra egen familie med enten sykdom eller sykehusopphold. Disse erfaringene bidro til å danne en relasjon til

deres pasienter. Funnene viste også at det ikke alltid er nødvendig med erfaring for å kunne sette seg inn i en annen sin situasjon og å kunne vise medfølelse.

4.4 Tid skaper gode relasjoner

Å bruke god tid i kommunikasjon og samspill mellom sykepleier og pasienter med diagnosen schizofreni kom fram som en avgjørende faktor i utviklingen av en terapeutisk relasjon (Belcher og Jones 2008, Doas 2012, Lorem og Hem 2011, Tofthagen 2003).

Funn viste at tid er helt avgjørende for å kunne tilnærme seg pasienten på en holistisk måte. To viktige komponenter til holistisk omsorg er muligheten til å være komfortable med hverandre og bruke tid sammen med pasienten. Sykepleiere som tok seg tid til å snakke med pasienten, selv om det var travelt, viste at de bryr seg og tar pasientene på alvor. Det kom klart fram at det tok tid å bli kjent med hverandre, men at det var grunnleggende for å kunne danne en god relasjon. Å ta seg tid til å lytte til pasientens problemer er en viktig del av kommunikasjonsprosessen og avgjørende for å utvikle et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient. Sykepleierne arbeider med pasientene i faser over år og det å danne en relasjon anses som en prosess. Etter hvert i prosessen bruker de mindre tid på å skape en tillitsrelasjon (Belcher og Jones 2008, Lorem og Hem 2011 og Tofthagen 2003).

I think it takes time to be able to trust. I don't think it's something that just happens. I think you need to work hard towards it. (En deltaker i Belcher og Jones 2008, 147)

Våre funn indikerte at det finnes utfordringer og negative sider med tanke på tidsaspektet i sykepleierhverdagen. En sykepleier kunne bruke tiden sammen med pasienten, men foretrakk å prate med kollegaene. (Belcher og Jones 2008). Doas (2012) skrev at høy tidspress anses som et stort problem. Deltakerne ga uttrykk for at det er vanskelig å gjennomføre gode terapeutiske interaksjoner under tidspress, bruke mer tid på «brannslukking» vs. terapeutiske interaksjoner og det resulterte i lav moral og sårbarhet hos de ansatte.

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

I metodediskusjonen skal vi kritisk vurdere og diskutere styrker og svakheter med metodens ulike deler.

5.1.1 Datasamling og artikkelsøk

Vi fikk veiledning med bibliotekar for hjelp til å forbedre søkestrategien. Vi ser på det som en styrke, da det ga en mer effektiv søkeprosess. Vi hadde lite erfaring med å søke etter forskningsartikler, det ser vi på som en svakhet siden vi kan ha gått glipp av viktige funn. En tidlig start med artikkelsøk og et kontinuerlig arbeid, er en styrke i vår studie. Vi opplevde artikkelsøkene som en svært krevende prosess. Det ble gjort mange søk før vi fant alle artiklene. Selv om vi opplevde den fasen som krevende, ser vi på den i etterkant som en nyttig læringsprosess.

Artikkelsøkene ble gjennomført i flere databaser, men vi har kun inkludert artikler fra Cinahl, ProQuest og via manuelt søk. Søk i flere databaser ser vi på som en styrke, da det er større sannsynlighet for at vi ikke har gått glipp av viktige funn. Søket i ProQuest ga 22,471 treff og vi leste flere sider og 24 abstrakter. Det er sannsynlig at vi kan ha gått glipp av gode artikler, da vi ikke bladde gjennom alle treffene. Det er en mulig svakhet for studien.

Vi ønsket primært å inkludere sykepleiere, men for å få nok artikler måtte vi utvide søkene med helsepersonell. Dette var fordi behandlingen av pasienter med schizofreni alltid er tverrfaglig, men vi har kun inkludert erfaringen til sykepleieren fra artiklene.

Vi ønsket å inkludere nyeste forskning i vår studie, men vi fant ikke nok artikler. Det finnes grunnverdier og ferdigheter i kommunikasjon og samhandling som er like aktuelle i dag som for flere år siden. Siden de ikke behøver å være helt nye for å være relevante, har vi i hovedsak inkludert artikler fra 2000 til nåtid. Den ene artikkelen er fra 1980, men vi syns den bidro til å besvare vår problemstilling. Innholdet i artikkelen samsvarer med det

boken til Haram (2004) skriver om samhandling med personer med diagnosen schizofreni. Dette underbygget vår avgjørelse om å inkludere artikkelen i vår studie.

Vi har inkludert 9 kvalitative artikler og en tverrsnittstudie. Siden vi har en kvalitativ problemstilling, kan det være en svakhet at vi har inkludert en tverrsnittstudie.

Spørreskjemaet i tverrsnittstudien ga ett større datagrunnlag av erfaringer og det var relevant for å besvare vår problemstilling. Så blandingen av to metoder kan også sees på som en styrke.

5.1.2 Kvalitetsvurdering og etisk hensyn

I starten hadde vi lite erfaring med kvalitetssikring. Dette kan ses på som en svakhet da vi kan ha vurdert feil. Men vi har arbeidet grundig med kvalitetsvurdering, noe som kan ha styrket arbeidet vårt. Sjekklistene og oversiktstabell ga oss et overblikk over innholdet i artiklene og kvaliteten, dette har vi hatt mye nytte av gjennom hele studien. Det ble kastet flere artikler på dette stadiet, det var feil perspektiv eller kvaliteten holdt ikke den standarden vi ville ha. Vi ønsket å inkludere kun artikler med god kvalitet. Men vi måtte inkludere noen med middels kvalitet som følge av mangel på nok gode. Vi leste gjennom alle artikler flere ganger hver for oss og sammen, vurderte og diskuterte i lag. Dette resulterte i at vi fant flere relevante detaljer, noe som styrket vår studie.

Det var viktig for oss med etisk godkjenning eller hensyn fordi dette ivaretar de menneskene som valgte å delta i studiene. Ved å være redelig vil vårt resultat grunne ut i fra aktuelle funn og ikke være påvirket av egne meninger. Vi begge har erfaringer fra arbeid i psykiatrien. Det gir en forforståelse som kan ha påvirket både utvalg av artikler og analysen av disse, selv om vi har prøvd sterkt å unngå det. Det ser vi på som en mulig svakhet. Erfaringen kan også gi oss en forkunnskap som kan være nyttig når det gjelder å vurdere hva som er viktige elementer i dette temaet. Det ser vi på som en styrke. Vi ville skrive en oppgave vi kunne være stolte av, og derfor har vi hatt dette som en av grunnsteinene i vårt arbeid. Vi ser på det som en styrke at etiske hensyn er tatt vare på.

5.1.3 Analyse

Vi leste artiklene flere ganger sammen og alene, og laget en tabell med alle hovedfunn for å få en oversikt og for å kunne sammenligne alt innhold. Vi mener det var nødvendig å lese resultatene grundig flere ganger og diskutere funnene, på den måten sikret vi at alle relevante funn ble oppdaget. Det ser vi på som en styrke.

Siden vi brukte google translate til å oversette fra engelsk til norsk språk i artiklene, ble det ofte litt uklare oversettelser. Vi prøvde vårt beste på å være oppmerksomme på dette, men det kan ha skjedd en glipp fra vår side. Dersom det har skjedd har det kunnet påvirke resultatet, og det gir en mulig svakhet i både analyse- og vurderingsprosessen. Samtidig ser vi på det som en styrke at vi oversatte, siden vi kunne mistet relevante funn også ved å kun lese den engelske utgaven.

Det å lage fargekoder i tabellene ga oss en bedre oversikt og var veldig nyttig i arbeidet. Vi mener at det var en god måte å kunne opparbeide forskjellige hovedtema i resultatdelen. Dette systematiske og nøyaktige arbeidet styrker vår studie.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Kommunikasjon som et bærende element

Våre funn viser at evne til effektiv kommunikasjon, evne til emosjonell kontakt og samhandling er avgjørende når det gjelder å skape ett grunnlag for en terapeutisk relasjon. Viktige elementer i effektiv kommunikasjon omhandler å snakke tydelig og konkret, manifestasjon av følelser i meldingen og å unngå feiltolkninger. Dette støttes av Håkonsen (1999) som omtaler at god kommunikasjon bør være effektiv og målrettet. Men ikke bare nyttes som et middel for å nå et mål, samhandlingen må oppleves som positiv for den syke. Travelbee (1999) sier det er umulig å utforme eller følge faste regler og prosedyrer i samhandling med mennesker siden alle er unike. Dette bekrefter Håkonsen (2017), Vatne (2003) og flere av våre funn i studien, som viser at vrangforestillingene hos personer med schizofreni gjør at normal sosial omgang blir vanskelig. Mange er ofte ambivalente og kan ha motstridene følelser og tanker som hemmer enhver aktivitet eller tanke. Pasientene kunne bli opplevd som mindre reflekterte og logisk tenkende i psykose. Fordi de var styrt av irrasjonelle og kaotiske tanker, manglet de ofte kontroll over hvordan virkeligheten var og over seg selv. Psykosen kunne oppfattes som en språkløs tilstand, som skapte store forståelse- og fortolkningsproblemer.

I følge Travelbee (1999) bør ingen sykepleier presse seg til å bruke en bestemt kommunikasjonsteknikk, dersom det resulterer i at spontaniteten og naturligheten blir borte i den mellommenneskelige prosessen. Målrettede og effektive kommunikasjonsteknikker krever at sykepleieren har og kan bruke en disiplinert og intellektuell tilnæringsmåte, kombinert med en terapeutisk bruk av seg selv. En hendelse fra egen psykiatripraksis underbygget at kort, konkret og enkel kommunikasjon kan være best i samtale med noen som hører stemmer. En mann hadde problemer med å svare på lange og detaljerte spørsmål, og mistet fort fokus i samtaler. Men når en stilte korte og enkle spørsmål, fikk vi alltid svar og han deltok litt i samtaler.

Funn i vår studie viste at tålmodighet, genuin interesse i å hjelpe den andre og aktiv lytting var avgjørende i kommunikasjon med psykotiske mennesker. Dette støttes av Hummelvoll (2012) som sier det ligger en utfordring i å bli kjent med personens virkelighetsoppfatning

når de har en psykotisk lidelse. En må være tålmodig og interessert og arbeide seg frem til kontakt, og slik få en felles forståelse av ordene. I følge Håkonsen (1999) må vi først ha oppmerksomheten rettet mot pasienten før vi kan hjelpe. I noen tilfeller er det nok bare å være tilstede med et annet menneske, uten at det er nødvendig å si noe.

Andres oppmerksomhet er grunnleggende for utvikling av tillit. En viser oppmerksomhet på fire måter. Å vende kroppen mot pasienten viser at vi fokuserer oppmerksomheten vår mot pasienten, det er kroppens ord for at en er klar for å ta imot et budskap. Åpenhet signaliseres ved å la armene hvile avslappet ned og lene oss framover. Øyekontakt er ett av de viktigste signalene på oppmerksomhet. Gjennom øynene kan vi formidle tillit og bidra til å skape en atmosfære av troverdighet. Å være avslappet handler om å ha nok tid, sette seg ned og gjøre det mulig å etablere god kontakt. Når vi er avslappet signaliseres respekt og troverdighet, det kan lette samarbeidet senere (Håkonsen 1999).

Jensen og Ulleberg (2011) omtaler hvordan vi kan lytte empatisk og følsomt og hvordan man kan lytte med hele seg. En må være oppmerksom og åpen for alt som kommuniseres parallelt med ordene som sies, hvordan de sies, hvordan kroppsspråket understreker det som sies og hvilken sinnsstemning man oppfatter at den andre er i. I følge Travelbee (1999) er målet med aktiv lytting forståelse; forstå personens atferd og nonverbale signaler, å forstå det verbale budskapet og forstå personen. En erfaren sykepleier vil raskt oppfatte når pasienter søker å regulere kommunikasjonen med forskjellige signaler, og dermed reagere på en støttende og oppmuntrende måte. Dette støtter under vårt funn om at erfaring og emosjonell støtte bedrer kommunikasjonen.

En må være oppmerksom på faktorer som kan hindre oss i å lytte så åpent og medfølende som en ønsker. Er man negativ eller kritisk innstilt til vedkommende en snakker med, vil det påvirke hvordan en hører og tolker det vedkommende sier. Å være mest opptatt med hva en skal få sagt eller gjort i samtalen, dårlig tid, snakking i høyt tempo, eller ytre forstyrrelser virker også negativt på lyttingen (Jensen og Ulleberg 2011).

I følge Haram (2004) er nonverbal kommunikasjon selve grunnlaget for god verbal kommunikasjon. Travelbee (1999) forteller at for å forstå nonverbal kommunikasjon, må vi lytte til helheten, og ikke bare feste oppmerksomheten på enkeltdeler. Et smil, en håndbevegelse eller grimase kan både være en viktig informasjonskilde, samtidig kan det

være mindre vesentlig siden det er andre forhold i situasjonen som forklarer atferden. Flere funn ved vår studie viser det samme som Travelbee (1999) og Haram (2004) forteller; schizofreni påvirker personens evne til å forstå og forholde seg adekvat i samhandling med andre mennesker. Hummelvoll (2012) og Vatne (2003) forteller hvordan personer med schizofreni har problemer med å fokusere og konsentrere seg, siden flere tanker konkurrerer samtidig. Det nonverbale var sterkt preget av mistenksomhet, som bunnet i en grunnleggende mistillit til andre mennesker. De vanskelige følelsene som pasientene uttrykte kunne være primitive forsvarsmekanismer som opptrer når en opplever vanskelige forhold i livet som en ikke mestrer. Flere av våre funn omtalte at pasientene er veldig bevisste på kroppsspråk og tone når den verbale kommunikasjonen svikter. Denne tause kommunikasjon er essensielt for pasientens tillit til ansatte og et nødvendig utgangspunkt for videre samhandling.

5.2.2 Samhandling er avgjørende for forståelse

Våre funn viste at samhandling med personer som har schizofreni diagnose hadde unike særpreg. Både verbal kommunikasjon og nonverbalkommunikasjon viste annerledes fremgang og progresjon i samhandlinger. Dette ble støttet av sykepleiestudentene som fikk erfaring i å høre stemmer, det resulterte i en dypere forståelse og empatisk holdning til personer med hørselshallusinose. Haram (2004) sier forståelse skjer ved å utveksle tanker, ord og følelser som blir vevd sammen til gjensidig mening og forståelse. Følelser er det elementet i samhandlingen som skaper og opprettholder opplevelsen av å dele.

Opplevelsesverdener smelter sammen, og en er ikke for seg selv, men heller i den andre for en stund. I følge Vatne (2003) er pasienter med skjørt selvbilde ekstra sårbare, med behov for å bli anerkjent som verdifulle mennesker. Skjør selvfølelse fører til at enkelte pasienter blir urolige og krever mer oppmerksomhet, dersom de ikke får bekreftelse fra sykepleierne. Det er viktig å være lyttende og oppmerksomt tilstede for å bekrefte pasientene, det er noe som kan skape ro. Haram (2004) sier at sviktende evne til å regulere inntrykk utenfra kan være med på å skape usikre følelser i sosiale sammenhenger.

Tankeinnhold ved en psykotisk tilstand kan ofte være uvanlig og bli et element som gjør at en blir usikker i samhandling med andre. Ett eksempel viser en sykepleier som forandret pasientens atferd:

«Det er akkurat som at hun må ha bekreftelse som menneske for å bli rolig, ved at jeg gir henne min tid ved å lytte til henne hver gang jeg kommer på vakt. Jeg trenger ikke å si så mye det er mest at jeg gir henne lyttende oppmerksomhet» (Vatne 2003, 105).

Kaotiske pasienter oppnådde bedre struktur både i samtale og handling i situasjoner som var basert på tilnærmet likeverd. Samhandlingssituasjoner hvor sykepleier og pasient gjør ting sammen som pasienten likte ga bedre utgangspunkt for å oppnå dialog med pasienten. Pasienten åpnet opp for samtale og var mer strukturert i samtalen (Vatne 2003)

5.2.3 Utvikle en relasjon basert på trygghet, tillit og empati

For å kunne etablere en terapeutisk relasjon viser våre funn at trygghet, tillit og empati er noen av grunnsteinene i samhandlingen. Anerkjennelse av at de var lidende var avgjørende for trygging av pasientene. Ene sykepleier i Vatne (2003) fortalte om sin erfaring med mennesker i psykose:

Det synes å være en marerittlignende tilstand, preget av sterk angst, mye kaos og hallusinasjoner og vrangforestillinger. Pasienten fortalte at hun var truet på livet av fremmede. Hun opplevde personalet som nazister, og at hun var i konsentrasjonsleir og ble torturert. Det synes å være en pinefull tilstand hvor en kjemper for livet sitt (Vatne 2003, 108).

Haram (2004) mener at trygge møter er vitale for å knytte bånd og gode allianser. Å bli lytta til, bli vist respekt, bli sett og tatt på alvor handler om å ivareta etiske elementer i relasjonen. Å ta imot skjøre opplevelsesbilder må gjøres på en sensitiv og åpen måte. Når personen får oppleve at det går an å prate vanlig om det som framkommer i psykosen vil tillit vokse fram. Å motbevisse eller komme med forklaringer kan krenke et menneske som tillitsfullt forteller fra psykosehistorier. Personer med en schizofreni-diagnose har ofte levd i isolasjon, noe som kan oppleves som mindre truende for mange. Frykt for mer undertrykking dersom et psykosebilde blir avslørt, utfordret deres evne til å vise tillit i relasjonen.

Travelbee (1999) og Håkonsen (1999) forteller at for å bli kjent med et annet menneske, må en oppleve og respondere på det unike ved dette mennesket. Alle mennesker reagerer forskjellig på ytre påkjenninger, avhengig av hvordan vi tolker og forstår det som skjer. Ikke alle syke vil be om hjelp. Men det kan være lettere for dem hvis de kjenner sykepleieren, har tillit til henne og oppfatter hennes intensjon om å hjelpe. Dette støtter Hummelvoll (2012) som sier hvor viktig det er å legge rette for at pasienten lettere skal kunne be om hjelp.

Våre funn omhandlet en workshop som ga sykepleierstudenters erfaringer med hørselshallusinose, og de fikk forskjellige reaksjoner når de hørte stemmene. Noen trakk seg unna fordi de følte at noen så rart og skummelt på dem. De ville ikke at deres påvirkede atferd skulle bli lagt merke til av noen. Andre oppsøkte mennesker for å få bli trygge, da de ble så skremt av stemmene at de klarte ikke å være alene. Dette viser hvor viktig det er å legge til rette for at hvert menneske er unikt og har forskjellige behov. Dette opplevde også en av oss i psykiatri praksis. Det var flere mennesker med schizofreni diagnose, og de hadde forskjellige metoder for å håndtere hørselshallusinosen. Noen gikk unna når stemmene ble for påtrengende, noen trengte å sitte nær ansatte for å trygges og en trengte stillhet. Andre prøvde å overdøve stemmene i hodet, slik at de ikke hørte dem. I følge Haram (2004) kan indre støyfull prat fra høye stemmer fort bli så overveldende at det blir umulig å konsentrere seg i en ytre samtale. Å snakke høyt om det en tenker og føler kan i denne sammenheng bli sett på som en sosial kompetanse og ikke bare være tegn på sykdom. Å snakke høyt kan, på samme måte som å synge og nynne, dempe angst og samtidig bevare evnen til indre psykisk kontroll.

Jo mer vi klarer å sette oss inn i en annens sted, desto mer empatisk vil vi reagere overfor andre. Evnen til å føle med andre mennesker forutsetter at vi har evnen til å sette oss inn i hvordan det andre mennesket opplever sin situasjon. Kunnskapen sykepleier tilegner seg om hvilke lidelser og følger sykdom kan ha for pasienten, kan styrke medmenneskelig atferd og fremme sykepleiers evne til å reagere empatisk i møte med pasienter (Håkonsen 1999). Empati er en form for kommunikasjon mellom mennesker som innebærer å lytte, å forstå og å formidle denne forståelsen tilbake til pasienten. Dersom sykepleier ikke formidler sin forståelse tilbake til pasienten, vil empatien «stenges inne» og være til liten hjelp. Sykepleieren må etablere en kontakt med pasientens verden for å formidle sin

forståelse. Det innebærer å søke å erfare verden slik pasienten gjør. Da kan vi best mulig, men aldri på samme måte, forstå pasientens erfaringer, atferd og følelser slik han erfarer dem. Hvis oppmerksomhet og lytting bidrar til at vi kommer i kontakt med pasienten, så er det de empatiske ferdighetene som formidler vår forståelse til pasienten. Hvis sykepleieren ikke lykkes i å etablere en slik relasjon, vil tilnærmingen til pasienten blir basert på mangelfull og kanskje feilaktig forståelse (Håkonsen 1999). Ved psykotiske paranoide atferdsmønstre ble sårbarhet relatert til selvbeskyttelse basert på angst for andre mennesker. De er redde for å slippe folk inn på seg, noe som ble uttrykt ved tilbaketrekning eller fiendtlig angrep. Relasjonen med pasienter med sterk sårbarhet kan oppfattes som skjøre samhandlinger, hvor en må ta på seg silkehansker for at det ikke skulle skjære seg - eller gå galt (Vatne 2003).

5.2.4. Sykepleierens personlige egenskaper og erfaring

Å skape likeverdighet i sykepleier- pasient- relasjon

Likeverdighet er en av de ni hjørnesteiner Hummelvoll beskriver i «Helt ikke stykkevis og delt» (2012). Likeverdighet innebærer at et helhetlig *jeg* møter et helhetlig *du*. Realisering av likeverdighet er ikke mulig uten ekte og gjensidig respekt for hverandre. Evnen til å vise respekt er en grunnleggende egenskap sykepleiere skal ha. Når sykepleieren viser at begge er på samme nivå, det vil si likeverdig, skaper det tillit og åpner opp for en terapeutisk relasjon (Hummelvoll 2012). Å opprette en likeverdig relasjon er både et viktig mål og en tilnæringsmåte i samhandling mellom sykepleier og pasient (Vatne 2003).

Våre funn viser at sykepleiere som jobber i psykisk helsevern må være følsomme for pasientens signaler. Personer som blir rammet av en psykotisk lidelse har ofte et svakt selvbilde og har behov for bekreftelse på at de er et verdifullt menneske eller med andre ord: behov for å bli anerkjent (Vatne 2003).

Funnene våre viser at sykepleierens personlige egenskaper bidrar til et tillitsfullt forhold. Dette støttes også av Hummelvoll (2012). Han skriver at for å kunne oppnå en terapeutisk

relasjon er det noen grunnleggende personlige egenskaper hos sykepleiere som er verdt å understreke: respekt for den andre, troverdighet, pålitelighet, kontinuitet, forutsigbarhet, empati, ærlighet, å vise ekte interesse og å være villig til å hjelpe andre.

Det er lite trolig at man kan skape en terapeutisk relasjon basert på likeverdighet med pasienter med schizofreni uten å ha en tålmodig ikke krevende utholdenhet, villighet til å tilby kontakt og regelmessighet og møte opp og være tilgjengelig igjen og igjen (Strand 1990).

I følge Hummelvoll (2012) kan hjelperens personlige integritet bli satt på prøve fordi pasienter som er engstelig på grunn av negative erfaringer tidligere i livet vil teste ut om den personen som vil komme nær ham er til å stole på. Tålmodighet er derfor en viktig egenskap for den som skal følge opp over lang tid.

Livs- og yrkeserfaring som fundament i relasjonsbygging

Viktige funn i vår litteraturstudie viste at både livs – og yrkeserfaring bidrar til å styrke sykepleierens kommunikasjonsevner og evne til samhandling med pasienter med diagnosen schizofreni. Mesteparten av deltakerne mente at livs – og yrkeserfaring har hjulpet dem å skape tillit hos pasientene for dermed å kunne danne en terapeutisk relasjon. Å dele egne erfaringer med sykdom eller sykehusopphold med pasientene bidro det til fellesskap og felles menneskelighet. Dette førte ofte til at pasientene åpnet seg og snakket om sine opplevelser.

Begrepet selvavsløring ble brukt i en av artiklene og betyr å avsløre eller avdekke seg selv. Men man avslører seg ikke til hvem som helst. Når pasienten møter sykepleieren for første gang er det forventet at begge skal avsløre noe om seg selv (Hummelvoll 2012).

Hvorfor velger sykepleiere å dele personlige erfaringer og opplevelser med pasienten? Sykepleierens grunner var knyttet til å få endret dynamikken i sykepleier – pasient – forholdet. Det ble sett på som terapeutisk verdifullt og som et uvurderlig bidrag til å gjøre forholdet mer åpent, ærlig, tett, likeverdig og gjensidig.

Alder og arbeidserfaringer virker også inn på holdninger og utviklingen av kunnskap hos sykepleiere. Sykepleie skal være kunnskapsbasert og det inkluderer erfaringsbasert

kunnskap. Erfaringsbasert kunnskap er praksisnær og knyttet til konkrete situasjoner. Denne type kunnskap har mange ulike navn som blant annet ”taus kunnskap” eller ”skjønn” og blir utviklet gjennom kritisk refleksjon over ens egne erfaringer som sykepleier (Kristoffersen 2011).

Egne erfaringer fra praksis og jobb understreker at erfaring hjelper en til å føle seg trygg på seg selv og dermed også i kommunikasjon og samhandling med pasienten. En av oss har jobbet på en psykiatrisk avdeling i 5 år. Da vedkommende begynte, hadde hun ingen erfaring med pasienter med schizofreni. Hun følte seg usikker når hun skulle kommunisere eller samhandle med pasienter som var preget av angst, vrangforestillinger og hallusinasjoner. Hun blir oppfattet som rolig, vennlig, forståelsesfull og som en som kan sette seg inn i pasientens situasjon. Med sin væremåte klarte hun tilsynelatende å skape tillit hos pasientene uten å ha mange års yrkeserfaring. Dette støttes av Belcher og Jones (2009) som skriver at ikke nødvendigvis mange år med arbeidserfaring var nødvendig for at pasientene kunne føle seg trygg på sykepleieren.

Det kommer fram i våre funn at helsepersonell med 5 års erfaring kommuniserer mer effektivt enn de med mindre erfaring. For å kunne utvikle kommunikasjonsferdigheter trenger man praktisk øvelse i samspill med pasienter samt reflektere kritisk i samspill med kolleger.

Våre funn viser at det var viktig for sykepleiere å kunne dele egne erfaringer med kollegaene. For å kunne bære og utholde det psykotiske menneskets smerter og kunne gi mest mulig av seg selv i samhandling med pasientene, trenger sykepleiere veiledning og råd. Refleksjonsgrupper kan være et godt sted å få snakke om vanskelige problemstillinger og diskutere hvordan man kan håndtere eventuelle fastlåste situasjoner. Det vil hjelpe til å nyansere sitt eget syn på pasienter med psykose.

5.2.4 Tid – et grunnvilkår for relasjonsbygging

Våre funn viser at sykepleiere må ta seg tid til å bli kjent med pasienten. I følge Hummelvoll (2012) er en av grunnvilkårene for at en relasjon skal kunne etableres og utvikles, at den får tid til det. Det ligger en utfordring i å bli kjent med personer som ble

blir rammet av schizofreni og deres virkelighetsoppfatning. Ofte har pasientene hatt dårlige erfaringer i nære relasjoner, opplevd svikt gjentatte ganger eller blitt utsatt for vold og/eller overgrep. Dette har skapt psykiske problemer og personen er svært mistenksom. Engstelse, usikkerhet og ensomhet preger ofte hverdagen hos disse pasientene.

I begynnelsen av samarbeidet ønsker sykepleiere å få oversikt over pasientens tanker, følelser og adferdsmønster og måten han opplever situasjon på. Pasienten må få tid til å venne seg til en situasjon da en «fremmed person» vil komme nær ham og sykepleieren må få muligheten til å vise at han er en person man kan stole på. Et menneske som sliter med psykiske problemer, kan iblant være avvisende til å etablere kontakt. Hjelperen må ha tålmodighet og ikke gi opp med en gang dersom forsøket på kontakt avvises.

En sykepleier som er tålmodig og utholdende også i lange perioder med skuffelse og frustrasjon, kan bidra til at pasienten vil stole på han. Når sykepleierne bruker tid med pasientene, gir av seg selv, er ærlige og viser forståelse, vekkes tillit hos pasientene. At pasientene blir sett og hørt av sykepleierne forsterker pasientens opplevelse av å bli respektert, og dette legger til rette for å danne en terapeutisk relasjon (Hummelvoll 2012).

Men har sykepleiere nok tid til rådighet? Disponerer de tiden til pasientens beste? Våre funn viste at ikke alle sykepleiere velger å bruke all tid de kunne sammen med sine pasienter. De foretrekker å snakke med kollegaene sine. I praksis erfarte vi at det finnes store forskjeller i hvordan hver enkelt sykepleier prioriterte pasientene sine. Egne opplevelser bekrefter utsagn i en av artiklene i vår litteraturstudie «jeg tror det tar tid å kunne stole på noen og du må jobbe hardt for det» Sykepleiere som hadde muligheten til å opprettholde kontinuitet og forutsigbarhet fikk bedre kontakt med pasientene. Ofte var det den sykepleieren på avdelingen som ble kontaktperson til flere pasienter.

Vi fikk også bekreftet at høyt tidspress anses som et stort problem. Mange sykepleieroppgaver som for eksempel dokumentasjon og medisinansvar går utover kontakten med pasienten. Spesielt på helg eller ettermiddagsvakter er det lite personal til stede og ofte kun en sykepleier som har ansvar for hele avdelingen. Våre egne erfaringer viste at sykepleiere føler frustrasjon og er misfornøyd med måten de må utøve jobben sin på. I stedet for å ha en god samtale med pasienten må de ta seg av andre oppgaver. På jobb

sa en gang en sykepleier at hun ikke hadde fått tid til å prate med primærpatienten sin selv om pasienten ba om en samtale. Det var en vikar som ikke kjente pasienten som tok seg tida sammen med han. Denne situasjonen var for alle uheldig og ikke tilfredsstillende.

I institusjoner er de profesjonelles tid ofte nøye regulert. Både arbeidsgiveren og fagpersonen selv har en tendens til å ville ha kontroll over den tiden de har til rådighet. Tiden skal kunne planlegges og kontrolleres. For pasientene gjelder helt andre vilkår. En psykotisk lidelse forløper ikke etter plan. Tidvis og uten mulighet til forutsigbarhet avløser derfor perioder med stort behov for hjelp perioder med mindre hjelpebehov (Borg og Topor 2014).

Det er ikke bestandig lett å kunne gi helhetlig omsorg på en god måte slik som vi har lært på skolen. Erfaringer fra egen praksis støttes av funnene våre. Ofte må helsepersonell foreta «brannslukking» i stedet for å satse på gode terapeutiske interaksjoner. Sykepleiere står i fare for å miste motivasjon. Det går utover sykepleierens vilje og håp om å kunne fremme positiv endring hos pasienten ved hjelp av effektiv kommunikasjon og terapeutisk samhandling.

6.0 Konklusjon

Litteraturstudiets hensikt var å belyse hvordan sykepleieren gjennom kommunikasjon og samhandling kan danne en terapeutisk relasjon til personer med schizofreni diagnose.

Funnene fra litteraturstudien viste at sykepleiernes personlige egenskaper og erfaringer var vesentlige for å skape en terapeutisk relasjon med personer med diagnosen schizofreni. Det omhandlet deres evne til å skape tillit, være empatiske, være tålmodig og få en forståelse for hvordan en psykose oppleves. Det ble da lettere for sykepleieren å legge til rette hjelpen for hver enkelt pasient. For å bidra til en terapeutisk relasjon måtte sykepleieren ha evne til effektiv kommunikasjon og evne til emosjonell kontakt. Det var viktig siden pasientene var veldig bevisste på kroppsspråk og tone når den verbale kommunikasjonen sviktet. Studiets funn viste at både livs- og yrkeserfaringer kunne styrke sykepleierens evne til kommunikasjon og samhandling.

Konsekvenser for praksis: Studien viser at det er viktig å ha gode kommunikasjons- og samhandlingsferdigheter i sykepleie til personer med schizofreni diagnose. Sykepleieren må arbeide med sine egne evner som empati, respekt, forståelse, og tålmodighet for å kunne danne en tillitsfull sykepleier-pasient relasjon. Det er forbedringspotensial når det gjelder å tilegne seg mer forståelse av hva pasienter opplever i en psykose. Et godt eksempel på dette er workshopen som ga sykepleierstudentene erfaringer med å høre stemmer Det ga dem mye bedre forståelse av hørselshallusinoser. Å utvide eksisterende kunnskap vil bidra til bedre sykepleie til pasienter med diagnosen schizofreni.

Vi foreslår studier med samme tema sett fra pasientens perspektiv med fokus på deres opplevelser og samhandling med sykepleiere. Dette kan gi oss en mer helhetlig forståelse av dette temaet.

Litteraturliste

Bakken, Trine L, Dag E. Eilertsen, Nina Aa. Smeby og Harald Martinsen. 2007. «Effective communication related to psychotic disorganised behaviour in adults with intellectual disability and autism». *The Nordic Journal of Nursing Research* 28 (2): 9-13.
<https://doi.org/10.1177/010740830802800203>

Belcher, Melanie og Linda K. Jones. 2008. «Graduate nurses' experiences of developing trust in the nurse-patient relationship». *Contemporary Nurse: health care across the lifespan* 31 (2): 142-152.
<http://dx.doi.org/10.5172/conu.673.31.2.142>

Björkman, Tommy, Terese Angelman og Malin Jönsson. 2008. «Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care». *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 22 (2): 170-177.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00509.x>

Borg, Marit og Alain Topor. 2014. "Tid og arenaer som hjelper" I *Virksomme relasjoner*. 97-117. 3.utg. Oslo: Kommuneforlag AS

Cullberg, Johan. 2005. *Psykosser - et integrert perspektiv*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget AS

Doas, M. D. 2012. «What are the potential outcomes of integrating emotionally competent behaviours into the care of psychiatric patients?». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 20 (5): 405-410.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01931.x>

Eide, Hilde og Tom Eide. 2007. *Kommunikasjon i relasjoner-samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Eines, Trude, Ragnhild Michaelsen, Cicilie Grønvik og Stine Hauvik. 2018. Retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie. Molde: Høgskolen i Molde.

Engedal, Knut og Jannike Engelstad Snoek. 2000. «Psykotiske tilstander» I *Psykatri, kunnskap, forståelse og utfordringer*. 69-78. 3. utg. Cappelen Damm AS.

Evans, David. 2002. «Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data.» *Australian Journal of Advanced Nursing*. 20 (2): 22-26.

Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2013. *Att göra systematiska litteraturstudier- Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 3.utg. Stockholm: Natur & Kultur

Haram, Annbjørg. 2004. *Dialogens kraft - Når tanker blir stemmer*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Hardin, Sally Brosz. 1980. «Comparative analysis of nonverbal interpersonal communication of schizophrenics and normals». *Research in Nursing and Health* 3 (2): 57-68.

<https://doi.org/10.1002/nur.4770030204>

Hummelvoll, Jan Kåre. 2012. *Helt- ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 7.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Håkonsen, Kjell Magne. 2014. "Når virkeligheten blir for vanskelig" I *Psykologi og Psykiske Lidelser*, 349-366. 5.utg. Gyldendal Norsk Forlag AS

Håkonsen, Kjell Magne. 1999. «Personlighet og helse.» I *Mestring og relasjon - Psykologi med eksempler fra sykepleien*, 11-44. Oslo: Universitetsforlaget AS

Jensen, Per og Inger Ulleberg. 2011. «Kommunikasjon.» I *Mellom ordene- kommunikasjon i profesjonell praksis*, 19-51. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, Nina Jahren. 2011. «Teoretiske perspektiver på sykepleie» I *Grunnleggende sykepleie bind 1-sykepleierens grunnlag og ansvar*. red. Eli-Anne Skaug. 5.utg. 208-277. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, Nina Jahren, Nortvedt, Finn og Skaug, Eli-Anne. 2011. "Sykepleie-kunnskap og kompetanse" I *Grunnleggende sykepleie bind 1-sykepleieren grunnlag og ansvar*. red. Eli-Anne Skaug. 5.utg. 15-28. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kunnskapssenteret for helsetjenesten. 2014. «Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar». Lest 05.01.18

<https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar/>

Lapeña-Moñux, Yolanda Raquel, Luis Cibanal-Juan, Isabel Orts-Cortés, Loreto Maciá-Soler og Azucena Pedraz-Marcos. 2015. «Interpersonal relations and nurses' job satisfaction through knowledge and usage of relational skills». *Applied Nursing Research* 28 (4): 257-261.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2015.01.009>

Lorem, Geir Fagerjord og Marit Helen Hem. 2011. «Attuned understanding and psychotic suffering: A qualitative study of health-care professionals' experiences in communicating and interacting with patients». *International Journal of Mental Health Nursing* 21 (2): 114-122.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00773.x>

Norsk Senter for Forskningsdata. 2018. «Publiseringskanaler». Lest 02.03.18

<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2016. «Kritisk vurdering.» I *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*, 67-158. 2.utg. Oslo: Akribe AS

Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2016. «Spørsmålformulering.» I *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*, 29-39. 2.utg. Oslo: Akribe AS

Orr, Fiona, Kevin Kellehear, Elizabeth Armari, Arana Pearson og Douglas Holmes. 2013. «The distress of voice-hearing: The use of simulation for awareness, understanding and communication skill development in undergraduate nursing education». *Nurse Education in Practice* 13 (6): 529-535

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2013.03.023>

Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen. 2017. *Bære eller bryte- Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 3.utg. Bergen: Fagbokforlaget

Strand, Liv. 1990. «Sykepleierholdning og -handling -egostyrkende sykepleie» I *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*. 74-99. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Toftehagen, Randi. 2003. «Et møte mellom to virkeligheter. Hvordan erfarer den psykiatriske sykepleier å skape en hjelpende relasjon med det psykotiske mennesket?». *The Nordic Journal of Nursing Research* 24 (2): 4-9.

<http://dx.doi.org/10.1177/010740830402400202>

Travelbee, Joyce. 1999. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Unhjem, Jeanette Varpen, Solfrid Vatne og Marit Helen Hem. 2017. «Transforming nurse-patient relationship- A qualitative study of nurse self-disclosure in mental health care». *Journal of Clinical Nursing* 27 (5-6): e798-e807.

<http://dx.doi.org/10.1111/jocn.14191>

Vatne, Solfrid. 2003. *Korrigere og anerkjenne - Sykepleierens rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost*. Oslo: Universitetet i Oslo- det samfunnsvitenskapelige fakultet Institutt for sykepleie vitenskap

Østraat, Trond. 2016. «Psykotiske tilstander». Foredrag i sykepleie undervisning på Høgskolen i Molde 2016, 26. august 2016.

VEDLEGG 1 (Søkehistorikk):

| | Søk | Dato | Database | Resultat | Leste sammendrag | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|---|---|---------|----------|----------|------------------|----------------|---|
| 1 | Nurs OR nurses OR nursing OR nursing staff OR health care professional OR health professional | 14/1-18 | Cinahl | 1243 | 35 | 14 | 2 Nr 1 (Bakken 2007) Nr 2 (Belcher og Jones 2008) |
| 2 | Communication OR communicating OR conversation OR nonverbal communication OR non verbal communication | | | | | | |
| 3 | Therapeutic relationship OR nurse-patient relationship OR nurse-patient relation OR interaction | | | | | | |
| 4 | 1 AND 2 AND 3 | | | | | | |
| 5 | Limit results with: -abstract available -academic journals -published <2000 -language: english or norwegian -age group: all adults | | | | | | |

| | Søk | Dato | Database | Resultat | Leste sammendrag | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|---|--|--------|----------|----------|------------------|----------------|-------------------------|
| 1 | schizophrenic | 8/2-18 | Cinahl | 36 | 7 | 2 | 1 Nr 5 (Hardin 1980) |
| 2 | Communication OR conversation OR nonverbal communication | | | | | | |
| 3 | 1 AND 2 | | | | | | |

| | Søk | Dato | Database | Resultat | Leste sammendrag | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|---|------------------------|---------|----------|----------|------------------|----------------|--|
| 1 | Patient | 18/2-18 | Cinahl | | | | |
| 2 | severe mentall illness | | | | | | |
| 3 | communication | | | | | | |
| 4 | 1 AND 2 AND 3 | | | 41 | 12 | 5 | 2 Nr 3 (Björkman, Angelman og Jönsson 2007) Nr 4 (Doas 2012) |

| | Søk | Dato | Database | Resultat | Leste sammendrag | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|---|--|---------|----------|----------|------------------|----------------|--|
| 1 | Schizophren OR schizophrenia OR severe mental illness or psychosis | 26/2-18 | ProQuest | 22,471 | 24 | 7 | 2 Nr 7 (Lorem og Hem 2011) Nr 8 (Orr et al. 2013) |
| 2 | Communication OR communicate OR conversation | | | | | | |
| 3 | Nurse-patient relationship OR nurse-patient relation OR interaction or | | | | | | |
| 4 | 1 AND 2 AND 3 | | | | | | |
| 5 | Limited search: -full text -language: english or norwegian -publication year <2000 -scholarly journals | | | | | | |
| 6 | NOT: alzheimers AND dementia | | | | | | |

VEDLEGG 2 (eksempel på utfylt sjekkliste for kvalitetsvurdering på artikkel nr 9):

møte mellom to virkeligheter. Toftenhagen 2003

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

INNLEDENDE SPØRSMÅL

| | |
|---|---|
| <p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p>TIPS: • Er det oppgitt en problemstilling for studien?</p> | <p>Ja <input checked="" type="checkbox"/> Uklart <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/></p> <p>Problemstillingen er: Hvordan erfarer den psyk. sykepleieren å skape en hjelpende relasjon med det psykiske mennesket</p> |
| <p>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS: • Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</p> | <p>Ja <input checked="" type="checkbox"/> Uklart <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/></p> <p>Studiens hensikt var å belyse hva det innebærer for spl. å skape en hjelpende relasjon med det psykiske mennesket.</p> |

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

| | |
|---|---|
| <p>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS: • Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</p> | <p>Ja <input checked="" type="checkbox"/> Uklart <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/></p> <p>0</p> <p>Kommentar: Dette besvares på spm 4,5 og 6.</p> |
| <p>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p> <p>TIPS: I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <p>• Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? • Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? • Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)?</p> | <p>Ja <input checked="" type="checkbox"/> Uklart <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/></p> <p>0</p> <p>Kommentar: En skriftlig henvendelse m/sekund om adgang til å intervjue ansatte v/B akuttpsyk. avd. Inklusjonskriterier: jobbet der i 100% stilling i minst 2 år, gjens. som spesialsykepleier. 9 respondenter fra 4 poster samtykket til deltakelse i studien. Gjennomsnittl. arbeid var 7 år, m/ spredning på 4-17 år. 7 stykke hadde jobbet på samme avd. alle hadde baw 9 hadde videre utdanning i psykiatri.</p> |
| <p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <p>TIPS: Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <p>• Er metoden som ble valgt god for å belyse</p> | <p>Ja <input checked="" type="checkbox"/> Uklart <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/></p> <p>0</p> <p>Kommentar: Studien har et utforskende kvalitativ, kvalitative forskningsintervi ble valgt design. Ja å samle inn respondentenes besvarelser av sin egen leibordelen, for gjennomfortolkning å kunne beskrive hvordan de erfarer å skape en hjelpende relasjon med psykiske mennesker.</p> |

fortsetter neste side

| | |
|--|--|
| <p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? | <p>Hvert intervju tok ca. en time. Intervjuene ble tatt opp på bånd og utgjorde transkribert i alt 134 A4 sider.</p> |
|--|--|

| | | | | | | | |
|---|--|----------------------------------|---------------|------------|----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| <p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p><i>TIPS:</i> En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? Er motstridende data tatt med i analysen? Ser du en klar sammenheng mellom innsamlde data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Data er analysert med to av Kvalis analysenivå: Selvførståelse og kritisk common sense nivå. Selvførståelse er at respondenten mener at å komme i dialog med det psykotiske mennesket er viktig. Kritisk common sense: Respondenten viser et verdivalg i måten hun velger å møte det psykotiske mennesket. Det står en tydelig forklaring av de to i artikkelen.</p> | Ja | Uklart | Nei | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ja | Uklart | Nei | | | | | |
| <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | |
| <p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p><i>TIPS:</i> Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar:</p> | Ja | Uklart | Nei | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| Ja | Uklart | Nei | | | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | | | | | |
| <p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p><i>TIPS:</i> Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p> | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Det skrives at det er samsvar mellom respondentperspektivene og teorigrunnlaget om hva som karakteriserer det psykotiske mennesket som subjekt og objekt.</p> | Ja | Uklart | Nei | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ja | Uklart | Nei | | | | | |
| <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | | | |

| | | | |
|--|--|---|--|
| <p>nifredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? | | | |
| <p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite? | <p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> | <p>Uklart</p> <p><input type="checkbox"/></p> | <p>Nei</p> <p><input type="checkbox"/></p> |

Kommentar:
 Alle 9 deltakerene ga sitt frivillige samtykke til å delta i studien. Opptak av intervju ble transkribert av forsker, og bånd ble oppbevart utilgjengelig for andre.

HVA ER RESULTATENE?

| | | | |
|--|--|---|--|
| <p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan du oppsummere hovedfunnene? Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? | <p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p> | <p>Uklart</p> <p><input type="checkbox"/></p> | <p>Nei</p> <p><input type="checkbox"/></p> |
|--|--|---|--|

Kommentar:
 Resultatene er godt forklart og oppdelet veldig oversiktelig.
 3 hovedtema ble "å se", "å skape en tillitsrelasjon" og "å skape en fellesemneskelig relasjon". De 3 temaene ga resultatet til problemstillingen "å skape et terapeutisk interaksjonsprosess".

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

| | |
|--|--|
| <p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p>TIPS:</p> <p>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? Draft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? | <p>Kommentar: Dette er veldig viktig kunnskap som kan bidra til økt kunnskap og forståelse angående det psykotiske mennesket. Det er viktige temaer som må ligge til grunn for å skape en god relasjon med noen som kan ha en annen virkelighetsoppfatning enn det vi har.</p> |
|--|--|

VEDLEGG 3 (oversiktstabell over inkluderte artikler):

| | |
|--|---|
| Nr. 1 Forfattere År Land Tidsskrift Funnet i database | Trine L. Bakken, Dag E. Eilertsen, Nina Aa. Smeby og Harald Martinsen. 2007 Norge Nordic Journal of nursing research Cinahl |
| Tittel | Effective communication related to psychotic disorganised behaviour in adults with intellectual disability and autism |
| Hensikt | Studien undersøker samspillet mellom ansatte og pasienter med spesielt fokus på kommunikasjon. Målet var å undersøke om kommunikasjonsferdighetene til et sett av ansatte var effektiv relatert til psykotisk uorganisert adferd hos pasientene. |
| Metode Instrument | Kvalitativ studie. Videofilm og observasjon av adferd og interaksjoner mellom pleier og pasient. |
| Deltakere/frafall | Et tilfeldig utvalg av 34 profesjonelle helsepersonell ble rekruttert. 10% sykepleiere, 73% hjelpepleier og 17% var ikke kvalifisert personale. Arbeidserfaringen av de ansatte var gjennomsnittlig 5,6år. 4 pasienter ble rekruttert mellom 31 og 52 år. Alle hadde diagnosen schizofreni, utviklingshemming eller autisme. |
| Hovedfunn | Sannsynligheten for uorganisert oppførsel hos pasientene reduseres betydelig og mengden av initiativ øker betraktelig når de ansatte kommuniserer effektivt. Det har vist seg at ansatte med erfaring kommuniserer mer effektivt. Dette er et forventet resultat og kommunikasjonsferdighetene må prioriteres mer. Effektiv kommunikasjon har potensial til å ha en positiv effekt på adferd hos pasientene. |
| Etisk vurdering | Alle ansatte ga samtykke. 1 pasient ga informert samtykke, de 3 andre var ikke i stand til å gi samtykke og da var det familien eller verge som ga godkjenning. De ble informert før videoopptakene om at videoopptakene skulle skje. The Easter Regional Ethical Border i Norge har gitt tillatelse til å registrere helsepersonell og pasienter ved hjelp av videokamera. |
| Vurdering av kvalitet | Middels kvalitet. Tidsskrift nivå 1. |

| | |
|--|---|
| Nr. 2 Forfattere År Land Tidsskrift Funnet i database | Melanie Belcher og Linda K Jones 2009 Australia Contemporary Nurse: health care across the lifespan Cinahl |
| Tittel | Graduate nurses' experiences of developing trust in the nurse–patient relationship |
| Hensikt | Studien ønsker å beskrive sykepleierens erfaringer med å etablere/utvikle tillit i sykepleier-pasientrelasjonen. |
| Metode Instrument | Kvalitativ beskrivende studie Åpen intervjuguide |
| Deltakere/fracfall | 7 sykepleiere ble rekruttert, de var alle kvinner i alderen 22 til 41 år. Alle jobbet på ett sykehus i Melbourne. |
| Hovedfunn | For å kunne oppnå et tillitsfullt forhold til en pasient er det viktig for sykepleieren å ha en god relasjon til pasienten. Utviklingen av tillit er en fortløpende prosess. Resultatene av denne studien tyder på at før sykepleiere kan oppnå et tillitsfullt forhold må de først danne en relasjon ved hjelp av kommunikasjon, selvtillit og profesjonalitet. Alle disse aspektene ved å være en god kommunikator, å være profesjonell og å være trygg på selv vil være komponenter til å kunne gi god sykepleie. |
| Etisk vurdering | Alle deltakerne signerte en samtykkeerklæring og etisk godkjenning ble oppnådd før intervjuene ble gjennomført. |
| Vurdering av kvalitet | God kvalitet. Tidsskrift nivå 1. |

| | |
|-----------------------|---|
| Nr. 3 Forfattere | Tommy Björkman, Terese Angelman og Malin Jönsson. 2007 |
| År | Sverige |
| Land | Scandinavian Journal of Caring Sciences |
| Tidsskrift | Cinahl |
| Funnet i database | |
| Tittel | Attitudes towards people with mental illness a cross sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care |
| Hensikt | Formålet med denne studien var å undersøke helsepersonell i psykiatrisk og somatisk behandling, og deres holdninger til mennesker med psykiatriske lidelser. |
| Metode | Praktisk prøvetakingsprosedyre med tverrsnittstudie design. |
| Instrument | Spørreskjema |
| Deltakere/fracfall | Det opplyses om at det er 120 sykepleiere og sykepleier assistenter fra 2 kliniske avdelinger i Sverige som er med i denne forskningen. 61 sykepleiere hvor 51 av dem var kvinner. Resten assistenter? 43 arbeidet på somatisk avdeling og 51 på psykiatrisk avdeling. Det var totalt 150 stykk som arbeidet der, og med 120 stykk som deltar i studien, er det en representativ gruppe. Det er altså ikke så mange som uteble. Og det ga 80% svarprosent. |
| Hovedfunn | Helsepersonell som jobber i psykiatrien oppfattet pasienter med schizofreni diagnose som mindre farlig og uforutsigbar, sammenlignet med helsepersonell i somatiske avdelinger. Helsepersonell hadde verken mindre negativ eller mer positive stereotyper imot mennesker med psykisk lidelse, i sammenheng med allmenheten. Men alder og arbeidserfaring hadde innvirkning på holdninger til spesifikke psykiske lidelser og spesifikke uttalelser. Noe som utgjør et annet funn som kan gjenspeile det faktum at hyppig kontakt med personer med psykiske lidelser over tid, ofte er relatert til mindre negative holdninger og fordommer. |
| Etisk vurdering | Etisk godkjenning ble mottatt fra etikkomiteet for medisinsk fakultet, Lund Universitet. |
| Vurdering av kvalitet | God kvalitet. Tidsskrift nivå 1. |

| | |
|--|--|
| Nr. 4 Forfattere År Land Tidsskrift Funnet i database | M. D. Doas 2012 USA Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing Cinahl |
| Tittel | What are the potential outcomes of integrating emotionally competent behaviours into the care of psychiatric patients? |
| Hensikt | Studien har som mål å utforske emosjonell kompetanse hos psykiatrisk sykepleier og å identifisere hvordan psykiatrisk sykepleier selv opplever emosjonell kompetanse i deres daglige interaksjoner. |
| Metode Instrument | Kvalitativ beskrivende og utforskende studiedesign. |
| Deltakere/fracfall | Totalt 54 psykiatriske sykepleiere var ønsket for studien. Deltakerne var mellom 21 og 78 år, gjennomsnittsalder var 40 år og det var 8 menn De som valgte ikke å delta siterte tidsbegrensning som den viktigste årsaken. Deltakerne kom fra 3 forskjellige psykiatriske enheter innenfor 20 km radius i Vest-Pennsylvania. Enhetene har både akutt pasienter og pasienter med dobbeltdiagnoser. |
| Hovedfunn | Denne studien indikerer at sykepleiere er sårbare pga den virkelige eller oppfattet mangelen på ressurser til å kunne gi effektiv pasientbehandling. Å arbeide i et stadig skiftende miljø som omfatter en stadig mer mangfoldig innleggelse/dobeltdiagnoser fører til følelser av sårbarhet og lav moral. 3 hovedtemaer som dukker opp: manglende evne til å gjenkjenne følelser av engstelse og sinne som oppstår (selvbevissthet), inkonsekvens i riktig håndtering av følelser (humør management) og inkonsekvent håndtering av mellommenneskelige samhandling (håndtere relasjoner). |
| Etisk vurdering | Godkjenning av Institutional Review Board. Skriftlig samtykke ble oppnådd før administrering av en semistrukturert undersøkelse. |
| Vurdering av kvalitet | God kvalitet. Tidsskrift nivå 1. |

| | |
|---|--|
| Nr.5 Forfattere År Land Tidsskrift Funnet i database | Sally Brosz Hardin 1980 USA Research in Nursing and Health Cinahl |
| Tittel | Comparative analysis of nonverbal interpersonal communication of schizophrenics and normals |
| Hensikt | Hensikten med denne studien er tredelt: a) å undersøke nonverbal kommunikasjon som en gjensidig, kreativ dynamisk prosess b) for å beskrive eksplisitt verbal kommunikasjon av utvalgte schizofrene og «normale» c) for å bestemme om de nonverbale kommunikasjoner hos personer med schizofreni og «normale» er forskjellige. |
| Metode Instrument | En kvalitativ sammenligningsdesign ble brukt. Videoopptak og observasjon. |
| Deltakere/frafall | 12 deltakere ble valgt ut. 6 studenter fra sykepleier utdanning og 6 pasienter som enten var på korttidsopphold eller poliklinisk behandling ved psykiatriske avdelinger. Alle var kvinner mellom 20 og 35 år som ikke hadde hatt en formell behandling for emosjonell sykdom eller minst 2 tidligere sykehusinnleggelse m/formell schizofrenidiagnose. Sykepleier studentene kjente i ikke til pasientene. |
| Hovedfunn | Kommunikasjon som ble vist understøtter teorien om disjunktiv schizofren kommunikasjon. Når de personer med schizofreni samhandler med ander som har en schizofren lidelse er de mindre engasjert og defensiv. De «normale» var svært inkluderende og de formidlet lite kongruens med sine partnere v/skifte av stilling. Deltakerne med schizofreni viste svingning i generell bevegelse mot og bort fra, og ingen synkronisering med sine partnere. Funnene samsvarer med kliniske erfaringer hos psykiatriske sykepleiere som rapporterer tilbaketrukket oppførsel hos pasienter med schizofreni. |
| Etisk vurdering | Denne studien sier ikke noe om etisk godkjenning, men pasientene ga skriftlig samtykke til å bli filmet. Siden etiske hensyn ble tatt og studien er relevant for oss, har vi valgt å inkludere den. |
| Vurdering av kvalitet | Middels kvalitet. Tidsskrift nivå 2. |

| | |
|-----------------------|--|
| Nr. 6 Forfattere | Yolanda Raquel Lapeña-Moñux, Luis Cibanal-Juan, Isabel Orts-Cortés, Loreto Maciá-Soler og Azucena Pedraz-Marcos. 2015 |
| År | Spania |
| Land | Applied Nursing Research |
| Tidsskrift | Cinahl |
| Funnet i database | |
| Tittel | Interpersonal relations and nurses' job satisfaction through knowledge |
| Hensikt | Målet med studien er å undersøke opplevelsen av sykepleierens kommunikative samhandling ift bruk av relasjons-kommunikasjonsferdigheter |
| Metode Instrument | Kvalitativ beskrivende studie Åpen intervjuguide med 3 spørsmål, og feltnotater. |
| Deltakere/fracfall | Deltakerne var sykepleiere som jobber i ulike enheter på et sykehus i Spania, har jobbet i minst 6 måneder før intervjuene ble gjennomført. 21 sykepleiere mellom 29-55 år ble inkludert; 18 kvinner og 3 menn. Gjennomsnittlig år med yrkeserfaring var 23,3 år. |
| Hovedfunn | Empati, aktiv lytting, autentisert og det å være problemløsningsorientert er nødvendige evner til å skape et godt mellommenneskelig forhold sammen med respekt er de essensielle pilarer i et menneske til menneskeforhold. I mellommenneskelige relasjoner er det svært viktig med aktiv lytting og å være oppmerksom på hva den andre uttrykker gjennom det non-verbale. Resultatene framhever behovet for å utvide sykepleierens relasjons-kommunikasjonsferdigheter. |
| Etisk vurdering | Studien ble godkjent av Health Reseach Unit i Spania og fikk tillatelse til å skrive opp og lagre intervjuene. Informert samtykke ble innhentet på forhånd og i tilfelle det kommer til noen følelsesmessige reaksjoner hadde deltakerne muligheten til å trekke seg eller utsette intervjuene. Alle personlige data ble erstattet med en tallkode. |
| Vurdering av kvalitet | God kvalitet. Tidsskrift nivå 1. |

| | |
|--|--|
| Nr. 7 Forfattere År Land Tidsskrift Funnet i database | Geir Fagerjord Lorem og Marit Helene Hem. 2011 Norge International Journal of Mental Health Nursing ProQuest |
| Tittel | Attuned understanding and psychotic suffering: A qualitative study of health-care professionals' experience in communicating and interacting with patients |
| Hensikt | Denne studien søker å gi en beskrivelse av helsepersonells erfaringer i kommunikasjon og interaksjon med pasienter med psykose lidelser. |
| Metode Instrument | Kvalitativ studie basert på dybdeintervjuer. Deltakerne ble intervjuet ved hjelp av spørsmål som vurderte sine erfaringer i arbeid med pasienter med psykose og deres tolkning av erfaringer. En intervjuguide ble brukt for å sikre at intervjuene fokuserte på de viktigste spørsmålene. Det ble brukt narrativ metode hvor alle deltakere skulle snakke fritt om temaene i guiden. |
| Deltakere/frafall | 11 deltakere var med i studien og alle hadde omfattende erfaring med voksne som led av psykose; de hadde forskjellige faglig bakgrunn (f.eks sykepleiere, psykiatere og psykologer) og hadde erfaring på en rekke forskjellige institusjoner i tre forskjellige steder i Norge. |
| Hovedfunn | Det er en gjensidig avhengig prosess med å kunne sette seg inn i pasientens opplevelser/ situasjon. Deltakerne mente at rasjonell forståelse kan bli funnet i pasientens fortellinger og følelsesmessig uttrykk. Denne studien viser at det foreligger et mer nyansert bilde, der en gruppe av helsevesenet profesjonelle gjør arbeidet med å gå utover en symptomatisk tolkning av en person ved å forsøke å etablere en forståelse av hans / hennes erfaringer og oppfatninger av hans / hennes egen situasjon. Dette er en skjør prosess som tester grensene for hva vi kan forstå. Resultatene av denne studien tyder på at helsevesenet ansatte som forventer mening i pasientens uttrykk, beskriver et omfattende arbeid for å forstå pasientens livssituasjon, oppfatninger og opplevelser av sykdom. |
| Etisk vurdering | Prosjektet ble gjennomgått og godkjent av Norwegian Social Science Data Services, og ble utført i samsvar med the principles stated in the Helsinki declaration. Deltakelsen var basert på skriftlig informert samtykke. Pseudonymer blir brukt og alle beskrivelser er anonymt. Deltakerne ble oppfordret til ikke å identifisere enkeltpersoner. |
| Vurdering av kvalitet | God kvalitet. Tidsskrift nivå 1. |

| | |
|-----------------------|---|
| Nr.8 Forfattere | Fiona Orr, Kevin Kellehear, Elizabeth Armari, Arana Pearson og Douglas Holmes. |
| År | 2013 |
| Land | Australia |
| Tidsskrift | Nurse Education in Practice |
| Funnet i database | ProQuest |
| Tittel | The distress of voice-hearing: The use of simulation for awareness, understanding and communication skill development in undergraduate nursing education. |
| Hensikt | Dette samarbeidsprosjektet hadde som mål å utvikle og vurdere simulert hørselshallusinose som et alternativt læremiddel som kan gi en dypere forståelse av det å høre stemmer. Slik at studentene skal vurdere kommunikasjonsferdigheter som kreves ved interaksjoner med personer som har denne tilstanden. |
| Metode Instrument | Ett kvalitativt samarbeidsprosjekt med simulering med mp3-spiller. |
| Deltakere/fracfall | Ca 80 sykepleierstudenter fordelt på 4 grupper var deltakere i denne workshopen om hørselshallusinose. Noen psykiatriske sykepleiere og noen pasienter med hørselshallusinose samarbeidet om å utvikle, implementere og evaluere workshopen. |
| Hovedfunn | Resultatene samlet seg rundt 5 hovedtema angående deres opplevelser og erfaringer: - Dette har endret min tenkning - Jeg følte meg bekymret for at folk ser på meg nifst - Jeg følte at jeg var i deres sko - Empati er en fantastisk ting - En forståelse som en mengde med klinisk erfaring ikke kunne gitt Evalueringen av workshopen indikerte at deltakerne fikk verdifull innsikt i realiteten som mennesker som hører stemmer står i. Slik at de kan føle og identifisere kommunikasjonsferdigheter når en snakker med dem som hører stemmer. Spør enkle spørsmål, være tålmodig, åpen og engasjert. |
| Etisk vurdering | Styreleder i Chair of the university Human Research Ethics Committee ble konsultert. Det ble konkludert med at formell etikk godkjenning ikke var nødvendig for denne evalueringen, pga ubetydelig risiko ble stilt og all data var ikke identifiserbar. Deltakerne ble tilstrekkelig informert om studien, og de var fullt klar over muligheten til å trekke seg. |
| Vurdering av kvalitet | Middels kvalitet. Tidsskrift nivå 1. |

| | |
|--|--|
| Nr. 9 Forfattere År Land Tidsskrift Funnet i database | Randi Tofthagen 2003 Norge Nordic journal of nursing research ProQuest |
| Tittel | Et møte mellom to virkeligheter. Hvordan erfarer den psykiatriske sykepleieren å skape en hjelpende relasjon med det psykotiske mennesket? |
| Hensikt | Studiens hensikt er å synliggjøre hva det innebærer for sykepleieren å skape en hjelpende relasjon med det psykotiske mennesket i en akuttpsykiatrisk setting. |
| Metode Instrument | Studien har et utforskende kvalitativt design Det kvalitative forskningsintervju ble valgt for å samle inn respondentenes beskrivelser av sin egen livsverden, for gjennom fortolkning å kunne beskrive hvordan de erfarer å skape en hjelpende relasjon med psykotiske mennesker. |
| Deltakere/fracfall | 9 sykepleiere ble strategisk valgt ut av avdelingssykepleiere ved akuttavdelinger med stor erfaring med psykotiske mennesker. Respondentenes gjennomsnittlige arbeidstid i akuttpsykiatrien var syv år, med en spredning på fire til sytten år. Respondentene skulle ha arbeidet ved akuttpsykiatriske poster i 100% stilling i minst to år, og gjerne være spesialsykepleiere i psykiatri. |
| Hovedfunn | <p>Resultatene er godt forklart og oppdelt i forskjellige nivåer. Nivå representerer <i>Å skape en terapeutisk interaksjonsprosess</i>. Som videre består av 3 underkategorier: å se, å skape en tillitsrelasjon og å skape en felles menneskelig relasjon.</p> <p>Å se omhandler undergruppene: menneskesynet, psykosens varighet, psykosens en annen virkelighet, språket til det psykotiske mennesket og å miste kontrollen.</p> <p>Å skape en tillitsrelasjon omhandler: Å nærme seg det psykotiske mennesket, å bære og utholde den psykotiske smerten, kontinuitet, felles strukturdokumentasjon, å begrense inntrykk og å skape trygge grenser.</p> <p>Å skape en felles menneskelig relasjon omhandler: Å være sammen i fellesskapet, å møte den fellesmenneskelige virkeligheten og å delta i fellesskapet.</p> <p>Hva angår faglig kunnskap og erfaring i å skape en hjelpende relasjon i møte med det psykotiske mennesket, er det stort samsvar mellom respondentene. Respondentene vektlegger perspektivet på beholderfunksjonen som prosess over tid der målet er å forstå det enkelte psykotiske mennesket, men også sykepleierens egne refleksjoner og holdninger rundt møte med pasienten og hva det gjør med dem – noe teorien i liten grad ivaretar. Respondentene beskriver å lede grupper ut i fra et sykepleierperspektiv, noe teorien ikke beskriver. Denne studiens problemstilling synliggjør at det i empirien er praktisk kunnskap som i større grad bør systemiseres.</p> |
| Etisk vurdering | Alle 9 deltakere ga sitt frivillige informerte samtykke til å delta i studien. Opptak av intervju ble transkribert av forsker, og bånd oppbevart utilgjengelig for andre. |
| Vurdering av kvalitet | God kvalitet. Tidsskrift nivå 1. |

| | |
|---|--|
| Nr. 10 Forfattere År Land Tidsskrift Funnet i database | Jeanette Varpen Unhjem, Solfrid Vatne og Marit Helene Hem. 2017 Norge Journal of Clinical Nursing ProQuest |
| Tittel | Transformin nurse-patient relationships-A qualitative study of nurse self-disclosure in mental health care |
| Hensikt | Målet er å beskrive hva og hvorfor sykepleiere selv avslører om seg selv og hvorfor de vil dele/formidle personlige informasjonen til pasienter. |
| Metode Instrument | Kvalitativ beskrivende studie, med deltakende observasjon, individuelle intervjuer og fokusgruppeintervju. |
| Deltakere/fracfall | 16 sykepleiere deltok på frivillig basis, 8 ble rekruttert indirekte gjennom formelle forespørsel, 2 etter å ha blitt oppmuntret fra kollegaer og 6 etter møtet med forskeren direkte Alderen: mellom 40 og 60 år, 3 menn og 13 kvinner Erfaring i jobb: mellom 5 og 37 år Spesialisering i psykisk helsevern: 15 ja og 1 nei. |
| Hovedfunn | Resultater: analyse resulterte i 4 temaer: 1. nærmeste familie, 2. interesser/aktiviteter, 3. livserfaring, 4. identitet Selvavsløring fører til bedre sykepleie-pasientforhold noe som gjør det mer åpent, ærlig, nært, gjensidig og likeverdig. Videre valgte sykepleiere å avsløre noe om seg selv for å kunne gi realistiske råd og fordi det føles naturlig. |
| Etisk vurdering | Deltakerne ble gitt detaljert informasjon både muntlig og skriftlig om formålet med forskningen og metode som ble brukt. Deltakende sykepleiere signerte et samtykkeskjema. Administrasjonen for regional psykisk helsetjenester aksepterte forespørselen om å kunne gjennomføre forskningsprosjektet. |
| Vurdering av kvalitet | God kvalitet. Tidsskrift nivå 2. |

VEDLEGG 6 (bilde av arbeidsprosess for å lage resultatdiskusjon):

