



## **Skal vi forstå må vi sjå mennesket**

Kva for faktorar har innverknad på sjukepleiarar sine haldningar i møte med personar med schizofreni?

På ei somatisk avdeling

Kandidatnummer: 151

VID vitenskapelige høgskole Diakonhjemmet

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 13sykhel

Antall ord: 9517

17. 03. 2016

## **Sammendrag**

- Tittel:** Skall vi forstå må vi sjå mennesket
- Hensikt** Finne ut korleis sjukepleiarar haldningar til personar med schizofreni er på ei somatisk avdeling.
- Val av metode:** Systematisk litteratursøk
- Resultat:** Gjennom litteratursøket har eg komme fram til fem artiklar som ser på sjukepleiar sine haldningar til menneske med schizofreni og psykiske lidningar. Sjølv om dei fleste er positivt innstilt vert uttøvinga av sjukepleie til denne gruppa utfordrande. Sjukepleiarar sitt møte med schizofrene gjev dei ofte ei kjensle av å vere utrygge. Fleire av sjukepleiarane gav uttrykk for å mangle kompetanse og erfaring. Nokon anerkjende ansvaret for å utøve heilskapleg sjukepleie, men nokon meinte det ikkje var deira rolle. Det kan tyde på at det som er viktig i arbeid med kunnskap, kompetanse og erfaring på dette området er bearbeiding og kritisk refleksjon. Dersom inntrykk ikkje vert bearbeida og reflekter over kan det verke som sjukepleiarne har meir stigmatiserande haldningar.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INTRODUKSJON</b> .....	<b>4</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VAL AV TEMA .....	5
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING .....	5
1.3 OMGREPSAVKLARING .....	5
1.4 AVGRENSING AV OPPGÅVA .....	5
<b>2.0 TEORI</b> .....	<b>7</b>
2.1 SCHIZOFRENI .....	7
2.1.1 <i>Negative og positive symptom innafor schizofreni</i> .....	7
2.1.2 <i>Somatiske helseplager hos pasientar med schizofreni</i> .....	8
2.2 Å LEVE MED PSYKOTISKE SYMPTOMER.....	9
2.3 ER PASIENTAR MED PSYKISKE LIDINGAR FARLEGE?.....	9
2.4 KJENSLA AV Å VERE UTRYGG .....	10
2.5 KOMPETANSE .....	11
2.5.1 <i>Kunnskapsbasert praksis</i> .....	11
2.5.2 <i>Erfaring</i> .....	12
2.6 HALDNINGAR .....	12
2.6.1 <i>Stigmatisering</i> .....	13
2.7 HEISKAPLEG SJUKPLEIE .....	14
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>16</b>
3.1 VAL AV METODE .....	16
3.2 LITTERATURSTUDIE SOM METODE .....	16
3.3 SØKESTRATEGI .....	16
3.3.1 <i>Emneord og fritekstsøking</i> .....	17
3.3.2 <i>Inklusjon og eksklusjonskriterier</i> .....	17
3.3.3 <i>Cinahl</i> .....	17
3.3.4 <i>PubMed</i> .....	17
3.3.5 <i>SveMed+</i> .....	18
3.4 LITTERATURSØK.....	18
3.5 ANALYSE .....	19
3.6 KJELDEKRITIKK .....	20
3.7 ETISKE VURDERINGAR .....	21
<b>4.0 PRESENTASJON AV FUNN</b> .....	<b>22</b>
4.1 TRANSKRIBERINGSSKJEMA .....	22
<b>5.0 DISKUSJON AV FUNN</b> .....	<b>27</b>
5.1 KOMPETANSE .....	27
5.1.1 <i>Erfaring</i> .....	28
5.2 KJENSLA AV Å VERE UTRYGG .....	29
5.3 STIGMATISERING .....	30
5.4 HEILSKAPLEG SJUKEPLEIE .....	32
<b>6.0 AVSLUTNING</b> .....	<b>34</b>
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>35</b>

Tabell 1: Negative og positive symptom

Tabell 2: søk i Cinahl

Tabell 3: Søk i PubMed

Tabell 4: Søk i SveMed+

## 1.0 Introduksjon

Ifølgje Crump (2013: 326) har personar med schizofreni over dobbelt så mykje kontakt med helsevesenet i løpet av eit år, dersom ein samanliknar med resten av befolkninga si kontakt med helsevesenet. Folkehelseinstituttet anslår, ut frå ein finsk studie, at alle dei psykotiske lidingane til saman utgjer 3,5%. Schizofreni utgjer 1% (Mykletun 2009:20). Nærmare 50% av pasientar med psykiske lidingar har somatiske plagar i tillegg, 35% av desse udiagnostisert (Felkner 1996 gjengitt etter Zolnierek 2009). Desse tala viser at det er eit svært stort sannsyn for at ein, som sjukepleiar, kan ha ansvar for desse pasientane, sjølv om ein arbeider på ei somatisk avdeling. Dei siste åra har det òg blitt eit samfunnsfokus og satsingsområde i politikken å fokusere meir på kombinasjonen av somatikk og psykiatri. I nasjonal helse- og sjukehusplan frå 2015 vert det trekt fram sju satsingsområde der det eine satsingsområdet inneber at somatikk og psykiatri vert “ein” helseteneste. Målet er at helsetilbodet og samarbeidet vert betre. Eit av måla står formulert slik: “Myke opp skillet mellom psykiske og somatiske helsetenester, så pasientane som trenger behandling for både kropp og sinn får det samtidig”(St.meld 41:2015). I 2013 kom sykepleien.no med ein artikkel som tek for seg temaet pasienter med schizofreni på somatiske sjukehus (Ververda m.fl. 2013). I artikkelen har tre sjukepleiarar vore intervjuja på to medisinske avdelingar, i tillegg til litteratur. I artikkelen visast det til at det er ein avstand mellom den ideelle ivaretakinga og korleis det verkeleg er i praksis(Ververda m.fl 2013).

Som sjukepleiarstudent vert ein gjennom studiet opplært til at ein skal utføre heilskapleg sjukepleie. Dette inneber å ivareta fysiske, psykiske, andelege og sosiale behov hjå pasienten. Dette er, med andre ord, ei tilnærming som ivaretek “det heile menneskets behov” (Kristoffersen 2012:97). Gjennom praksis, erfaring og jobb har det vore fleire situasjonar der det å kombinere psykisk og fysisk helse kan opplevast utfordrande. For meg er det spesielt ein situasjon som har utmerka seg då eg jobba på ei medisinsk avdeling som pleieassistent. Ei kvinne vart lagt inn på ei medisinsk avdeling med svært høg CRP. Ho kom inn med diagnosen schizofreni. Kvinna motsette seg all behandling. Ho var redd for sprøytene og ville ikkje ete. Samtidig låg kvinna på eit dobbeltrom med ei dame som hadde demens. Denne dama vandra mykje inne på rommet og snakka med seg sjølv og pleiarane som kom inn på rommet. For eit menneske som treng tydelege rammer og oversikt er dette ei krevjande situasjon. Mi oppleving av situasjonen var at sjukepleiarene synast det var vanskeleg å ivareta kvinna som hadde ei schizofrenidiagnose. Situasjonen gjorde òg at sjukepleiaren

sendte fleire ulike kollegaer. Pasienten måtte difor forhalde seg til mange ulike pleiarar. I ettertid har eg tenkt mykje på denne situasjonen. Kva kunne ein gjort annleis slik at situasjonen vart tryggare for pasient og sjukepleiar?

### **1.1 Bakgrunn for val av tema**

I introduksjonen har eg trekt fram grunnar til at temaet er samfunnsaktuelt. Dette er grunnlaget for val av tema og problemstilling. I tillegg har eg erfaringar etter snart tre år på sjukepleiarstudiet. Eg har møtt det i kirurgisk praksis, heimesjukepleia, medisinsk avdeling og i psykiatrien. Som sjukepleiar er ein oppteken av å ta vare på pasientene. Det er lett å tenke at pasientar med psykiske lidingar er meir sårbare. Ein er redd for å sei eller gjere feil som kan framprovosere psykiske reaksjonar som, til dømes, psykose.

Føremålet med denne oppgåva er å få auka innsikt og finne ut korleis ein som sjukepleiar kan imøtekomme behova til menneske med psykiske lidingar ved innlegging på somatisk avdeling. Å få større medvit på kva faktorar som har innverknad på korleis sjukepleiarar møter menneske med schizofreni, som vert pasientar av andre årsakar enn den psykiske lidinga.

### **1.2 Presentasjon av problemstilling**

*”Kva for faktorar har innverknad på sjukepleiarar sine haldningar i møte med personar med schizofreni?” på ei somatisk avdeling.*

### **1.3 Omgrepsavklaring**

Persepsjon: evna til å ta i mot, bearbeide og tolke sanseintrykk (Håkonsen, Standal 2002: 38).

### **1.4 Avgrensing av oppgåva**

Den første tanken var å skrive om generelle psykoselidingar. Eg såg fort at det kunne var lurt å avgrense til ein meir konkret diagnose. Det kan vere vanskeleg å finne fellesnemnarar ved

desse pasientane. Dei underliggande grunnane til psykose kan vere mange. Eg såg at drøftinga kunne bli litt meir komplisert om ein ikkje kunne bruke konkrete symptom og pensum knytta opp mot desse gruppene. Eg har difor valt å fokusere på schizofreni som diagnose. Oppgåva vil óg innehalde generelle aspekt ved psykiske lidingar. Sidan eg hadde eit ynskje om å sjå nærare på korleis desse haldningane er på ein somatisk avdeling, vart detta ei stor avgrensing i seg sjølv og eg valte difor ikkje å avgrense til anten medisinsk eller kirurgisk avdeling.

## 2.0 Teori

Psykiske lidningar utgjer eit stort helseproblem i Vesten i dag. Ein reknar med at 20% barn, vaksne og eldre har så store psykiske plager at det kvalifiserar til ei psykiatrisk diagnose. Norsk helsestatistikk viser at sjukefråvær som følge av psykiske lidningar ligg på ein fjerdeplass på statistikken. Dersom ein ser på varig funksjonssvikt med uføretrygd som følge, er dei med psykisk lidning den største gruppa(Hummelvoll 2012: 30).

### 2.1 Schizofreni

Schizofreni har ofte eit kronisk forlaup og byrjer tidleg i livet. Det gjev nedsatt funksjonsevne og livskvalitet, og er den alvorlegaste psykiske lidinga. For at schizofreni skal bli definert må pasienten ha vore psykotisk i meir enn to veker utan at personen er alvorleg manisk eller deprimert(Aarre, Bugge, Juklestad 2009:58). Psykose, vert hos Aarre m.fl. definert som ein sinnstilstand med svekka røyndomsoppfating med utslag i forstyrra persepsjon(2009:57). I Hummelvoll si bok *Helt- ikke stykkevis og delt*, brukar han Wilson & Kneisl (1996) sin definisjon på psykose:

En psykose er en tilstand hvor personens mentale kapasitet til å oppfatte “virkeligheten” kommunisere og forholde seg til andre mennesker, er svekket. Dette virker inn på personens evne til å møte de krav livet stiller (Hummelvoll 2012: 337).

Schizofreni kjenneteiknast med fundamentale forstyrringar i persepsjon, kjensleliv og tenking. Symptomar i form av oppleving av tankepåverknad, kommenterande eller diskuterande stemmer som tilhøyrrer ein tredjeperson, der ein vert styrt av andre, samt feilaktige sanseopplevingar viser seg gjerne som førstegangssymptom, men er óg ein sentral del av totalbiletet (Jordahl m.fler 2009:20).

#### 2.1.1 Negative og positive symptom innafor schizofreni

Innafor diagnosa schizofreni finst det ei inndeling i positive og negative symptom som har vore brukt dei siste tiåra(Cullberg 2005:140). Dei positive symptoma vert i denne samanheng omtalt som eit tillegg til noko som ikkje har vore der tidlegare. Det vil sei symptom som hallusinasjonar og vrangførestelningar. Dei viser til symptoma si aktive natur. Medan dei negative symptoma er meir ei skildring av fråvær av noko. Negative symptom viser til trøttleik, det å vere sløv, affektavflating og passivitet (Jordahl, Repål 2009:21). I ein artikkel

frå sykepleien.no fortel tre sjukepleiarar om deira oppleving med negative symptom på ei medisinsk avdeling. Ved slike symptom kan det til dømes vere vanskeleg å skilje mellom kva som er pasienten og kva som er mennesket. Ein kan tolke dei negative symptoma som at pasienten ynskjer å vere i fred, sjølv om personen eigentleg har høve for merksemd og omsorg. Sjukepleiarane var ofte redde for å virke masete, då dei negative symptoma kan gjere at pasienten vert tilbaketrukken og “går inn i seg sjølv”(Ververda m.fl. 2013). I tabellen nedanfor ser ein kva som går under dei negative symptoma, og kva som er kjenneteikn på positive symptom.

Negative symptom	Positive symptom
<ul style="list-style-type: none"> <li>• kjenslemessig avflating</li> <li>• viljehemming</li> <li>• lite initiativ og engasjement</li> <li>• kontaktsvakthet</li> <li>• gledesløyse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hallusinasjoner</li> <li>• vranførestelningar</li> <li>• kaotisk atferd</li> <li>• tankeforstyrningar</li> </ul>

Tabell 1: Negative og positive symptom (Aarre m.fl. 2009: 58).

### 2.1.2 Somatiske helseplager hos pasientar med schizofreni

Pasientar med schizofreni døyr tidlegare enn forventa. Ein årsak er suicidal problematikk. Dei er óg utsett for tidleg død på grunn av anna kroppsleg sjukdom. Mange av dei som lir av schizofreni har vanskar med å skaffe seg den helsehjelpen som er nødvendig, i tillegg til at mange opplev at helsevesenet ikkje tar plagene deira på alvor. Schizofreni er óg knytt til ei meir helseskadeleg åtferd som inkluderar lite fysisk aktivitet, tobakksrøyking, misbruk av rusmidler og dårleg kosthald (Aarre m.fl. 2009:66). I Sverige vart forskning(Crump, Sundquist, Sundquist, Winkleby 2013)utført på 6 097 834 vaksne med tanke på dødelegheit og komorbiditet, over ein periode på 7 år. Av desse hadde 8 277 diagnosa schizofreni. Studien viste at menn med schizofreni døyr i gjennomsnitt 15 år tidlegare og kvinner døyr i gjennomsnitt 12 år tidlegare, enn resten av deltakarane i forskninga. Dette var ikkje som følgje av unaturlege dødsårsakar som sjølv mord. Leiande årsakar var iskemiske hjertesjukdommar og kreft. Dette var óg til tross for at schizofrene har mykje kontakt med helsevesenet. Blant alle menneska i studie, som døydde av iskemisk hjertesjukdom eller kreft, var pasientane med schizofreni sjeldnare diagnostisert med desse diagnosane. For iskemiske hjertesjukdommar



var 26,3% av dei med schizofreni diagnostisert, samanlikna med resten av befolkninga på 43,7%. Kreftdiagnosane var på 73,9% for pasientar med schizofreni, samanlikna med 82,3% for resten av befolkninga.

## **2.2 Å leve med psykotiske symptom**

Menneske med psykotiske lidning kan bli svært lamme av symptom. Dei er avhengige av hjelp i kvardagen med eit støtteapparat som omfatter dei næraste i familien, behandlingsapparat og kommunale instansar. Dersom eit menneske har hørsels- eller synshallusinasjonar eller føler seg overvåka og forfulgt opplevast dette som svært skremmande. Personen kan i starten av sjukdommen oppleve at alle rundt mestrar kvardagen med jobb og studie og får seg familie. Medan dei sjølv bur heime hos foreldra eller på ein psykiatrisk institusjon. Ein kan kjenne på ein kjensle av einsemd og uvisse når ein tenker på fremtida. Kjensla av å stagnere kan gje depressive reaksjonar (Jordahl m.fl. 2009: 25- 26)

I møte med menneske med psykisk lidning er det viktig å vere viss om diagnosa, men det er ikkje tilstrekkeleg til vidare utføring av sjukepleia. Ein kan til dømes sjå at personar med schizofreni er like annleis frå kvarandre som andre menneske er. Ein må som sjukepleiar søke den enkeltes oppleving av lidinga. Kva for konsekvenser får lidinga i pasientens liv (Hummelvoll 2012:371).

## **2.3 Er pasientar med psykiske lidningar farlege?**

Menneske med psykotisk lidning vert ofte stigmatisert og oppfattast som potensielt farlege individ (Aarre m.fl. 2009:76). Dersom psykotiske personer dreper, går det som oftest utover dei næraste. Av 84 personar som vart drept av fremmede i åra 1970-2000 på New Zealand, var det kun to som blei drept av psykotiske gjerningsmenn (Simpson 2004 gjengitt i Aarre m.fl 2009:77). Først og fremst er det viktig å hugse på at aggresjon ofte kjem som utslag av redsel. Som sjukepleiar er det viktig å møte pasienten på ein måte som ikkje virkar truande. Ærleg og direkte kommunikasjon, der ein forteljer kva ein tenkjer om situasjonen og informerer om kva som skal bli gjort. Ved å redgjere godt for kva som skal bli gjort vil ein klare å unngå at pasienten tillegger oss motiver ein ikkje har. Angst spreiar seg fort, dersom behandlaren er redd vil óg pasientane bli redde. Dersom sjukepleiaren føler seg truga burde ein ikkje nøle med å be om bistand av andre kollegaer. (Aarre 2009: 77)

## 2.4 Kjensla av å vere utrygg

Ein angst som vert så sterk at det slår ut i aggresjon kan vere eit uttrykk for at pasienten opplever seg og sine eigne interessar truga (Hummelvoll 2012:362). Ein slik aggresjon kan virke svært skremmande for personalet. Det er derfor viktig med kunnskap og sjølvinnsikt i henhold til eigne reaksjonar, slik at ein evner å møte pasienten med ein indre ro og skape tryggleik. Personalet må vere symbolet til pasienten på ytre kontroll, når det indre har preg av usikkerheit. Enkel kommunikasjon og grensesetting kan vere eksempel på tiltak personalet kan iverksetje (Hummelvoll 2012:362). I Aarre (m.fl 2009:77) meiner dei at aggresjon i hovudsak er situasjonsbestemt og at ein ved å gje korrekt informasjon og god oversikt over situasjonen vil klare å avverge farlege situasjonar. Som menneske kan vi alle kjenne på angst. Angsten gjer oss utrygge. Den er ein del av kvardagen, men har ulike grader og mange forkledinger. Angst handlar om å kjenne seg truga. Omgrepa frykt og angst vert ofte brukt om kvarandre. Likevel referer dei til to ulike fenomen. Ein kan tenkje seg at frykten er vårt svar på trugslar utanfor oss sjølve. Personen står på ein måte utanfor og betraktar den. “Angsten overveldar personen i sentrum av eigen eksistens og gjev fortida uklår og framtida utdatert”(May 1983:110 gjengitt etter Hummelvoll 2012:154). Det som er ubehagleg med kjensla av angst er at ein ikkje veit korleis ein skal setje inn eit forsvar mot den og dette bidreg til ei kjensle av hjelpeløyse. Det er ein høgst personleg oppleving, men kan overføres mennesker imellom. Dersom vi er saman med menneske som er engstelege, kan vi sjølv merke på angst. Dersom dette skjer vil vi igjen forsterke angstkjensla hos den som er engsteleg(Hummelvoll 2012:154).

Det å vere trygg kan opplevast saman med kjensler av frykt, trugsel, glede og lengsel. Den er relasjonell. Tryggleiken er retta mot noko eller opptre i forhold til noko(Thorsen 2012: 107). Tryggleik som omgrep kan vere vanskeleg å skildre dersom ein skal fange mangfaldet i menneskes oppleving av kva tryggleik er (Thorsen 2012: 106). Ein måte å nærme seg kva tryggleik er, kan vere å skildre motsetninga. Utryggleik er ein opplagt motsetning, dersom ein til dømes er redd mykje av tida eller ikkje stoler på nokon. Usikkerheit kan óg vere ein motsetnad. Særleg samanlikna med eksistensiell tryggleik. Usikker på kven ein ser i spegelen om morgonen eller om 10 pluss 2 alltid vil vere tolv. Da kan ein kjenne at ein mangler former for tryggleik som mange menneske tar for gitt(Eriksen 2006:13-14). Tryggleik er eit behov, men å sjå på det som kun eit behov kan stenge for andre tolkningar. Vi er ikkje alltid

medvitne vår tryggleik. Det kan vere vi sjå det meir klart dersom den forsvinn og vi kjenner sakn etter den (Thorsen 2012: 113).

## **2.5 Kompetanse**

Sjukepleie har eit omfattande kunnskapsgrunnlag. I tillegg til praktisk og teoretisk sjukepleie, er òg kunnskap om psykologi, medisinsk kunnskap, kommunikasjon og mestrings- og læringssteoriar nokon av dei viktigaste områda(Almås, 2013:20). Som sjukepleiar har ein sjølv eit ansvar for eigen utvikling, men det er òg viktig å anerkjenne ansvaret for å bidra til vidareutvikling av faget (Holter i: Grov 2015: ..) Evnen til kritisk refleksjon og kontinuerlig utvikling av eigen kompetanse etter ferdig utdanning er sentralt i erfarings- og læringsprosessen. Å ha kompetanse inneber det å vere kvalifisert til å ta slutningar innafor eit myndighetsområde.(Kristoffersen 2012:161-162). Det er noko som viser seg i konkrete og verkelege situasjonar. Ein synleggjer dette med å omsette sine kunnskaper, ferdigheter og verdiar i arbeidet.Kompetanse knyttast til eit utøvande aspekt og er derfor prosessretta (Polyani 1958 gjengitt i Fagermoen 1998:9).

I tillegg til eit solid kunnskapsgrunnlag og vite korleis det skal brukast, er sjukepleieteoretikaren Joyce Travelbee oppteken av det å bruke seg sjølv terapeutisk. Det er ein viktig funksjon, dersom sjukepleiaren skal etablere og vedlikahalde eit hjelpande forhold. I følge Travelbee er det essensielt og avgjerande at sjukepleiaren forstår sjukdom som ein menneskeleg erfaring. Ein forståing for menneskets vilkår er nødvendig for å ha ein hjelpande funksjon(Travelbee 2002:21).Dersom denne forståinga manglar, vil ein ifølge Travelbee, ikkje klare å forholde seg som menneske-til menneske, og sjukepleiaren vil ikkje klare å hjelpe på ein meningsfull måte. Det vil ikkje vere nok å kunne sjukdommens symptom, teikn og behandling dersom ein ikkje forstår eller klarar å setje seg inn i den tydinga sjukdommen spelar i pasientens liv (Travelbee 2002:115). Dersom eit mål er å utvikle eigen kompetanse er ein òg avhengig av å ha evnen til å reflektere kritisk over sin eigen utføring av sjukepleie. Ved å gjerre dette, vil ein òg gje eit positivt bidrag inn i fellesskapet med kollegaene(Kristoffersen 2012:193).

### **2.5.1 Kunnskapsbasert praksis**

Som sjukepleiar er det viktig å ha eit godt kunnskapsgrunnlag og det er samansett av fleire faktorar. Ein sjukepleiar arbeider kunnskapsbasert ved å integrere det faglege frå forskningsbasert kunnskap, saman med erfaringsbasert kunnskap og pasientens ynskje og

behov som oppstår i ein gitt situasjon. Dette gjer at avgjerslar kan planleggast og setjast ut i livet. Både for kompetanseutvikling og kunnskapsbasert praksis er det viktig med refleksjon rundt etablert praksis(Grov 2015:186).

### **2.5.2 Erfaring**

Det å lære tek gjerne utgangspunkt i erfaringa, og dette kan vere av ulik karakter. Det ikkje nødvendigvis slik at ein automatisk lærer noko av erfaringa, dersom ein ikkje bearbeidar inntrykka(Kristoffersen 2012:193) Dette gjerast ved hjelp av kritisk refleksjon. Det kan her forstås som dei verdiar, teoriar og erfaringsbaserte grunngevingar som ligg til grunn for våre handlingar (Schøn 2000 gjengitt i Kristoffersen 2012: 193). Dette er erfaring sjukepleiaren opparbeidar seg og som igjen vil gje læring og kunnskap. I tillegg til dette kan ein óg sjå på noko som kallast erfaringskunnskap retta konkret mot pasienten. Dersom ein som sjukeplaiar klarer å ta tak i korleis pasienten opplev å vere “under behandling”, vil dette vere nyttig kunnskap som hjelparen kan rette merksemda mot. Dette inneber å kartlegge pasientens oppleving av mestring, kontroll og løysing av problem og eventuelle erfaringar dei har gjort seg frå tidlegare (Hummelvoll 2012:33).

### **2.6 Haldningar**

Haldningar kjem til uttrykk gjennom meining og oppfatning i handling og som kjenslemessige reaksjonar. Det kan vere på grunnlag av egne erfaringar eller kunnskap, men kan óg bli erverva ureflektert frå foreldre, venner og andre gruppar. Dersom haldningane er unyanserte og lite saklege, kan ein sjå på det som fordommar (Teigen 2012).

Ein kan sei at haldning er samansatt av tre deler: den kognitive, kjenslemessige- og den åtferdsmessige delen. Den kognitive delen er “det eg veit”. Vi danner synspunkt og haldningar gjennom det vi høyrer, ser og oppfattar frå omgjevnadane våre(Håkonsen 2002:190). Den kjenslemessige delen vert oppfatta som “det eg likar og mislikar”. Den inneber positive eller negative kjenslar som vert utløyst. Fordommar er ofte brukt som ein type haldning som er eit uttrykk for negative kjenslar knytt til eit emne. Den kjenslemessige delen av haldningar er ofte eit resultat av læring gjennom klassisk tingning. Klassisk tingning er eit resultat av opplevingar, situasjonar og hendingar(stimuli) som går frå å vere nøytrale til å gje uttrykk i ein spesiell emosjonell reaksjon. Stimuli som kan gje slike reaksjonar kan vere spesielle stader, menneske, ansikt eller bestemte ord(Håkonsen 2002:291). Den

åtfærdsmessige delen tek utgangspunkt i slik vi er vande med å gjere det. Det handlar om korleis vi handlar og reagerar. Nokon gonger samsvarer åtfærdene med tankene og kjenslene vi har, medan det ofte er annleis enn det vi tenker og føler. Dette kan vere med tanke på ein situasjon, gjenstand eller eit menneske (Håkonsen m.fl. 2002: 190).

Haldningane betyr ofte mykje for oss og kan derfor vere vanskeleg å endre. Det er ofte forbunde med motstand. Dersom ein skal tenke seg kva som må til for haldningsendring må vi gå vegen om dei tre delene haldningar er samansett av. Endringa skjer ved at ein anten gjev ny informasjon og kan påverke den kognitive delen, ved å fri til kjenslene og påverke den kjenslemessige delen, eller å endre åtfærd (Håkonsen m.fl. 2002: 195).

### **2.6.1 Stigmatisering**

Stigma vert skildra som eit synleg merke som tyder på ei bestemt tilstand. Stigma vert brukt i overført tyding som eit sosialt belastende forhold som særmerkar og knytter noko negativt til personen i henhold til omgjevningane (Malt 2014). Dei som opplever å vere ein del av ein stigmatisert gruppe er ofte klar over det sjølv. Dei kjenner at dei møtast med eit sett av fordommar. Difor handlar dei i større eller mindre grad i takt med dei haldningane dei møtast med. Stigmatisering delast ofte opp i det som er synleg eller kjend. Ein psykiatrisk sjukdom er eit eksempel på stigmatisering der sjukdommen ikkje er synleg, men kan bli kjend av andre rundt personen og derav utløyse ein reaksjon frå dei rundt (Dybvig m.fl. 2004:9).

I det første møtet mellom sjukepleiar og pasient vil det vere vanleg å knytte kategorisera stereotypiske tolkingar av kven den andre er. Individet vil i første møte sjå på sjukepleiaren som "sjukepleiar", og sjukepleiaren vil sjå personen som "pasient" (Travelbee 2002:170). Sjukepleiarens oppgåve vil først og fremst vere å nedbryte denne kategoriseringa og sjå mennesket, ikkje bare pasienten (Travelbee 2002: 171). Dette vil i følge Travelbees teoriar vere enklare dersom det menneskelege hos pasienten appellerar til sjukepleiaren eller oppfyller våre behov. Som profesjonell klinisk sjukepleiar har ein ansvar for å respondere på det menneskelege hos alle mottakarane av omsorg. Sjølv om fellesnemnarane er få, skal ikkje det påverke sjukepleiaren på nokon som helst måte til å avstå frå dette ansvaret. Faktisk vil det vere dei pasientane som er mest "frastøytande" som har størst høve for anerkjenning og bli behandla som eit menneske av sjukepleiaren (Travelbee 2002: 171)

## **Endring av stigmatiserende haldningar**

Sosial stigmatisering har stor innflyting på livskvaliteten til eit menneske med schizofreni eller ein alvorleg psykisk lidning. I eit studie utført i 2001 vart 150 studenter ved eit college tilfeldig utvalt til å gjennomføre ei spørjeundersøking. Målet med studiet var å sjå korleis ein kunne forsøke å endre haldningar til psykiske lidningar og AIDS, ved å bruke tre ulike strategiar. Desse tre haldningane var kunnskap, kontakt og protest. Kunnskapen skulle erstatte myter om psykiske lidningar med nøyaktige førestelningar. Kontakt var gjennomført ved å utfordre folk haldningar til psykisk sykdom gjennom direkte samhandling med personar med desse lidinga. Og til slutt protest som skulle søke å undertrykke stigmatiserende haldningar til psykisk sjukdom (Corrigan m.fl. 2001:187). Resultata viste at kontakt og kunnskap førte til aktive endring med tanke på psykiske lidningar og AIDS, medan protest ikkje viste nokon forbetring. Forskninga viste at ein kombinasjon av stigmaendringstrategiar og biopsykologiske behandlingar vil gje best utfall og moglegskapar for menneske med psykiske lidningar (Corrigan m.fl 2001:193).

## **2.7 Heiskapleg sjukepleie**

Å sjå heile mennesket, kallast holistisk tenking. Ein skiljer ikkje mellom kropp og sjel, slik Descartes gjorde på 1600-talet(Eriksen i Grov m.fl 2015:896). Denne tankegangen er grunnleggjande for all sjukepleie(Henderson gjengitt i Grov m.fl 2015:896). Pasienten er eit komplekst, mangesidig og unikt mennesket, og derfor må heile menneske sees og møtast(Eriksen i Grov m.fl. 2015:896). Det inneber fysiske, psykiske, sosiale og åndelege behov og er ei tilnærming som ivaretek “heile menneskes behov”. Sjukepleiaren kartlegger og setjer i verk tiltak som ivaretek pasienten (Kristoffersen 2012:97). Yrkesetiske retningslinjer bygger på det etiske fundamentet i sjukepleia og første versjon kom ut i 1983, men har sidan blitt revidert. Det å ivareta menneskets ibuande verdi og integritet går som ein raud tråd(Yrkesetiske retningslinjer 2011:1) . Under punkt 2 i yrkesetiske retningslinjer står det:

“Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, her under retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket”(Yrkesetiske retningslinjer 2011:8)

Det er fleire faktorar som kan gjere den heilskaplege tankegangen vanskeleg å gjennomføre i praksis. Tid, prioriteringar og økonomi kan gjere denne tankegangen utfordande og fokuset

kan bli smalt. Det å møte det andre mennesket som noko meir enn sin situasjon med diagnose og liding er i praksis ikkje alltid like lett å gjennomføre (Gretland 2007 Skærbæk 2014, 1998 gjengitt etter Grov m.fl. 2015). At nokon har retter, inneber at motsvarande har plikter. Sjukepleiaren er forplikta ovanfor pasienten og brukarane, knytta til det å yte helsehjelp i samanheng med at dei tilhøyrer ein profesjonsgruppe som har det samfunnsoppdraget (Molven i Grov m.fl. 2015:71). Sjukepleiaren har òg eit ansvar ut mot samfunnet og aktivt bidra for å imøtekomme sårbare grupper behov for teneste (Yrkesetiske retningslinjer 2011:11). Sjukepleieteoretikaren Joyce Travelbee var oppteken av at sjukepleie er ein mellommenneskeleg prosess, der sjukepleiaren hjelper vedkommande med å handtere erfaring av sjukdom, liding og, om mogleg, hjelpe dei å finne meining i desse erfaringane. Det er mellommenneskeleg fordi sjukepleiaren alltid er i kontakt med mennesker og det er ein prosess der sjukepleiaren tilbyr hjelp til nokon som trenger det (Travelbee 2002:27). Travelbee hadde eit eksisensialistisk menneskesyn og var oppteken av kva som eigentleg skjer med mennesket og ikkje oppretthalde ei avstand mellom sjukepleiar og pasient (Travelbee 2002:9).

## **3.0 Metode**

### **3.1 Val av metode**

Metode vert brukt som eit redskap i møte med noko vi ynskjer å finne ut meir av (Dalland 2012: 112). Mitt val av metode tok utgangspunkt i kva som vil gje best mogleg datagrunnlag og som kan setje problemstillinga i eit fagleg og interressant lys (Dalland 2012:111). Med bakgrunn i den valte problemstillinga var det viktig å sjå på breidda først, ved å bruke forskning som allereie finst. Difor valte eg metoden systematisk litteraturstudie. Både kvalitative og kvantitative metodar bidreg til ein auka forståing av det samfunnet vi er og lever i. Og ikkje minst enkeltmenneske, grupper og institusjonar sine måtar å samarbeide og handle på. (Dalland 2012:112). Den kvantitative forskinga vert ofte omtalt som “teljarar”, medan kvalitativ forskning er “tolkarar” (Dalland 2012: 114). Gjennom å bruke litteraturstudie får ein høve til å finne både kvalitativ og kvantitativ forskning som er relevant for oppgåva.

### **3.2 Litteraturstudie som metode**

Systematisk litteraturstudie er forskning som vert funne, vurdert og utvalt på ein systematisk måte gjennom databaser (Glasdam 2015:53). Ved å velje systematisk litteraturstudie viser ein at litteraturen ikkje er utvalt tilfeldig basert på det ein sjølv tenker passer, men dei funna ein får er utvalt og vurdert på ein systematisk måte ved at ein går gjennom ein søkeprosess og kjem fram til nokon konkrete søkeord som vert brukt, i tillegg til inklusjons- og eksklusjonskriterium. Dette gjer at lesaren skal kunne gå tilbake og gjennomføre same søk og finne dei same artikkane (Glasdam 2015:54).

### **3.3 Søkestrategi**

Eg valte å ta utgangspunkt i tre ulike databaser, som biblioteket på Diakonhjemmet har anbefalt, for søka mine. Dette var for å få ein oversikt over kva som låg ut og kva for treff dei ulike søkeorda gav i dei forskjellige basane (Glasdam 2015:42). I starten av søkeprosessen vart det søkt på orda ‘Nurse\*’ AND ‘attitudes’ AND ‘mental illness’ OR ‘mental disorder’ AND ‘schizophrenia’. Tidleg kom det opp ein svært aktuell forskning som tok for seg haldningar blant sjukepleiarar i somatikken og psykiatrien i Sverige. Med utgangspunkt i denne artikkelen vart det søkt vidare på major subjects som vist i tabell 1,2 og 3. Alle dei tre søkeorda som var vore brukt gjev mange treff aleine. Dei tre søkeorda vart brukt i alle



databasane, men i SveMed+ måtte ‘psychiatric patients’ OR ‘schizophrenia’ bli søkt på, da det andre ikkje gav treff.

### **3.3.1 Emneord og fritekstsøking**

Emneord gjev den presise tydinga av eit ord. (Glasdam 2015: 39). Eg søkte på “nurse attitudes” som emneord i Cinahl. Da dette er eit sentralt og viktig ord i oppgåva som må spesifiserast. Ved fritekstsøk søker ein i alle ord i databasen. Ved fritekst får ein fleire treff, men det er gjerne meir upresist. (Glasdam 2015:39). Fritekstsøk var brukt på dei to andre søkeorda.

### **3.3.2 Inklusjon og eksklusjonskriterier**

Under søkeprosessen utarbeida eg meg etter kvart ein tanke om kva eg ville ha med og kva som eg ville utelate i jakten på forskning. På førehand visste eg at eg ville søke på artiklar som var frå 2004 -2015. Grunnen til at eg ikkje gjekk ned til ein fem års periode var at eg tidleg i søkeprosessen såg at det låg mykje ute frå starten av 2000 og fram til 2010. Eg inkluderte óg alle artiklar på anten engelske eller eit skandinavisk språk og dei med abstract available. Alt utanom Europa, USA og Australia vart óg ekskludert basert på likskap til Norge.

### **3.3.3 Cinahl**

Cumulative Index to Nursing and Allied Health er ein betalingsdatabase som ein har tilgang til gjennom Diakonhjemmet Høgskule. I Cinahl er det registrert meir enn 4,3 millioner artiklar, flest på engelsk(Glasdam 2015:44). Det ein søker på her er innafor sjukepleie eller beslekta emne. Cinahl er spesielt god på kvalitativ forskning og om pasienterfaringar og opplevingar(Glasdam 2015:44). Dette var den databasane som eg opplevde gav best treff med tanke på det eg ville finne.

### **3.3.4 PubMed**

PubMed er ein utgåve av databasa Medline og inneheld referansar til meir enn 25 millionar artiklar. Alle kan få gratis tilgang via internett, men for å hente ned artikkane treng ein ofte ein tilgang. Emneorda her er først og fremst medisin, men omfattar óg beslekta område.

Sidan PubMed er ein meget stor database kan det vere nyttig å søke så spesifikt som mogleg(Glasdam 2015:44).

### 3.3.5 SveMed+

SveMed+ er ein felles skandinavisk database for helsevitenskapeleg område. Grunnen til at det vart bestemt å søke i Svemed+ var i håp om å finne skandinavisk forskning som belyste problemstillinga mi og er i nær geografisk tilknytning til Noreg.

## 3.4 Litteratursøk

Det endelege litteratursøket blei gjennomført den 22.februar. Tabellane viser korleis søket gjekk føre seg og kor mange treff dei ulike orda gav.

	<b>Cinahl 22.februar 2015</b>	
	<b>Søkeord</b>	<b>Antall treff</b>
1	MH "Nurse attitudes"	20 066
2	Psychiatric patients	13 236
3	Schizophrenia	25 356
4	1 AND 2 AND 3	70

Tabell 2: Søk i Cinahl

	<b>PubMed 22.februar 2016</b>	
	<b>Søkeord</b>	<b>Antall treff</b>
1	Nurse attitudes	43 917
2	Psychiatric patients	193 866
3	Schizophrenia	119 050

4	1 AND 2 AND 3	44
---	---------------	----

Tabell 3: Søk i PubMed

<b>SveMed + 22. februar 2016</b>		
	<b>Søkerord</b>	<b>Antall treff</b>
1	Nurse attitudes	1771
2	Psychiatric patients	982
3	Schizophrenia	695
4	2 OR 3	1604
5	1 AND 4	65

Tabell 4: søk i SveMed

Søka i tabell 1, 2 og 3 gav tilsaman 179 artiklar. Ved gjennomgang av alle artiklane, vart det oppdaga tilsamman 6 artiklar som det var dobbelt av i databasane. Dermed vart det totale antallet 173. Ved å lese gjennom overskriftane vart det ekskludert 136 artiklar. 51 artiklar frå SveMed, 36 frå PubMed og 49 frå Cinahl på grunn av manglande relevans i henhold til problemstillinga. Dermed var 43 artiklar vurdert etter tittel og sammendrag. Etter å ha lese samandrag vart alle artiklane frå SveMed+ ekskludert (14). PubMed (18) og Cinahl (6). Til slutt var det 7 potensielt relevante artiklar til saman. 3 frå PubMed og 4 frå Cinahl som skulle lesast fulltekst på. Etter nøye gjennomlesing endte talet på 5 artiklar som skulle med i funndelen. 3 frå Cinahl og 2 frå PubMed.

### 3.5 Analyse

Ved analyse av dei artiklane eg hadde valt ut starta eg i første omgang med å sjå på kva hensikten med forskninga var. Dette gav større innsikt og forståing av grunnen til korleis forskninga var utført. Ut i frå problemstillinga har haldningar vore sentralt og dette er óg noko som alle artiklane har til felles. Vidare analyse av funna innebar å gå grundig til verks. Finne fellesnemmar, men óg vel så viktig, det som avikte frå artikkel til artikkel. Eg hadde problemstillinga i bakhovudet for å hente ut det som var av relevans.

### 3.6 Kjeldekritikk

I førsteomgang var eg bestemt på at artiklane skulle innehalde forskning frå ein sjukehusavdeling med sjukepleiarar som ikkje hadde arbeida i psykiatri. Eg innsåg i løpet av prosessen at det óg kunne vere ein idé å legge til to artiklar som ikkje gjekk på dette, men som heller var retta ut mot samfunnet og sjukepleiarar på psykiatrisk avdeling. Dette var óg artiklar som eg fekk opp i det systematiske litteratursøket. Grunnen var for å få eit større innblikk i om det eventuelt er nokon signifikant skilnad. Eg har bevisst forsøkt å få ha kvalitativ og kvanitativ forskning. Ved kvantitativ forskning får ein fram det som er felles, det representative(Dalland 2012:113). I den eine kvantitative forskninga opplevde eg sjølv at eg tolka tala på ein anna måte enn slik det var konkludert i studiet, da forfattarane tolka data meir positivt enn det eg gjorde ut i frå samme tal. Dette er derfor noko eg har vore bevisst på gjennom heile utvalsprosessen og ved arbeid med funndelen. Ved kvalitativ forskning er det færre personar å vise til, men dei tek sikte på å fange opp det som ikkje lar seg tallfeste eller måle (Dalland 2012:112). Gjennom å ha med både kvalitativ og kvanitativ forskning kan eg henholdsvis få litt oversikt i dybde og breidde.(Dalland 2012:113).

Eg har valt ut to forskningsartiklar som er frå 2005, medan den nyaste er frå 2011. Eg er klar over spennet av år og at det óg kan ha skjedd endringar. Mi oppleving av forskning på dette feltet er at det ligg svært mykje ute som er frå perioden 2000-2011. Eg tok ein vurdering på at inklusjonskriteriet måtte vere dei siste 11 basert på dei det som kom opp i søkeprosessen. Sjølv om det vert gjort forskning på dete området dei siste åra, var dei meste aktuelle artiklane til denne oppgåva litt eldre enn det ein kanskje vil tenkje er ynskjeleg. Sidan studia tek utgangspunkt i haldningar vurderte eg det til at dette er noko som fortsatt er dagsaktuelt og ikkje har endra seg markant. Haldningar er vanskelege å endre og er forbunden med ein prosess der ny informasjon, endring av åtferd eller påverking av kjenslene må til (Håkonsen 2002:195).

Hovudgrunnen til at eg har valt dei kjeldene eg har gjort er at dei seier noko om haldningane til sjukepleiarar retta mott menneske med psykiske lidingar, som igjen vil kunne bidra til å besvare problemstillinga.

### **3.7 Etiske vurderingar**

Å ta fatt på ei oppgåve som inkluderer to store områder innafor psykiatri og somatikk har vore utfordrande. Det er ikkje så mange bøker som er skrivne om dette temaet. Forsking har derimot hatt litt meir å komme med. Det gjeld både ihaldningsperspektivet til sjukepleiar og psykiske lidningar som schizofreni og kroppslege lidningar. I forkant av litteratursøket kan det vere lett å gjere seg opp ein meining om det ein ynskjer å finne. Gjennom erfaringar og haldningar bygger ein seg opp eit bilete på korleis det er og kan med dette bli selektiv i utvalet av funn. Dalland (2012:117) skriv at ein fordom er ein dom på førehand. Det tyder at ein ofte har ein meining om eit fenomen før det er undersøkt. Det er viktig å bevisstgjere seg si førforståing for å unngå dette. Det er relevansen for oppgåva som er i sentrum og ikkje korvidt eg “likar” det som vert velt ut. Eg hadde ein tanke på førehand om kva eg ynskja å finne. Dette endra seg då eg fekk meir kunnskap rundt temaet. Eg fokuserte på korleis funna kunne svare på problemstillinga og har forsøkt å ta med alt som er av relevans for oppgåva.

## 4.0 Presentasjon av funn

### 4.1 Transkriberingsskjema

<b>Tittel</b>	Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care
<b>Forfatter/år</b>	Björkman, T. Angelman, T. Jönsson, M.(2008)
<b>Hensikt</b>	Utforske haldningar til psykiske lidningar og personar med psykiske lidningar hos sjukepleiarar i psykiatrisk og somatisk avdeling.
<b>Utval</b>	I Sverige: Vart utført i ein somatisk og psykiatrisk klinikk på eit universitetssjukehus med eit totalt antall på 120 sjukepleiarar.
<b>Metode</b>	Tverrsnittundersøking
<b>Hovedfunn</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rundt 40% anslo at dei med schizofreni var farlege</li><li>• Rundt 70% anslo at dei med schizofreni var uforutsigbare</li><li>• Menneske med schizofreni vart óg ansett som å vere mest annleis frå andre menneske(84%)</li><li>• Med tanke på om dei anser personane som farlege, uforutsigbare og vanskeleg å prate med hadde sjukepleiarar på somatisk avdeling meir negative haldningar samanlikna med kollegaer i psykiatrisk institusjon.</li><li>• Artikkelen viser og at dei som var eldre hadde mindre negative haldningar til schizofreni og mindre negative haldningar med tanke på fare og uforutsigbarhet.</li><li>• Positive samsvar var funne mellom yrkeserfaring og mindre negative haldningar til personar med schizofreni med tanke på fare</li><li>• Større andel av sjukepleiarane på somatisk avdeling og yngre sjukepleiarar med mindre profesjonell erfaring opplevde større grad av fare og uforutsigbarheit i møte med personar med schizofreni. I tillegg synast dei at dei var vanskeleg å prate med.</li></ul>

<b>Tittel</b>	The mixed attitudes of nurse's to caring for people with mental illness in a rural general hospital
<b>Forfatter/år</b>	Reed, F. Fitzgerald, L. (2005)
<b>Hensikt</b>	Å undersøke sjukepleiarar i distrikta sine haldningar og korleis desse påverkar sjukepleie, utfordringar dei assosierar med dette, utdanning og kunnskap, støtte og erfaring.
<b>Utval</b>	I Australia: 10 Sjukepleiarar som arbeida i distriktsområde.
<b>Metode</b>	Kvalitative semi-strukturerte opptaksintervju
<b>Funn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 50% av deltakarane gav uttrykk for negative haldningar, medan 50% uttrykte positive haldningar til å ta vare på menneske med ei psykisk lidning.</li> <li>• Fleirtalet gav uttrykk for eit ynskje om å hjelp dei med psykiske lidningar, men meinte sjølv dei hadde avgrensa moglegskap for å få det til og at dette ikkje var "deira rolla".</li> <li>• Fleire meinte at sjukepleie til pasientar med psykiske lidningar var ein oppgåve dei ikkje følte seg kompetente nok til å handtere.</li> <li>• Til tross for uttrykk og ønske om å hjelp følte fleire av deltakarane på frykt i møte med denne pasientgruppa, relatert til kjensle om å miste kontroll og låg kjensle av tryggleik på arbeidsplassen</li> <li>• Ein liten andel av deltakarane gav uttrykk for positive haldningar relatert til denne pasientgruppa. Bakgrunnen for dette var livserfaring og psykisk helse som ein integrert del av heilskapleg sjukepleie.</li> <li>• Deltakarane i studiet kjente óg på ein utryggleik med tanke på seg sjølv, dei andre pasientane og dei andre som var på jobb.</li> <li>• Sjølv om deltakarane uttrykte eit ynskje om å hjelpe kjende dei seg ikkje komfortable i situasjonen og relaterte denne kjensla til å føle seg trua på grunn av mangel på kontroll og det som er forventa av deg som sjukepleiar.</li> <li>• Positive livserfaringar hos eit fåtall av deltakarane gjorde at dei lettare integrerte ein heilskapleg sjukepleie i møte med pasientar med</li> </ul>

	<p>psykiske lidingar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sjukepleiarane følte at pasienter med psykisk liding ikkje versatte pleia like mykje som dei skulle ynskje.</li> </ul>
--	---

<b>Tittel</b>	Competence in providing mental health care: A grounded theory analysis of nurses experiences
<b>Forfattar/år</b>	Sharrock, J. Happel, B., (2005)
<b>Hensikt</b>	Utforske og skildre subjektive erfaringar hos sjukepleiarar som gir omsorg til pasienter med psykiske lidingar
<b>Utval</b>	I Australia: Fire sjukepleiarar frå generell helsesektor som gjev medisinsk, kirurgisk behandling og omsorg.
<b>Metode</b>	Kvalitativt studie
<b>Hovudfunn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¾ skildra lågt nivå av sjølvtilitt med tanke sjukepleie til psykiatriske pasientar og tvilte på eigen kunnskap. Dei opplevde ofte å føle seg angstprega i møte med denne pasientgruppa.</li> <li>• Alle fire sjukepleiarane hadde positive haldningar til personar med psykiske lidingar og anerkjende dette som ein del av deira jobb som sjukepleiarar.</li> <li>• Sjukepleiarane anerkjende at det er umogleg å skilje det psykiske frå det fysiske. Likevel var det vanskeleg å få det til på ein travel sjukehusavdeling. Sjukepleia vart fort oppgåvafokusert.</li> <li>• Deltakarane tvilte på eigen kunnskap og følte dei hadde avgrensa sjølvtilitt i sjukepleia til denne gruppa.</li> <li>• Deltakarane gav uttrykk for eit inntrykk av at dei eldre, meir erfarne sjukepleiarane hadde mindre sannsyn for å kjenne eit ansvar ovanfor pasientar med psykiske lidingar.</li> <li>• Travel sjukehusavdeling gjorde at ein oftare fokuserte kun fokuserte på det fysiske aspektet ved pleia</li> </ul>



<b>Tittel</b>	Stigmatization of patientens suffering from schizophrenia
<b>Forfatter/år</b>	Peitl, M.V. Peitl, V. Pavlovic, E. Prolosic, J. Petric, D. (2011)
<b>Hensikt</b>	Kartlegge graden av stigmatisering hjå helsearbeidarar samanlikna med resten av befolkninga
<b>Utval</b>	I Kroatia: Tilsaman 150 deltakare med lik fordeling mellom sjukepleiarar i psykiatrisk og kirurgisk avdeling, medisinstudentar og psykologistudentar og tilfeldige utvalte som ikkje arbeida i helsesektoren.
<b>Metode</b>	Spørreskjema
<b>Funn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultata viste ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene.</li> <li>• Sjukepleiarar som ikkje hadde vidareutdanning i psykiatri frykta pasientar med schizofreni</li> <li>• Den gruppa som hadde lågast variasjon av resultata i gruppa var sjukepleiarar ansatt i psykiatriske institusjonar. Dagleg kontakt med psykiatriske pasientar gjorde dei meir forsiktige.</li> <li>• Deltakarane kunne ikkje tenke seg å gifte seg med eit menneske med schizofreni</li> <li>• Menneske som ikkje er i dagleg kontakt med menneske som lider av schizofreni har eit uklart bilete av psykisk liding og kan ikkje gjenkjenne forskjellar mellom helse og sjukdom og kva som er ikkje er vanleg- eller “normal” oppførsel.</li> <li>• Mangelfull og utilstrekkeleg kunnskap om psykiske lidingar generelt i samfunnet.</li> </ul>

<b>Tittel</b>	Stigmatization by nurses against schizophrenia in Turkey: a questionnaire survey
<b>Forfatter/år</b>	Kukulu, K. Ergün, G.(2007)
<b>Hensikt</b>	Evaluerer haldningane og meiningane til sjukepleiarar som arbeider på ein

	psykiatrisk institusjon
<b>Utval</b>	I Tyrkia: 543 sjukepleiarar som arbeida på ulike psykiatriske avdelingar
<b>Metode</b>	Spørjeskjema Kvantitativt
<b>Funn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 91,7% meinte dei ikkje kunne vere gift med ein person med schizofreni.</li> <li>• 76% av sjukepleiarane som arbeida på psykiatrisk avdeling meinte personar med schizofreni er aggressive</li> <li>• 70% synast dei med schizofreni er uforutsigbare</li> <li>• Det var óg vist at sjukepleiarar som arbeider på ein psykiatrisk avdeling har ein stigmatiserande tilnærming i samspill og sosial avstand.</li> <li>• Sjukepleiarar som ikkje var ansatt på psykiatriske avdelingar frykta pasientar med schizofreni.</li> </ul>

Ut i frå desse funna kom eg fram til fleire ulike kategoriar. Mange artikkane seier noko om det samme, men ikkje alle seier noko om alt. Ut i frå funna skildra ovanfor har eg valt å dele det opp i kategoriane: *kompetanse, erfaring, kjensla av å vere uttrygg, stigmatisering, og heilskapleg sjukepleie.*

## 5.0 Diskusjon av funn

I dette kapittelet vil eg vurdere teorien i oppgåva opp mot dei funn som var gjort i studiene. Eg vil sjå på og drøfte kva for faktorarar som påverkar haldningane til sjukepleiarane i møte med pasientar med schizofreni. For å strukturere funna satte eg opp ein tabell med artiklane i kolonne på venstre sida. Ut frå funn i artiklane, satt eg opp kategoriar frå venstre mot høgre. Dei artiklane som sa noko om det samme temaet fekk kryss slik at eg fekk oversikt over felles trekk. Ved å systematisere funn fekk eg god oversikt over alle artiklane og vart sikra at ikkje funn vart gløymd. I tillegg gav det meg god oversikt over dei meste aktuelle kategoriane og faktorane. Det viste at dei ulike studia gav nokre ulike svar. Det var óg nokon fellesnemnarar.

### 5.1 Kompetanse

For å endre stigmatiserande åtferd viser tidlegare forskning at det vert gjort best ved kontakt *med* og kunnskap *om* den gruppa som er stigmatisert(Corrigan m.fleir:2001). Studie til Peitl(m.fl. 2011) hadde som mål å kartlegge graden av stigmatisering hos helsearbeidare, framtidige helsearbeidarar samanlikna med resten av befolkninga. Studiet viser at det er mangelfull og utilstrekkeleg kunnskap om psykiske lidingar generelt samfunnet. Dei veit ikkje kor dei skal plassere denne gruppa og trur derfor at desse pasientane er intellektuelt underlegne. I fleire av studia etterlyste deltakerne kunnskap og kompetanse i møte med menneske med psykisk liding. I studie til Reed & Fitzgerald(2005) og Sharrock(2005) oppgav sjukepleiarane at dei ikkje hadde nok kompetanse på dette området. Kompetanse er noko ein opparbeidar seg gjennom kunnskap, ferdigheitar og verdiar i arbeidet, men viser seg først i verklege og konkrete situasjonar der ein tek ei avgjersle innafor eit myndigheitsområde(Kristoffersen 2012:162, Polyani 1958 gjengitt i Fagermoen 1998:9).

Ein sjukepleiar i studie til Reed & Fitzgerald(2005) oppgav at vedkommende blei svært ukomfortabel i situasjon med ein pasient med psykiske lidingar, da ho ikkje viste korleis ho skulle handtere det. Denne deltakaren etterlyste meir undervisning på området, slik at ein vil klare å overkomme frykta gjennom auka kunnskap. I Sharrock(2005) sitt studie vart dette óg etterlyst frå sjukepleiarane. Dei tvilte på eigen kunnskap og hadde låg sjølvtilit i møte med pasientane. For å arbeide kunnskapsbasert, er det viktig å integrere pasienten, erfaringa og forskning(Grov 2015: 186). Sjølvvinnings og kunnskap er óg viktig i møte med pasientar som

kan oppleve seg sjølv og sine interesser truga(Hummelvoll 2012:362). I studiet til Peitl(m.fl 2011) var det ein større andel av sjukepleiarane utan vidareutdanning i psykiatri som frykta pasientar med schizofreni. Det kan tyde på at dei som ikkje hadde vidareutdanning kjende på ein større usikkerheit i møte med denne pasientgruppa, då dei ikkje hadde nok kunnskap om diagnosa og sjukepleie til desse pasientane. Personalet må vere medvitne kor viktig det er med kunnskap på dette området. Det gjer at ein evnar å møte usikre og utrygge pasientar med ro. Dette virker inn både på pasientens og sjukepleiarens tryggleik dersom sjukepleiaren er medviten ansvaret sitt og integrerer alle ledd i den kunnskapsbaserte praksisen(Grov 2015).

### **5.1.1 Erfaring**

I fire av dei fem studia, Bjørkmann(m.fl 2008), Reed(m.fl 2005), Sharrock(m.fl 2005)), Peitl(m.fl 2011)vert erfaring trekt frem som ein faktor som hadde innverknad på møte med pasientar med psykisk lidning. Det å lære tek gjerne utgangspunkt i erfaringa(Kristoffersen 2012:193).Læring vidareutviklast ved bearbeiding av inntrykk og kritisk refleksjon(Schøn 2000 gjengitt etter Kristoffersen 2012:193). Dette viste seg i Bjørkman(m.fl 2008) at det var eit positivt samsvar mellom yrkeserfaring og mindre negative haldningar hos sjukepleiarane. Men i Sharrock (m.fl 2005) sitt studie viste det seg at deltakarane hadde eit annleis inntrykk. Der hadde deltakarane ei oppleving av at dei eldre med meir erfaring hadde mindre sannsyn for å ta ansvar for dei pasientane med psykiske lidingar, samanlikna med dei yngre med mindre erfaring. Sjølv om ein har lang erfaring innafor eit felt, er det ikkje nødvendigvis sagt at ein lærer noko av det dersom ein ikkje bearbeidar. I Bjørkmann(m.fl 2008) sitt studie var det eit positivt samsvar med dei som var eldre med tanke på mindre negative haldningar til menneske med schizofreni. Kva som er grunnen til at studia viser slike skilnadar kan vere fleire. Dersom arbeidsmiljøet skal vere prega av utvikling og bearbeiding av erfaring må ein i samarbeid komme med positive bidrag og refleksjonar. I tillegg er det viktig at ein som individ er med på bearbeiding og refleksjon og ikkje “låser” seg inn i eigen erfaring. Det kan óg spele ein rolle kva for sjukehusavdeling det er og korleis deltakarane responderer på undersøkinga. I Reed (m.fl 2005) sitt studie gav ein liten andel av sjukepleiarane uttrykk for positive haldningar relatert til pasientar med psykiske lidingar. Dei grunn gav at dette var relatert til eigen livserfaring, men dei såg óg på psykisk helse som ein integrert del av det å utøve sjukepleie.

Tidlegare forskning (Corrigan m.fl 2001) viste at gjennom direkte kontakt med pasientar med psykiske lidingar ville óg negative tankar rundt denne gruppa bli betra. Dei fekk ei anna oppfatning av desse menneska og utvikla lærdom gjennom erfaring. I studie til Peitl(m.fl 2011) viste det seg óg at dei i samfunnet som ikkje er i dagleg kontakt menneske med psykiske lidingar har eit uklårt biletet av kva forskjellen er mellom det “friske” og “sjuke” mennesket. I Sharrock(m.fl 2005) uttrykte sjukepleiarane eit ynskje om at det skulle vere meir rom for refleksjon, rettleiing og råd på sjukehusavdelinga.

## **5.2 Kjensla av å vere utrygg**

Redsel og frykt kan gje kjensla av utryggleik (Thorsen 2012:113). Fleire av sjukepleiarane i studia oppgav å kjenne på ein usikkerheit og redsel basert på at pasientane kan virke uforutsigbare. I tre av studia, Bjørkmann(m.fl 2008), Reed(m.fl 2005) og Sharrock(m.fl 2005) var dette noko deltakarane trakk fram som ei utfordring i møte med pasientar med psykiske lidingar. I Reed (m.fl 2005) angav sjukepleiarane at dei ofte kjende seg ukomfortable i møte med menneske med psykiske lidingar. Dei relaterte denne haldninga til å føle seg truga på grunnlag av manglande kontroll kontra ansvar for å vedlikehalde helsa til dei pasientane dei har ansvar for. Dersom ein ikkje stoler på nokon eller kjenner seg redd, kan ein kjenne seg utrygg(Eriksen 2006:13). I Sharrock(m.fl 2005) gav sjukepleiarane uttrykk for å kjenne på angst i møte med denne pasientgruppa. Angsten gjer oss uttrygge og verker overveldande(Hummelvoll 2012:154). Det er ei kjensle som er vanskeleg å ta tak i og gjere noko med, og gjer at ein kan kjenne seg hjelpeslaus. Dersom sjukepleiarane kjenner på angst, kan dette også overføres til pasientane eller forsterke deira angst(Hummelvoll 2012:154). Dei kjende altså på sjukepleiaransvaret og forpliktingane, men gjekk inn i det med ein kjensle av mangel på kontroll og usikkerhet. Da dei ikkje kunne forutsi korleis pasienten ville reagere, oppgav dei ei kjensle av frykt(Reed m.fl. 2005).

I studie til Bjørkmann(m.fl 2008) ser ein skilnadar mellom dei sjukepleiarane som arbeida på psykiatrisk avdeling samanlikna med dei som arbeida på somatisk avdeling. Dei sjukepleiarane som arbeida i somatisk avdeling hadde tendenser til meir negative haldningar med tanke på fare, uforutsigbarheit og det at dei opplevde desse pasientane som meir vanskelege å samtale med. I Kukulú sitt studie(m.fl 2007) viste det seg at 76% av sjukepleiarane som arbeida på psykiatrisk avdeling, såg på personar med schizofreni som aggressive. Dersom behandlaren er redd vil óg pasientane bli redde i følge Aarre(m.fl

2009:77). Ei større andel av sjukepleiarane som arbeida i somatisk avdeling og yngre sjukepleiarar med mindre profesjonell erfaring oppgav ei større oppleving av fare og uforutsigbarhet med tanke på schizofreni (Bjørkman m.fl. 2008). Dersom ein som sjukepleiar tenkjer at dei med schizofreni er farlege kan det vere vanskeleg å handtere møtet med denne pasientgruppa. Det kjem fram i teorien at det ikkje er noko bevis på at psykotiske personar nødvendigvis er farlegare enn andre. Likevel er det viktig å vere klar over at aggresjon kan vere eit varsel om at personen er redd eller kjenner seg truga, anten om det er innbilte eller verkelege truslar (Aarre 2009:77). Menneske med schizofreni kan vere like annleis frå kvarandre som andre menneske i samfunnet (Hummelvoll 2012: 371). Dersom ein kjenner på det å ikkje vere trygg i ein situasjon, kan det opplevast vanskeleg å ta tak i og presse seg sjølv til å møte denne frykten som kjennast som ein trugsel mot seg sjølv. Sjølv om det i studie til Sharrock (m.fl. 2005) var ein generell positiv innstilling og haldning til psykiatriske pasientar var møtet med pasientane likevel utfordrande. Tre av fire sjukepleiarar (Sharrock m.fl. 2005: 12) oppgav låg sjølvtilitt og dette gjorde dei usikre i møte med pasientane og dermed vart det vanskelgare å utøve sjukepleie. Dersom ei forståing av pasientens villkår manglar, vil det vere vanskeleg for sjukepleiaren å ha ein hjelpande funksjon (Travelbee 2002). For å unngå at det vert spekulasjonar rundt kva for motiv sjukepleiaren har i møte med pasienten, er det viktig at sjukepleiaren imøtekommur pasienten med sakleg informasjon og direkte kommunikasjon (Aare m.fl. 2009:77).

### **5.3 Stigmatisering**

I studie til var det stor variasjon i kva for halningar sjukepleiarane hadde til menneske med psykiske lidingar. 50% indikerte eit klart uttrykk for misnøye for sjukepleie til denne pasientgruppa, medan dei andre 50% var positive til dette (Reed m.fl. 2005). I studie til Bjørkman (m.fl. 2008) meinte 84% av sjukepleiarane at dei med schizofreni er annleis frå andre menneske. Sidan menneske med schizofreni kan vere prega av diskuterande stemmer i hovudet og tankepåverknad kan kommunikasjon med denne gruppa vise seg annleis (Jordahl m.fl. 2009:20). Ein vil potensielt tillegge vedkommende ei negativ kjensle som er forbunden med opplevinga. Travelbee var oppteken at det første møtet mellom sjukepleiar og pasient, og sjukepleiarens ansvar for å nedbryte ei kategorisering og stereotypering av pasienten og sjå mennesket. Ho nemner óg at dette kan kjennast enklare dersom pasienten har nokon fellesnemnarar som appellerar til sjukepleiaren (Travelbee 2000). Når heile 84% (Bjørkman m.fl. 2008) i eit studie kjenner på at dei med schizofreni er annleis, kan dette óg gjere det

vanskeleg å legge til rette for eit menneske-til-menneske forhold(Travelbee 2000). Der ein óg kjenner på ein kjensle av å ikkje ha kontroll og vere å redd, kan det vere vanskeleg å ta det ansvaret som er forventa av deg som sjukepleiar. I teorien vises det til sjukepleiarar som syntast det var vanskeleg å vite kva som var symptom basert på diagnosa og kva som var personlegheita til pasientane(Ververda 2013). Ut i frå slike opplevingar av at noko er annleis frå det ein er vand med, kan ein skape kjenslemessige haldningar som er eit resultat av opplevingar, situasjonar og hendingar, óg kalt klassisk betigning(Håkonsen 2002:291). Dersom ein skal ta til betraktning det Travelbee seier, vil det ofte vere dei pasientane som er mest “fråstøytande” som har mest behov for anerkjening og det å bli behandla som eit menneske av sjukepleiaren(Travelbee 2002).

I studiet til Peitl(m.fl 2011) kjem det fram at det ikkje var nokon signifikant forskjell når det kom til haldningar hos helsearbeidarar samanlikna med resten av befolkninga. I Reed(m.fl 2005) hadde sjukepleiarane ei oppfatning av at det å hjelpe menneske med psykiske lidingar ikkje var deira rolla. I tillegg til uttrykte rundt halvparten av sjukepleiarane tydeleg misnøye mot det å ta vare på denne pasientgruppa. Ei ansvarsfråskrivning kan verke stigmatiserande, og om ikkje anna, som ein negativ haldning til situasjonen. Sjukepleiarane(Reed m.fl 2005) som meinte at det ikkje var deira rolla, grunn gav dette med at dei ikkje var utdanna til å utøve sjukepleie på dette området. Sjukepleiaren er forplikta til å yte helsehjelp overfor pasienten, knytta til at dei er ein profesjonsgruppe i samfunnet med kompetanse innafor dette området(Molven i Grov m.fl. 2015:71). Sjukepleiaren har óg eit ansvar inn mot dei sårbare gruppene(Yrkesetiske retningsliner 2011:11). Den eine sjukepleiaren i studiet til Reed(m.fl 2005) trakk fram at det ofte er mange kjensler relatert til om du likar personen eller ikkje. Deira personlege inntrykk av pasienten prega korleis dei ynskja å utøve sjukepleie. Tidlegare forskning(Crump m.fl 2013) viser at menneske med schizofreni vert sjeldnare diagnostisert med iskemisk hjertesjukdom og kreft samanlikna med resten av befolkninga. Menn med schizofreni dør 15 år tidlegare av resten av befolkninga. Dette til tross for at dei har mykje kontakt med helsevesenet. Årsaken til kvifor dei ikkje vert diagnostisert kjem ikkje fram i forskninga. Ein skal likevel ikkje utelukke inverknaden stigmatisering kan ha på handlingsrommet for ein sjukepleiar og anna helsepersonell. Sjukepleiarane i studiet til Reed(m.fl 2005) trakk fram at noko av grunnen til at sjukepleiarane syntast det var vanskeleg med sjukepleie til denne pasientgruppa var relatert til tidlegare møte med menneske med psykiatriske diagnosar. Ved negative kjensler knytt til eit emne, kjem óg

fordommene(Håkonsen 2002:190). Nokon av sjukepleiarane i studie til Reed(m.fl 2005)følte at pasientane ikkje verdsatte pleia like mykje som dei skulle ynskje. Difor blei haldningane til sjukepleiarane meir negative til denne pasientgruppa og sjukepleiarane hadde ikkje lyst på det ansvaret. I studie til Kukululu (m.fl 2007) seier 91,7% av dei som jobber på psykiatriske institusjonar at dei ikkje kunne tenke seg å gifte seg med ein person med schizofreni. Det same gjaldt deltakarane i Peitl(m.fl 2011) sitt studie. 70% (Kukululu m.fl 2007) synast dei med schizofreni er utforsigbare. Menneske med schizofreni kan bli svært lamma av sjukdommen og kan vere avhengige av hjelp i kvardagen(Jordahl 2009). At ein som sjukepleiar som arbeider på psykiatrisk avdeling ikkje ynskjer å gifte seg med ein person med schizofreni kan ein skjønne. Likevel viser slike tal at ein lett setter merkelapp på personar med schizofreni: Ein særmerking som gjer at ein knyttar noko negativt til personen(Malt 2014). I studiet til Kukululu(m.fl. 2007) viste det seg at sjukepleiarar som arbeida på ein psykiatrisk avdeling hadde ein meir stigmatiserande tilnærming med tanke på samspill og sosial avstand, medan sjukepleiarane på somatiske avdelingar kjende meir på ei frykt i møte med denne pasientgruppa.

#### **5.4 Heilskapleg sjukepleie**

Eit gjennomgåande tema i alle studia er at fleire av deltakarane i studia har eit indre ynskje om å utøve god sjukepleie til pasientane, men frykt(Reed m.fl 2005, Sharrock m.fl 2005), tid(Sharrock m.fl 2005), kunnskap(Reed m.fl 2005, Sharrock m.fl 2005, Peitl m.fl 2012, Kukululu m.fl 2007) og erfaring(Bjørkmann m.fl 2008, Reed m.fl 2005) gjer at ein lettare kun fokuserer på det fysiske(Sharrock 2005). I Reed & Fitzgerald hadde eit fåtall av deltakarane positiv instilling til at ivaretaking av det psykiske som ein del av den heilskaplege sjukepleia, like mykje som det fysiske, åndelege og sosiale. Grunnlaget for desse tankane, var for dei livserfaring og ansvar. Det å bidra til heilskapleg sjukepleie hos ein pasient står nedfelt i yrkesetiske retningsliner(Yrkesetiskeretningsliner 2011). Det er ein rett pasientane har, og dermed vert det ein plikt sjukepleiaren har(Molven i Grov m.fl. 2015). Nokon av deltakarane i studie til Reed(m. fl 2005) anerkjende det ansvaret dei hadde og forklarte om korleis dei utvikla eit sjukepleie-pasient forhold. Dei opplevde god kontakt med pasienten, fekk tilstrekkeleg informasjon frå pasienten og kunne derfor gje tilrettelagt sjukepleie. Dei opplevde óg at dei fekk positive tilbakemeldingar frå pasientane(2005:253). Sjølv under travle sjukehusforhold anerkjende deltakarane i studie til Sharrock(m.fl 2005) at det er umogleg å skilje det psykiske frå det fysiske. Dei var opptekne av å sjå heile mennesket.



Likevel oppgav dei vanskar med å få til dette på ein måte dei synast var tilstrekkeleg. Sjukepleia på avdelinga vart fort “oppgåve”-fokusert og arbeidsplassen hadde ikkje det same fokuset som sjukepleiarane. Det å møte den andre som eit menneske meir enn kun lidinga, diagnosen og situasjonen kan vere svært utfordrande. I møte med desse utfordringane kan det ofte bli til at ein heller vel eit smalare fokus, da alternativet opplevast for omfattande(Thornquist 1998 gjengitt etter Grov m.fl 2015).

## 6.0 Avslutning

I denne oppgåva har eg ved bruk av forskning og teori forsøkt å svare på problemstillinga ”Kva for faktorar har innverknad på sjukepleiarar sine haldningar i møte med personar med schizofreni?” på ei somatisk avdeling. Kva som spiller inn har vist seg ulikt frå deltakarane i studia, men det er nokre samsvar. Kjensla av redsel og frykt har vist seg å gjere sjukepleiarane uttrygge i møte med desse pasientane. Nokon har skildra kor viktig det er med kunnskap og kompetanse, og ikkje minst erfaring. Resultata frå studia viser at sjukepleiarane ikkje naudsynt har betre haldning til menneske med schizofreni og psykiske lidingar enn resten av samfunnet. Dersom kompetanse og erfaring skal bidra til utvikling og eventuelt endring av haldningar, er det viktig at sjukepleiaren er kritisk og reflekterer over eigen utøving av sjukepleia. Det viser seg at det ikkje alltid er kunnskapen i seg sjølv som har noko å sei for kva for haldningar ein har til denne pasientgruppa, men korleis ein bearbeidar og utfordrar erfaringane ein får.

Studia viser stigmatiserande haldningar hos sjukepleiarane på somatisk avdeling, men dei viser også at dei finst i samfunnet generelt og hos sjukepleiarar som arbeider på psykiatrisk avdeling. Ved å nedbryte kategoriseringane i det første møtet, vil ein med større sannsyn klare å sjå forbi diagnosene og forsøke å forstå mennesket. I denne oppgåva kjem det fram at dette ikkje alltid opplevast like enkelt for sjukepleiarne. Generelt gav fleire av sjukepleiarane uttrykk for positive haldningar, men dei synast utøvinga av sjukepleie var utfordrande. Dersom ein ynskjer haldningsendring er dette tidkrevjande og det forutsetter at den som skal endre haldninga er mottakeleg for dette.

## Litteraturliste

Aarre, T.F. Bugge, P. Juklestad, S.I. (2009) *Psykiatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget

Björkman, T. Angelman, T. Jönsson, M.(2008) Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scand J Caring* (22) 170-177

Caughey G,E. Vitry, A,I. Gilbert A,L et al. (2008) Prevalence of cronic diseases in Australia. *BMC Public Health*(8) 1-13

Corrigan, P.W. River, P. Lundin, R.K. Penn, D.L. Uphoff-Wasowski, K. Campion, J. Mathisen, J. Gagnon, C. Bergman, M. Goldstein, H. Kubiak, M-A.(2001) Three strategies of Changing Attributions about Severe Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2)187-195. Chicago: University of Chicago Center for Psychiatric Rehabilitation

Crump, C., Winkleby, M., Sundquist, M., Sundquist, J.,(2013). Comorbidities and mortality in person with schizophrenia: A swedish National Cohort study. *Am J Psychiatry* (170)324-333

Cullberg, J.(2005) *Psykosser- et integrert perspektiv*. 2 utgave. Universitetsforlaget AS. Oslo

Dahl, A,A. Grov, E-K. (2014) *Komorbiditet i somatikk og psykiatri*. Cappelen Damm AS. Oslo

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Dybvig, S. Johannesen, J.O. Kjær, R. Lyngstad., G.Thorsen, G-R. B. (2004) *Stigma-Antistigma*. Oslo: Stiftelsen Psykiatrisk opplysning

Eriksen, S.(2015) *Menneskets psykososiale behov*. I: E.K. Grov og I.M. Holter(red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm AS

Eriksen, T.H., (2006). *Trygghet*. Oslo: universitetsforlaget.

Fagermoen, M.S. (1998) Sykepleierens grunnkompetanse å være, tenke og handle. I: G. Melsæter. B. Christiansen. A. Solheim. A. Stabell. På sykepleiefagets vegne. *Festskrift til Ellen Askeland, Jan Fagermoen og Asfrid Lønstad*. Oslo: Høgskolen i Oslo

Felkner, B. Yazel, J.J. Short, D. (1996) Mortality and medical comorbidity among psychiatric patients: a review. *Psychiatric services* (12) 1356-1363

Glasdam, S.(red.). (2015) Bachelorprosjekter indenfor det sundhedsfaglige område. København: Nyt nordisk forlag Arnold Busck

Gretland, A. (2007) *Den relasjonelle kroppen*. Bergen: Fagbokforlaget

Henderson V. (1960) *Basic Principles of nursing care*. Geneva: International Council of Nurses

Holter, I M., (2015) Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I: Grov, E. K., Holter, I M., Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Oslo: Gyldendal Akademisk

Hummelvoll, J-K.(2012) *Helt- ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Håkonsen, K.J. Standal, K.A. (2002) *Psykologi*. Oslo: Gyldendal Undervisning

Jordahl, H. Repål, A. (2009) *Mestring av psykoser*. Bergen: Fagbokforlaget

Kristoffersen, N.J. (2012) Sykepleie - kunnskap og kompetanse. I: N.J. Kristoffersen F. Nordtvedt. E-A. Skaug. *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kukulu, K. Ergün, G. (2007) Stigmatization by nurses against schizophrenia in Turkey: a questionnaire survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2007(14) 302-209

Malt, U. (2014) *Stigma*. I stor medisinske leksikon. Hentet 29.februar 2016. Frå:  
<https://sml.snl.no/stigma>

May, R. (1983) *The discovery of Being. Writings in Existential Psychology*. New York: W.W. Norton & Company.

Molven, O.(2015) Pasienters og brukers rettigheter og plikter. I E.K. Grov. I.M. Holter(red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm AS

Nordtvedt, P. Grønseth, R.(2013) Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I: H. Almås, D-G. Stubberud. R. Grønseth(red.) *Klinisk sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. ICNs etiske regler. Oslo: Norsk sykepleierforbund

Peitl, M.V. Peitl, V. Pavlovic, E. Prolosic, J. Petric, D. (2011) Stigmatization of Patients suffering from Schizophrenia. *Coll. Antropol* (35) 141-145

Rapport 2009:8. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Nasjonalt fohelseinstitutt. Oslo

Reed, F. Fitzgerald, L. (2005). The mixed attitudes of nurse's to caring for people with mental illness in a rural general hospital. *International Journal of Mental Health Nursing* (14) 249-257

Schøn, D. A. (2000). Udvikling af ekspertise gennem refleksion- i- handling. I- K. Illeris(red.). *Tekster om læring*. Fredriksberg: Roskilde universitetsforlag.

Sharrock, J. Happel, B. (2005) Competence in providing mental helath care: A grounded Theory Analysis of Nurses' Experiences. *Australian Journal of Advanced Nursing* (2) 9-15

Simpson, A. McKenna, B. Moskowitz, A. Skipworth, J. Barry-Walsh J. (2004). Homicide and mental illness in New Zealand, 1970-200. *Br J Psychiatry* (185) 394-398

Skærbæk, E. Nissen, M. (2014) *Psykososialt arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk

St. meld 41 (2015) *Nasjonal helse- og sykehusplan(2016-2019)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Teigen. KH.(2012). *Holdning*. I: store norske leksikon. Hentet 25.februar 2012  
<https://snl.no/holdning>.

Thorsen. R(2012) Trygghet. I: N.J. Kristoffersen. F. Nordvedt. E-A. Skaug. *Grunnleggende sykepleie bind 3*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Thornquist, E. (1998) *Klinikk, kommunikasjon og informasjon*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Travelbee, J.,(2002) *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleie*. Oversatt av Overgaard, A. E., Schou, A.,København: Munksgaard Danmark

Vervarda. J. Kornkåsa. A. Bjørntvedt. E. K. Egrem L.M.(2013) Pasienter med schizofreni på somatiske sykehus. *Sykepleien* (6) 58-61