

# Upplevelsen av att förlora verklighetskontakten och vad sjuksköterskan kan göra för att hjälpa

<b>FÖRFATTARE</b>	Sara Stenberg Jill Widholm
<b>PROGRAM/KURS</b>	Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng/ Omvårdnad – Eget arbete HT 2006
<b>OMFATTNING</b>	10 p
<b>HANDLEDARE</b>	Margaretha Zettergren
<b>EXAMINATOR</b>	Barbro Robertsson

Titel (svensk):	Upplevelsen av att förlora verklighetskontakten och vad sjuksköterskan kan göra för att hjälpa
Titel (engelsk):	The experience of the uncontrollable sense of self and what the nurse can do to help
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå I
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 120 poäng/ Omvårdnad - Eget arbete/VOM200/SPN6
Arbetets omfattning:	10 poäng
Sidantal:	18 sidor
Författare:	Sara Stenberg Jill Widholm
Handledare:	Margaretha Zettergren
Examinator:	Barbro Robertsson

## **SAMMANFATTNING**

Psykiska störningar, tillfälliga eller kvarstående, kan påverka en människas förmåga att uppfatta och möta sin omgivning. Det finns en stigmatisering av psykiskt sjuka som kan leda till att de agerar mindre tillitsfullt, mer defensivt, mer passivt eller helt undviker sociala kontakter då de är rädda för att bli avvisade. Travelbees omvårdnadsteori har som mål att hjälpa den sjuka individen att bemästra lidande och sjukdom samt att förebygga sjukdom och främja hälsa. Enligt Travelbee är det relationen mellan människor som möts i vården som är viktig. Syftet med denna litteraturstudie var att få fördjupad förståelse för hur en människa upplever det att förlora verklighetskontakten och hur sjuksköterskan kan hjälpa. Vidare var syftet att belysa den stigmatisering som dessa människor ofta upplever. Litteraturstudien baserades på 12 vetenskapliga artiklar funna i CINAHL och PubMed samt genom manuell sökning. Upplevelsen av att förlora verklighetskontakten beskrevs som en plågsam och okontrollerbar upplevelse av sig själv. Detta ingav en stark känsla av sårbarhet. Sjuksköterskan kan genom att skapa en förtroendefull terapeutisk relation bekräfta och ge trygghet åt dessa människor och därmed lindra deras lidande. Vidare lever människor som har förlorat verklighetskontakten med en känsla av skräck, dels för att inte känna igen sig själv, dels för att andra människor upplevs som ifrågasättande och därmed ett hot mot den egna personen. Travelbees omvårdnadsteori ger en användbar grund för vad sjuksköterskan kan göra för att hjälpa. Att tänka sig in i situationen är en viktig del för sjuksköterskan i mötet med en person som har förlorat verklighetskontakten.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>BAKGRUND</b>	1
<b>INLEDNING</b>	1
<b>ATT FÖRLORA VERKLIGHETSKONTAKTEN</b>	1
<b>Konfusion</b>	2
<b>Vad innebär det att vara psykotisk?</b>	2
<b>Hur upplever en människa som har förlorat verklighetskontakten sin tillvaro?</b>	2
<b>STIGMA</b>	3
<b>Vad är stigmatisering och hur uppkommer det?</b>	3
<b>Stigmas funktion</b>	4
<b>Psykisk sjukdom och stigma</b>	4
<b>Epidemiologi</b>	5
<b>OMVÅRDNADSTEORETISKT PERSPEKTIV</b>	5
<b>Joyce Travelbee</b>	5
<b>Människan som unik individ</b>	6
<b>Lidande</b>	6
<b>Hopp</b>	6
<b>Mening</b>	6
<b>Den mellanmänniska relationen</b>	6
<b>SYFTE</b>	7
<b>METOD</b>	7
<b>RESULTAT</b>	8
<b>UPPLEVELSEN AV ATT FÖRLORA VERKLIGHETSKONTAKTEN</b>	8
<b>HUR SJUKSKÖTERSKAN KAN HJÄLPA</b>	9
<b>HUR STIGMATISERING UPPLEVS I RELATION TILL DEN PSYKISKA OHÄLSAN</b>	11
<b>DISKUSSION</b>	12
<b>METODDISKUSSION</b>	12
<b>RESULTATDISKUSSION</b>	13
<b>REFERENSLISTA</b>	17
<b>BILAGA 1</b>	I

## **BAKGRUND**

### **INLEDNING**

Vi är intresserade av att fördjupa oss i bemötandet av patienter som har överkliga och skrämmande upplevelser inom sig. Detta är en patientgrupp som vi har stött på i flera typer av vårdinrättningar under våra praktikperioder, både på somatiska och psykiatriska vårdavdelningar. Vi har uppfattat det som att människor med psykisk ohälsa ofta har en bristande förmåga till att ta hand om sig själv och sin kropp, varför de är en frekvent patientgrupp i somatisk vård.

Vid överrapporteringen av nya patienter som vid sidan av sin somatiska diagnos även har en psykiatrisk diagnos, eller som visar tecken på bristande verklighetskontakt, har vi uppfattat det som att det finns en rädsla och ovilja att möta den sidan hos dessa patienter. Vidare har vi upplevt det som att många allmänsjuusköterskor inte tror sig ha kompetens att bemöta sådana patienter och att man ofta vill ha konsultation av en psykiatriker.

Sjuusköterskans fyra grundläggande ansvarsområden är enligt International Council of Nurses (1, 2):

- Att främja hälsa
- Att förebygga sjukdom
- Att återställa hälsa
- Att lindra lidande

För att sjuusköterskan skall kunna uppfylla detta krävs att hon har kunskap, förståelse och de verktyg som behövs för att kunna ge bästa tänkbara omvårdnad.

Det har i alla tider funnits människor med avvikande psykiska beteenden och upplevelser och dessa har hamnat utanför gemenskapen. I samhället finns det en rädsla och en stereotyp föreställning om hur människor med avvikande beteenden och upplevelser är, vilket ger en stigmatisering (3). Vi har berört psykossjukdomar i vår grundutbildning, men vi tror att det är först när man konfronteras med en människa som har förlorat verklighetskontakten som man verkligen kan förstå vidden av vad detta innebär och hur skrämmande dessa upplevelser är för personen.

Vi har en önskan om att öka förståelsen hos sjuusköterskan i den somatiska vården för människor som inte klarar av att hålla ihop sin verklighet oavsett om det är en person med diagnostiserad psykisk ohälsa eller en person som tillfälligt förlorat förmågan att hålla ihop sin verklighet.

### **ATT FÖRLORA VERKLIGHETSKONTAKTEN**

Psykiska störningar, tillfälliga eller kvarstående, kan i varierande grad påverka en människas förmåga att uppfatta och möta sin omgivning. Om verklighetskontakten sviktar har störningen psykotisk valör. Detta medför symtom som vanföreställningar, hallucinationer, förvirring och frånvaro av sjukdomsinsikt. Dessa störningar är definitionsmässigt psykotiska. När symtomen försvinner upphör störningen således att vara psykotisk (4). Man kan i många fall se att psykotiska upplevelser grundas i ett samspel mellan psykologiska faktorer, sociala förhållanden och hjärnans fysiologiska förutsättningar (5).

## **Konfusion**

Psykotiska upplevelser ses ibland vid konfusion (den engelska termen är delirium). Konfusion är en tillfällig mental störning som kan uppträda vid allvarlig kroppslig sjukdom till exempel hjärntumör, demens, ischemi, hög feber i kombination med intorkning, trauma och stora kirurgiska ingrepp. Konfusion kan ses som ett tecken på hjärninsufficiens. Till begreppet konfusion räknas också intensivvårdssyndrom (den engelska termen är intensive care unit syndrome), som kan uppstå som en reaktion på det trauma patienten har genomgått. Konfusion är ett akut tillstånd som försvinner när sjukdomen eller skadan som påverkar hjärnan försvinner (3,4).

## **Vad innebär det att vara psykotisk?**

En person som är psykotisk har en störd verklighetsvärdering och feltolkar sina sinnesintryck och tankar och drar därför felaktiga slutsatser jämfört med omgivningen. Till begreppet psykossjukdom räknas schizofreni, vanföreställningssyndrom, abstinens, påverkan av droger eller ett svårt förstämningssyndrom (mani, depression) (3). Det finns en strävan att så långt som möjligt undvika diagnosen schizofreni, detta för att undvika stigmatisering. När psykotiska symtom uppvisats i upp till en månad kallas detta kortvarigt psykotiskt syndrom. Om symtomen fortsätter, upp till ett halvår kallas detta schizofreniformt syndrom. Det är först när symtom uppvisats i över sex månader som diagnosen schizofreni kan bekräftas. En förutsättning är då att förvirring inte föreligger (4).

## **Hur upplever en människa som har förlorat verklighetskontakten sin tillvaro?**

Upplevelserna av att förlora verklighetskontakten är liknande vid konfusion och psykos. En människa som har förlorat verklighetskontakten har en sviktande förmåga att förhålla sig till verkligheten och andra människor. Även förmågan att kommunicera sviktar, vilket gör det svårt att möta krav i vardagen. Symtomen upplevs som högst verkliga och är helt individuella för varje person. Att förlora verklighetskontakten på detta sätt är en upplevelse av att något eller någon annan styr ens liv, tankar och handlingar. Man har ingen egen vilja (6). En beskrivning av upplevelsen kan vara dröm i vaket tillstånd. Allt kan hända i drömmen. Det som i vaket tillstånd verkar besynnerligt, skrämmande och utan logik ifrågasätts inte i drömmen då tid, plats, personer och händelser inte är bundna till det vakna tillståndets logik. Ur detta perspektiv kan det bli möjligt att uppnå åtminstone en liten förståelse för hur en människa som har förlorat verklighetskontakten upplever *sin* verklighet (7). En sådan upplevelse är ångestskapande och världen känns fientlig då ingen "tror" på det man upplever. Det är ensamt att inte kunna dela sina tankar och upplevelser med någon annan (6).

Hummelvoll (6) beskriver det typiska i en person med psykos sätt att kommunicera:

- Kommunikationen kännetecknas av ett frekvent användande av pronomen som "de" och "vi" utan att precisera vem eller vilka det hänvisas till. På en direkt fråga kan personen inte svara på detta, eftersom "de" refererar till något i personens inre.
- Personen kan förutsätta att samtalspartnern vet vad han tänker och använder sig i konversationen av uttryck som "du vet vad jag menar". Om inte en fullständig förklaring begärs av samtalspartnern tror personen att man läser hans tankar. Detta har att göra med den psykotiska personens svårigheter att avgränsa sig själv gentemot andra och omvärlden. Gränsen blir flytande.

- En person som har förlorat kontakten med verkligheten har svårt att föra fram ett budskap och det lindas in i detaljer och irrelevanta upplysningar. Personen gör krångliga utbroderingar och ger förklaringar som inte behövs. Detta grundar sig i en osäkerhet på sig själv och på omgivningen. Ambivalens och motstridiga känslor inför en handling eller situation gör det omöjligt för personen att välja, som istället blir handlingsförlamad. Detta uppkommer av att personen inte upplever sin vilja som fri. Han har så mycket motstridiga känslor inom sig att han helt enkelt inte kan välja.
- Andra människor tillskrivs idéer och intentioner som det inte finns grund för. Ofta grundas uppfattningen av andras intentioner på en känsla personen själv har. Detta för att personen upplever att han *vet* att det förhåller sig på ett visst sätt, och därför inte behöver ta reda på fakta.
- Han tappar ofta tråden och associerar på ett sätt som är obegripligt för andra människor. Detta fenomen är vanligast hos personer med diagnosen schizofreni och mani.
- En person som förlorat verklighetskontakten kan binda samman vissa ord med speciella tankar och känslor, oftast symboliskt, så att orden får en högst personlig mening. När vanföreställningarna är aktiva eller ångesten mest påtryckande vill personen kunna regrediera. Förmågan att tänka logiskt och att knyta tidigare uppgifter till nutid är reducerad. Detta tilltar med ökad ångest.

Inom psykiatrisk vård är det av stor vikt att förstå den *innebörd* de psykotiska symtomen har för den drabbade för att kunna hjälpa. Inom den somatiska vården bör ambitionen vara att möta personen med respekt och värdighet och utan den rädsla och de fördomar som ofta finns kring psykiskt sjuka (6).

## STIGMA

Begreppet stigma kommer ursprungligen från grekiskan, och kan översättas med stick, märke eller stämpling, d.v.s. ett kännetecken för något. I antikens Grekland betecknade det något ovanligt eller nedsättande i en persons moraliska status. I kristendomen förknippas stigmatisering med ett sällsynt fysiskt fenomen då Kristi sårmärken, stigmata uppträder på någons kropp. Fenomenet är känt sedan 1200-talet och räknas numer som en form av hysteri (8). Idag används begreppet i betydelse av social utstötning - främst kopplad till sociala roller i samhället. Stigmatiserade personer eller grupper ses som mindre värda (9).

### Vad är stigmatisering och hur uppkommer det?

Det ligger i människans natur att skilja ut och sätta etikett på mänskliga skillnader. Har väl en etikett satts, så tas skillnaderna för givna, och det antas att "det bara är så". Det förekommer att en etikett kopplas till flera olika stereotyper. Negativa attribut kan vara både starka och svaga. Att kategorisera, eller att se någon som en stereotyp, sker ofta automatiskt, och är något som människor ofta gör på ett omedvetet plan. Kategorisering sker för att åstadkomma skillnader mellan "de" och "vi". Personen eller gruppen som har blivit kategoriserade förväntas då motsvara det som lagts i kategoriseringen och inga individuella skillnader görs. De som

stigmatiseras får erfara en diskriminering och utstötning genom förlust av social, politisk eller ekonomisk status (9).

En förutsättning för skapande och upprätthållande av stigma är makt. Maktförhållandena kan vara uppenbara och därför ses som oproblematiska. Människor fokuserar ofta på de attribut som förknippas med ett tillstånd, utan att tänka på de eventuella maktförhållanden som kan finnas. Exempel på detta är när människor tänker på psykisk sjukdom, fetma eller dövhet. Även i dessa situationer är makt en förutsättning för skapandet och upprätthållandet av stigma (9).

### **Stigmas funktion**

Förmodligen kan det ge en känsla av kontroll att stigmatisera grupper som upplevs som hotfulla mot det personliga välbefinnandet. Egen status kan höjas gentemot andra genom stigmatisering, den egna statusen kan upplevas som högre gentemot minoritetsgrupper i samhället (9).

### **Psykisk sjukdom och stigma**

Mycket talar för att människor redan tidigt i livet utvecklar sina föreställningar om psykiskt sjuka. Detta har stor betydelse för en person som själv utvecklar psykisk sjukdom, då risken att diskrimineras och nedvärderas i andras ögon blir personligt relevant. Man tror sig då inte vara önskad som vän, partner, granne, anställd etc. Man kommer dessutom av de flesta andra människor att ses som mindre trovärdig, mindre intelligent och mindre kompetent. Detta gör att psykiskt sjuka kan agera mindre tillitsfullt, mer defensivt, mer passivt eller att de helt undviker sociala kontakter då de är rädda för att bli avvisade (9).

Sedan 1960-talet har forskning på området visat att attityderna mot psykiskt sjuka inte ändrats på något avgörande sätt. Rädsla, negativa förväntningar, ovilja att bistå och till en uppfattning om att psykiskt sjuka är potentiellt farliga gör att många människor upplever det som mycket besvärande att ha kontakt med människor med psykisk sjukdom. Denna uppfattning har på senare tid ökat och rör främst personer som lider av schizofreni. Dessa uppfattas som skrämmande, oförutsägbara, aggressiva, farliga, omedgörliga och mindre intelligenta. Därför är få människor benägna att inleda en social relation med människor med schizofreni. Dessa negativa attityder förekommer i alla kulturer, och är vanliga även bland vårdpersonal (9). Dock har de flesta människor erfarenheter som tangerar de upplevelser en människa med psykotiska symtom har, till exempel drömmar, omfattande dagdrömmar och förändrad perception under hög feber (6).

Relativt få studier har gjorts på psykiskt sjukas egna erfarenheter av stigmatisering, men resultaten speglar ändå allmänhetens uppfattning. De flesta psykiskt sjuka förväntar sig negativa attityder från omgivningen. De kan ha fått kommentarer som uppfattats som stigmatiserande, känt att andra människor försökt undvika dem samt fått rådet att sänka sina ambitioner i livet. Många psykiskt sjuka har upplevt diskriminering vid arbetssökande, bostadssökande och i kontakt med myndigheter (9).

Forskning har kunnat identifiera stigmatisering av psykiskt sjuka i olika dimensioner. I den *mellanmänniska dimensionen* sker stigmatisering genom diskriminering och genom betraktande av den psykiskt sjuka som opålitlig och oansvarig för sina handlingar. Personal inom psykiatrin nonchalerar somatisk sjukdom hos den psykiskt

sjuka, förbiser biverkningar av läkemedel och visar bristande intresse för den sjuka som person. Stigmatisering sker också i en *strukturell dimension* genom att för få resurser tilldelas den psykiatriska vården. *Allmänhetens attityder* till psykiskt sjuka speglas också i massmedia och filmer där den psykiskt sjuka beskrivs som farlig och våldsbenägen. Psykisk sjukdom ses som ett hinder i *tillgång till sociala roller*, som att få fast arbete, hitta en partner, skaffa barn etc. Stigmatisering påverkar också den sjukas synsätt på sjukdomen. En person som accepterat sin sjukdom upplever press att bekräfta en stereotyp som inkapabel och värdelös människa och undandrar sig därför sociala kontakter och anammar rollen som psykiskt sjuk. Studier visar att hög grad av stigmatisering ofta ger en låg grad av empowerment (känsla av kontroll över sin situation och förmåga att fatta egna beslut). Diskriminering, arbetslöshet, inkomstbortfall, utebliven eller försenad vård, begränsat socialt nätverk och låg självkänsla med isolering och ensamhet som följd är konsekvenser av stigmatisering för många psykiskt sjuka människor (9).

### **Epidemiologi**

År 2000 hade omkring 50000 personer diagnosen schizofreni i Sverige, således är detta en av våra svåraste folksjukdomar (10). Enligt incidenssiffror bör det röra sig om ca 800 personer per år i Sverige som nyinsjuknar i schizofreni (11). Sjukdomsriskerna för schizofreni är runt 1 %, något högre för män än för kvinnor. Risken att insjukna är högst mellan tonåren och 30-årsåldern (3) och avtar sedan successivt för att åter öka i 70-årsåldern och däröver (3, 4). Kvinnor insjuknar i genomsnitt något senare än män. Prevalensen är ungefär densamma i olika kulturer, omkring 0,2 - 0,5 % (4).

## **OMVÅRDNADSTEORETISKT PERSPEKTIV**

### **Joyce Travelbee**

Joyce Travelbee föddes 1926 i New Orleans, USA, och dog 1973. Hon arbetade som psykiatrisjuksköterska, och hennes omvårdnadsteori är främst inriktad på omvårdnadens mellanmänskliga dimension (12). Hennes teori har under lång tid haft inflytande på de nordiska sjuksköterskeutbildningarna. Hon har bland annat myntat begreppet "att använda sig själv terapeutiskt" (13). Travelbee var influerad av Ida Jean Orlando som var en av hennes lärare när hon studerade vid Yale University (14).

Travelbee definierar omvårdnad som följer:

*"Nursing is an interpersonal process whereby the professional nurse practitioner assists an individual, family, or community to prevent or cope with the experience of illness and suffering and, if necessary, to find meaning in these experiences."*(12 s. 7)

Enligt Travelbee är målet med omvårdnad att hjälpa den sjuka individen att bemästra lidande och sjukdom samt att förebygga sjukdom och främja hälsa. Travelbee menar att människan har en vilja och strävan efter att söka mening i allmänmänskliga upplevelser, såsom sjukdom, smärta och lidande. Meningen i sig är personlig och individuell, men att söka mening är en allmänmänsklig företeelse. Därför kan en motgång, till exempel sjukdom och lidande, även innebära en möjlighet till personlig utveckling genom funnen mening. Kvalitén i omvårdnaden ligger enligt Travelbee i sjuksköterskans helhetssyn på den sjuka individen och hennes syn på varje människa



som unik och olik alla andra. Vidare menar hon att det inte finns någon "patient", utan det finns sjuka *människor* som är i behov av vård och hjälp från andra *människor*. Travelbee tar således avstånd från den stereotypa och kategoriska innebörd som kan appliceras på rollbegreppen "sjuksköterska" och "patient". "Patienten" är således en unik människa, liksom "sjuksköterskan" är en unik människa. Ingen av dem har en stereotyp roll (12).

### **Människan som unik individ**

Varje människa är unik och oersättlig. Hon är olik alla andra människor som någonsin har levt eller kommer att leva. Alla varelser kommer någon gång att stöta på sjukdom, lidande, och så småningom även död. Varje människas upplevelse av detta är unik och hennes egen, men själva upplevelsen i sig är en allmänmänsklig företeelse (12).

### **Lidande**

Lidande är en allmänmänsklig upplevelse, men varje person lider på sitt unika sätt. Lidande är knutet till att bry sig om, och för att uppleva lidande måste individen bry sig om det som hotas att förloras. Gemensamt för människor som lider är att de försöker finna en mening i, eller orsak till, lidandet (12).

### **Hopp**

Hoppet gör att människor orkar stå ut i svåra situationer. Hopp karaktäriseras av att finna ett slut, nå ett mål eller uppnå en färdighet, kombinerat med en förväntan om att det som önskas är uppnåbart. En hoppfull person tror att om han uppnår sin önskan kommer hans liv att förbättras på något sätt, bli mer bekvämt, meningsfullt eller njutbart (12).

### **Mening**

Mening är den betydelse som en människa ger en upplevelse som hon varit med om. Varje människa måste själv finna svaret till meningen i sina upplevelser. Detta kan vara svårt för en människa som upplever sjukdom och lidande. En av sjuksköterskans viktigaste uppgifter är då att hjälpa den sjuke individen att finna mening i hans upplevelser (12).

### **Den mellanmänskliga relationen**

Genom att etablera en mellanmänsklig relation och att använda sig själv terapeutiskt kan sjuksköterskan hjälpa den sjuke att finna mening i lidandet. Detta sker genom att sjuksköterskan har en god självkänedom, och att hon genom att använda sin personlighet i kombination med logik, reflektion och kunskap möter den sjuke individen. Kommunikation är en process som gör det möjligt för sjuksköterskan att etablera en mellanmänsklig relation. Det är viktigt att sjuksköterskan förstår innebörden i det den sjuke kommunicerar så att hon sedan kan använda denna information till att planera omvårdnaden. Begreppet "en mellanmänsklig relation" refererar till en serie av upplevelser mellan sjuksköterskan och den sjuke individen, som till slut mynnar i att se varandra som unika människor, och inte bara som "sjuksköterska" och "patient". En mellanmänsklig relation är sättet genom vilket omvårdnadens syfte skall uppnås på. Den mellanmänskliga relationen inleds med att en kontakt; ett första intryck och en känsla för den andra människans person etableras. När kontakten fördjupas och personernas identitet börjar träda fram, uppstår empati; förmågan att uppfatta innebörden i den sjukas tankar och känslor. Sympati uppstår när sjuksköterskan känner en önskan och en vilja att hjälpa den

sjuka och lindra dennes lidande. Sympati i sig bidrar till att lindra lidande då patienten känner sig sedd, och en ömsesidig förståelse, ett förtroende och en djupare kontakt etableras (12).

## **SYFTE**

Syftet med denna litteraturstudie var att få fördjupad förståelse för hur en människa upplever det att förlora verklighetskontakten och hur sjuksköterskan kan hjälpa. Vidare var syftet att belysa den stigmatisering som dessa människor ofta upplever.

## **METOD**

I denna litteraturstudie har sökning efter vetenskapliga artiklar gjorts i databaserna CINAHL och PubMed samt genom manuell sökning i omvårdnadstidskrifters databaser (e-tidskrifter). Inklusionskriterier för samtliga sökningar var att artiklarna skulle vara forskningsbaserade (research), vara vetenskapligt granskade (peer-reviewed) och vara publicerade inom en tidsperiod av 10 år.

I CINAHL gjordes först en sökning med sökordet "experiences of psychosis AND nursing" vilket gav tre träffar, varav två valdes ut (15, 16). När vi sökte på "Nursing Care AND Psychotic disorders (-organic mental disorders)" gav det 128 träffar varav sex valdes ut (16, 19, 20, 21, 24, 26). I PubMed gjordes sökning med sökorden Nursing OR Nursing Care OR Nursing Subheadings AND Psychotic Disorders, vilken gav 22 träffar. Av dessa valdes fem ut (15-17, 22, 23). I PubMed gjordes även en sökning med sökordskombinationen "Medical-Surgical-Nursing AND Psychotic Disorders (-organic mental disorders)". Denna sökning gav fem träffar och av dessa användes tre artiklar (19, 21, 26).

Manuella sökningar har gjorts i *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *International Journal of Mental Health Nursing*, *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* samt i *Journal of Advanced Nursing*.

Materialet har bearbetats utifrån bakgrunden och syftets tre ämnesområden. Artiklarna har granskats separat utifrån varje ämnesområde. Resultatet presenteras i tre delar utifrån syftet.

De artiklar som använts i litteraturstudien kommer från Sverige, Finland, Norge, England, Australien samt Kanada. Av de utvalda artiklarna var två kvantitativa (24, 26) och tio kvalitativa studier (15-23, 25).

För mer utförlig beskrivning av de använda artiklarna, se Bilaga 1.

Tabell 1. Databassökningar

Databas	Sökord	Antal artiklar	Utvalda artiklar (ref.nr.)	Datum för sökning
CINAHL	Experiences of psychosis AND nursing	3	15, 16	061121
Manuell sökning	<i>International journal of Mental Health Nursing</i> , 2005-2006	-	18	061121
CINAHL	Nursing Care AND Psychotic disorders (-organic mental disorders)	128	19, 20, 21, 24, 26	061123
PubMed	Nursing OR Nursing Care OR Nursing Subheadings AND Psychotic Disorders	22	17, 22, 23	061124
PubMed	Related Articles till ref. nr. 15	184	25	061127

## RESULTAT

Resultatet har indelats i tre delar med avseende på syftet.

- Upplevelsen av att förlora verklighetskontakten
- Hur sjuksköterskan kan hjälpa
- Hur stigmatisering upplevs i relation till den psykiska ohälsan.

### UPPLEVELSEN AV ATT FÖRLORA VERKLIGHETSKONTAKTEN

I en studie gjord av Koivisto et.al. (15) intervjuades nio psykossjuka personer på en psykiatrisk vårdavdelning i Finland. Intervjuerna granskades genom fenomenologisk metod. Upplevelsen av att vara psykotisk beskrevs som en okontrollerbar upplevelse av sig själv, som innefattade känslor av förändring och förlust av självkontroll med känslomässig och fysisk smärta som följd (15, 16). Dessa känslor hade samband med upplevelsen av sig själv och andra, upplevelsen av hur man klarade av att hantera sitt liv och upplevelsen av sjukdomsprogressen (15). Att vara psykotisk beskrevs i flera olika studier som en plågsam upplevelse som ingav en stark känsla av sårbarhet (15-22). Känslan av sårbarhet hörde samman med de upplevda främmande tankarna och känslorna (15). Att vara psykotisk kunde leda till en känsla av maktlöshet som bestod i en föreställning om sig själv som värdelös (17), att känna sig fången i sin situation och i ett emotionellt lidande (15, 17). Emotionellt lidande uppstod på grund av det svåra i att vara annorlunda och en upplevelse av att livet var slut (17).

En patient i en studie uttryckte sig:

*”I felt like locked up inside myself, and I couldn’t speak about that thing any more. I felt fear inside me and I tried to observe my behavior so that I wouldn’t make wrong interpretations ... I also lost trust in other people and I was isolated” (15 s 226)*

Att förändras med avseende på tankemönster och självförnimmelse beskrevs som att förlora kontrollen över sig själv och sin personlighet. Detta ledde till osäkerhet och en känsla av hudlöshet (15). Upplevelsen av sig själv och andra som känslig och skör (15, 16, 21) gjorde att tilliten till andra människor började gå förlorad då de observerades med större vaksamhet än innan (15, 17). Främmande tankar upptog mycket energi och fokus lades på att skydda sig själv från svåra och hotfulla upplevelser (15, 22). I takt med att främmande känslor tog överhanden och förtroendet gentemot andra gick förlorat (15), fanns en tendens till att isolera sig i sin egen värld (15, 21) eftersom främmande tankar och känslor skapade skam och förvirring. Skam och förvirring uppkom dels för att inte kunna kontrollera sig själv och sin kropp, dels för att inte kunna förklara sitt beteende (15). Att förlora självkontrollen skapade också en känsla av att vara kontrollerad av utomstående makter, att vara obenägen till att kunna kontrollera sin kropp och att vara kapabel till att skada andra eller sig själv (15). Detta ledde till ilska, irritation, otålighet (15, 21), rädsla, fobier, oro, ångest, fysisk utmattning, sömnlöshet och smärta (15). Flera patienter med Intensive Care Unit-syndrom (den svenska termen är intensivvårds-syndrom eller konfusion) beskrev sina upplevelser som mardrömmar eller drömmar i vaket tillstånd (22). Att hantera och klara av de krav som livet ställer, som att sköta sitt arbete och hantera relationer till andra människor, beskrevs som svårt (15).

## **HUR SJUKSKÖTERSKAN KAN HJÄLPA**

Det framkom att en grundläggande del i relationen mellan sjuksköterska och patient var att vården var individuellt anpassad (15, 16, 18-20, 23, 24). Upplevelsen av att förlora verklighetskontakten var olika för olika människor, och det var viktigt att förstå vad den enskilde individen upplevde i sin psykos för att kunna ge adekvat hjälp och för att kunna lindra lidande. Detta kunde uppnås genom att söka innebörden för patienten i de psykotiska symtomen (15, 20, 23). Vidare var det av stor vikt att sjuksköterskan förstod vad som kunde lindra lidande för att patienten skulle kunna återgå till den funktionsnivå som fanns innan psykosutbrottet (20). I sin diskussion tar Laitinen (19) upp att det är en utmaning för sjuksköterskan att förstå patientens upplevelse och innebörden i dennes symtom vilket kräver kritiskt tänkande, omvärdering och ifrågasättande (19). När sjuksköterskor relaterade till patientens normala och vardagliga liv uppfattade patienten relationen som meningsfull, personlig och empatisk (21). Det fanns en uttalad önskan om att bli bekräftad i sin sårbarhet, känna sig trygg, förstådd och att bli respekterad som person (16, 20). Att känna sig bekräftad, betrodd och att bli accepterad som människa var även betydelsefullt för tillfrisknandet (16, 23). Detta speglades i vikten av att patienten kände sig delaktig i sin behandling och att den skedde i ett meningsfullt sammanhang (23).

Patienter upplevde det som viktigt att känna att det fanns en äkthet och personlighet hos sjuksköterskan i omvårdnaden (18, 19, 21, 23). Äkthet återfanns i språk, beröring, gester och hela sjuksköterskans sätt att vara, även under tystnad. En äkthet i relationen sågs av patienten genom det tålmod, den genuina förståelse och acceptans som sjuksköterskan då uppvisade. Det var av stor betydelse för patienten att ha en personlig relation till sin vårdare under den svåra och skrämmande upplevelsen som det innebar att förlora verklighetskontakten (19).

Eftersom det var svårt att förstå vad som hände med den egna personen under en psykotisk upplevelse, uppnåddes en känsla av trygghet hos patienterna när sjuksköterskan regelbundet informerade (16, 20) om vad som hände med dem, varför det hände och hur de kunde hantera de främmande känslorna och tankarna som upplevdes (16). Det var också av stor vikt att veta vem de kunde kontakta när de gick igenom en period av svåra upplevelser (16, 19). Vidare skulle informationen som gavs vara anpassad till personens förmåga att kunna ta till sig information, personens kommunikativa förmåga och personens förståelse av situationen. Detta kunde bidra till att skapa ordning, överblick och förutsägbarhet för patienten, men bidrog även till att skydda patientens integritet (20).

Att skapa en relation mellan sjuksköterska och patient förutsatte både en inbjudan till och en vilja att samarbeta. Samarbetet blev en gemensam ansträngning att arbeta mot samma mål, att minska lidande och att hjälpa patienten att få en överblick över sin situation för att återta kontrollen över sitt liv (20). Omvårdnaden av patienten skulle planeras individuellt av sjuksköterskan tillsammans med patienten (16, 20). Tillsammans kunde sjuksköterska och patient komma fram till vad som lindrade patientens lidande, vilka mål som skulle prioriteras, hur sjuksköterskan kunde hjälpa patienten att förbättra sin självbild samt lägga fram förslag om vilka åtgärder som skulle vidtas (20).

Enskilda samtal med sjuksköterskan utgjorde viktiga omvårdnadssituationer. Samtalen upplevdes vara till stor hjälp för patienterna eftersom någon lyssnade och spenderade tid med dem (20, 21, 23). Det var också av stor vikt att patienterna fick möjlighet att uttrycka sina åsikter. Med hjälp av sjuksköterskan kunde patienten finna lösningar till sin låsta livssituation (16, 23). Vidare var det viktigt att samtalen var strukturerade (16, 20) och att de hade förankring i patientens inre värld (16, 23). Samtal med sjuksköterskor som var förankrade i patientens normala vardagsliv gav klarhet i patienternas tankar och känslor och gav struktur åt deras situation (21).

*”This thing about integration... it is important to sit down with the patient, to educate him/her, to talk about the different phases that he/she has gone through and to reflect upon these in order to learn and gain an insight into what the illness actually means.” (20 s.422)*

Att känna sig skyddad från den sårbarhet som upplevdes i att vara psykotisk var betydelsefullt för patienten. Sjuksköterskans närvaro kunde bidra till att individen kände trygghet (16, 19, 20-22) trots att den psykotiska upplevelsen fortsatte (19). När patienten överväldigades av oro och ångest bidrog sjuksköterskans närvaro med att skapa trygghet och struktur (16, 20). För patienter som vårdades på intensivvårdsavdelning medförde upplevelsen av att bli lämnad av sjuksköterskan, exempelvis vid skiftbyte eller kafferast, en känsla av osäkerhet (21, 22).

När patienten inte själv hade förmågan att hålla ihop sin verklighetsuppfattning kunde sjuksköterskan ta över kontrollen och på så sätt lätta bördan för patienten. På samma sätt kunde sjuksköterskan återlämna kontrollen till patienten när han hade förmågan till att ta den. När sjuksköterskan var personlig och äkta i sin relation till patienten kom hon så nära det gick att använda sig själv i ett terapeutiskt syfte (18).

## **HUR STIGMATISERING UPPLEVS I RELATION TILL DEN PSYKISKA OHÄLSAN**

Stigmatisering av psykisk ohälsa kunde ske i flera sammanhang. Dinos et. al. (25) gjorde en studie på hur patienter med psykisk ohälsa känner och upplever stigmatisering. 46 patienter intervjuades i England. Intervjuerna granskades genom narrativ metod. Resultatet visade på två underkategorier av stigmatisering: en subjektiv upplevelse av stigmatisering även vid frånvaro av diskriminering och stigmatisering i samband med öppen diskriminering. Patienter upplevde stigmatisering i relation till sin psykiatriska diagnos, en känsla som inträdde då diagnosen sattes. Att bli behandlad för schizofreni upplevdes som skamfyllt och stigmatiserat. Rädsla för stigmatisering medförde tvekan om att berätta om sin diagnos för familj och vänner och eventuella arbetsgivare. Många valde därför att undanhålla sin omgivning diagnosen. En del patienter med schizofreni valde att avslöja en korrigerad version av sin diagnos, till exempel säga att de var deprimerade. En stor anledning till upplevelsen av stigmatisering hos personer med diagnosen schizofreni var medias bild av denna sjukdom. Flera personer med psykisk ohälsa hade upplevt sig trakasserade, verbalt, fysiskt eller genom förstörelse av egendom. En del individer hade också upplevt att människor i deras närhet tog avstånd från dem i samband med att de fick sin diagnos. Även avståndstagande från studiekamrater och arbetskamrater upplevdes. Konsekvenser av den upplevda stigmatiseringen innefattade ilska, förlägenhet, rädsla, förvirring, isolering och depressiva känslor (25).

Rogers (26) studie som gjordes för att ta reda på hur allmänsjuksköterskor, psykiatrisjuksköterskor och människor utanför vården beskrev skillnaden på hur de borde bemöta, och faktiskt bemötte personer med schizofreni. Resultatet visade att det fanns en faktisk skillnad mellan hur sjuksköterskor bemötte människor med diagnosen schizofreni jämfört med hur man som sjuksköterska tyckte att de borde bemötas. Detta förklarades med de stereotypa föreställningar som fanns om psykiskt sjuka sedan barndomens socialisering – stigmatiseringen av psykiskt sjuka. Dock baserades den vård som sjuksköterskor gav psykiskt sjuka inte på fördomen som fanns, utan på vad de hade lärt sig under utbildningen. Ju mer erfarenhet en sjuksköterska hade av psykiatri, desto bättre var bemötandet av patienterna. Trots detta var deras känslor och tankar kring psykiskt sjuka mer negativa än de med mindre erfarenhet av psykiatri (26). Dock anser Hellzen (24) i sin diskussion att sjuksköterskor med längre erfarenhet av psykiatri tenderade till att ge en mer sak- och symtomorienterad vård än mindre erfarna sjuksköterskor, som i sin tur inriktade sig på en individuell vård. Detta kunde bero på att sjuksköterskor blev mer okänsliga med mer erfarenhet (24).

Att förlora verklighetskontakten uppfattades som något skamfyllt, genant och en källa till skuld (15, 17, 19, 20). Eftersom de patienter som kände sig inkapabla till att

möta krav från sig själva, människor omkring sig och samhället i stort, också kände sig värdelösa utvecklade de på så sätt en självbild av sårbarhet (17).

*” ... When people laugh, it gives me the creeps and I think they are laughing at me. All my life I have fought against this suspicion.”  
(17 s. 139)*

Även att känna sig maktlös och fången i sin situation gav indirekt individen en känsla av sårbarhet, där krafter av misstro, apati och stigmatisering motverkade lösningar på problem och tillfredsställelse med livet. En uppfattning om sig själv som värdelös och mindre värd än andra ingav känslor av svaghet, rädsla och stigma. Skammen som upplevdes av många kom från att bryta tabun medan känslor av skuld härstammade från den individuella skuld känslan (17). Skam och skuld kunde också uppstå ur själva sjukdomen och sjukhusvistelsen (20).

En individuellt anpassad vård utgjorde en möjlighet för patienter att känna sig mindre stigmatiserade och mer accepterade (23). Insikten om att ha förlorat verklighetskontakten – med en påföljande risk av att ha förlorat självkontrollen och värdigheten – kunde senare orsaka känslor av depression, skam och av att ha tappat ansiktet. Det var ett mänskligt och etiskt ansvar för sjuksköterskan att hjälpa och stötta patienten i sin situation, så att denne fick en sann känsla av att vara förstådd och accepterad av sjuksköterskan (19).

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

I denna litteraturstudie användes sammanlagt 12 vetenskapliga artiklar. Det fanns relativt många artiklar om omvårdnad vid psykos och psykosjukdom, men det krävdes flera sökningar för att hitta artiklar som var relevanta med avseende på syftet. Sökningen efter material inleddes med sökorden nursing och nursing care i kombination med psychotic disorder. Detta resulterade i ett mycket stort antal artiklar. Inklusionskriterierna var att det skulle vara forskningsbaserade och vetenskapligt granskade artiklar som var publicerade de senaste 10 åren. Då många artiklar handlade om demens och andra organiskt relaterade psykostillstånd utökades begränsningen genom att exkludera organiska mentala sjukdomstillstånd. De artiklar som berör intensivvårdssyndrom (19, 21, 22) inkluderades. Artiklarna granskades med avseende på titel. Abstract till artiklar med för syftet relevanta titlar lästes, och av dessa fick vi fram ett trettiootal artiklar som granskades. Slutligen valdes 12 av dessa artiklar ut som hade mest relevans för vårt syfte. Artiklar som överensstämde med samtliga tre frågeställningar hittades och vi upplevde inte att det var svårt att få fram ett tillfredställande resultat. Trots att vi inte från början hade några förväntningar på att hitta alla tre temana i samma artiklar gick det i ett flertal artiklar att ta ut relevanta upplysningar avseende minst två av temana; människors upplevelse av att tappa verklighetskontakten, vad sjuksköterskan kan göra för att hjälpa samt stigmatisering av psykisk sjukdom. I vissa kunde vi t.o.m. finna alla tre. De artiklar vi tyckte gav oss mest i vårt resultat var ref nr 15, 16, 20-22. Dessa var mest beskrivande i avseende på vårt syfte. Eftersom ett flertal av utvalda artiklar (15,16,19,21,26) kom upp i flera av de sökningar som gjordes drog vi slutsatsen att

forskningsområdet var inramat. Två av de totalt tolv artiklar vi valde att använda var kvantitativa (24, 26). Av dessa kvantitativa artiklar kunde vi dra mindre konkreta slutsatser än av de kvalitativa.

En artikel (25) hittades via en länk avseende relaterade artiklar till ref.nr. (15). Där hittades även referens (16), som vi redan tagit med. Antalet relaterade artiklar var 184, men övriga ansågs inte ha någon relevans för den förestående litteraturstudien.

Artiklarna kom från Sverige, Finland, Norge, England, Australien och Kanada vilket gör att vårt resultat är applicerbart på länder med västerländsk tradition.

Med resultatet i hand kan vi se att vi skulle ha kunnat få ut mer om vi fokuserat på en av våra tre ämnesområden, och kanske kunnat tömma det området mer grundligt. Dock är vi ändå nöjda med det resultat vi har fått fram. För att kunna visa på det som föranledde vår uppsats – en stereotyp bild av psykiskt sjuka i samhället men även inom vården och vad man som sjuksköterska kan göra för att hjälpa dessa människor – ansåg vi att dessa tre ämnesområden behövdes.

## **RESULTATDISKUSSION**

Syftet med denna litteraturstudie var att ta reda på hur en människa upplever det att förlora verklighetskontakten, hur sjuksköterskan kan göra för att hjälpa samt vidare att belysa den stigmatisering som dessa människor ofta upplever. Vi tycker att vi i vårt resultat fått svar på syftet. Framförallt har vi fått svar på hur människor som förlorat verklighetskontakten önskar bli bemötta, behandlade och vårdade, hur deras upplevelser påverkar behovet av individuell och bekräftande omvårdnad och hur sjuksköterskan bör bemöta dessa människor för att ge den för individen bästa omvårdnaden.

Vi valde att använda oss av Travelbees (12) omvårdnadsteori eftersom den tilltalade oss då hon inte kategoriserar patienter eller sjuksköterskor, utan ser varje människa som en unik individ. Travelbee tar starkt avstånd från kategorisering och stereotyper, hon framhåller istället vikten av att skapa relationer människa till människa. Detta ger en god förutsättning för att undvika stigmatisering i mötet med en människa med psykotiska symtom. Vidare fokuserar Travelbee på att människan har en drivkraft att finna mening i allmänmänskliga upplevelser som lidande och sjukdom. Hon menar också att människan har ett hopp som gör att hon orkar stå ut i svåra situationer. Dessa grundläggande tankar tyckte vi kändes viktiga i omvårdnadsarbetet i stort och särskilt i arbetet med människor som har tappat verklighetskontakten. Travelbee menar att det är viktigt att sjuksköterskan har god självkänedom, och att hon genom att använda sin personlighet i kombination med logik, reflektion och kunskap möter den sjuke individen. Detta är något som också kan ses i resultatet då det ses som en utmaning för sjuksköterskan att förstå patienten, vilket kräver kritiskt tänkande, omvärderande och ifrågasättande (19).

I resultatet framkom att människor som har förlorat verklighetskontakten önskar en individuell och personligt anpassad vård (15, 18-20, 23, 24), och att sjuksköterskan bör söka efter den innebörd som personen själv ger sina överkliga upplevelser. Det framkom också att detta var viktigt för att kunna ge adekvat hjälp och för att kunna lindra det lidande som personen upplever (15, 20, 23). Detta stämmer överens med Travelbees (12) teori om hur sjuksköterskan bör se den unika individen och hur hon



kan lindra den sjukes lidande genom att hjälpa honom att finna mening. Vidare var det av stor vikt för patienten att ha en personlig relation med sin vårdare och att bli sedd som människa. Denna relation kännetecknades av äkthet, förståelse och acceptans (18, 19, 21, 23). En sådan mellanmänsklig relation är det som enligt Travelbee (12) kan uppfylla omvårdnadens syfte – att finna mening i sjukdom och lidande. Att applicera Travelbees (12) omvårdnadsteori i omvårdnaden av en människa som förlorat verklighetskontakten gör att personen både får stöd och hjälp av en professionell person *och* får bekräftelse av en medmänniska, något som det klart och tydligt framkommer i vårt resultat att personer som förlorat verklighetskontakten önskar.

Det svåra i att bemöta dessa människor, är att möta en människa som inte lever i samma verklighet som man själv gör. Det skulle vara av stor vikt att i personalgrupper tala om detta och lyfta de tankar och känslor som finns kring människor som har psykiatriska diagnoser utöver de somatiska. Genom att applicera Travelbees omvårdnadsteori som riktlinje för omvårdnadsarbetet på en somatisk vårdavdelning skulle man ha en beredskap för att kunna bemöta personer i många olika påfrestande situationer, även personer med bristande verklighetskontakt.

Upplevelsen av att förlora verklighetskontakten beskrevs på liknande sätt i artiklarna. De artiklar som baseras på människors upplevelse av intensivvårds-syndrom (19, 21, 22) tar inte upp konsekvenser i det dagliga livet, då de inte lever under sina normala förutsättningar, men själva upplevelserna av att förlora verklighetskontakten beskrivs på liknande sätt som i de artiklar som rör personer med psykiatriska diagnoser. Resultatet visar på hur en människa som har förlorat verklighetskontakten behöver bli bemött för att kunna återknyta verklighetskontakten och få stöd i sin upplevelse. Att få stöd och hjälp under skrämmande upplevelser hjälper en människa att finna mening i lidandet som detta innebär.

Upplevelsen av att förlora verklighetskontakten innebär att människor känner sig stigmatiserade bara genom det faktum att de inte känner igen sig själva och att de inte känner sig betrodda. Emotionellt lidande uppstår i det svåra i att vara annorlunda (17), att förlora kontrollen över sig själv och sin personlighet och att inte kunna förklara sitt beteende (15), vilket leder till att dessa människor skäms och blir förvirrade. Att leva i en egen verklighet som inte går att dela med en medmänniska är svårt, vilket inger känslor av rädsla och ensamhet. Det finns en andemening i att skammen, rädslan och det emotionella lidandet inte bara uppkommer av en senare insikt om att vara ”galen”, utan också upplevelsen av att andra tar avstånd ifrån en, vilket bekräftar känslan av att andra människor också tycker att man är ”galen”. Detta leder i sin tur till att personen isolerar sig från andra människor, och känslan av att vara ensam växer sig allt starkare.

Det vi har kommit fram till i resultatet om hur en person upplever det att förlora verklighetskontakten och om hur sjuksköterskan kan hjälpa, tycker vi överensstämmer med det vi har lärt oss i grundutbildningen.

Den forskning som finns på området tycks vara välgrundad och väl genomförd, men trots att man som sjuksköterska väl vet hur man bör bemöta människor med denna problematik tycks detta inte alltid efterföljas. Sjuksköterskor med längre erfarenhet av psykiatri tenderade till att ge en mer symtomriktad omvårdnad än sjuksköterskor med mindre erfarenhet av psykiatri, som i sin tur tenderade till att ge

en mer individorienterad omvårdnad (24) som ju är bättre för personen med psykotiska symtom. En annan studie (26) beskriver hur psykiatrisjuksköterskors bemötande gentemot personer som förlorat verklighetskontakten var mer överensstämmande med evidensbaserad, individuellt inriktad omvårdnad, än allmänsjuksköterskors bemötande. Däremot var psykiatrisjuksköterskors inställning till dessa personer mer negativ än allmänsjuksköterskornas. Detta överensstämmer inte med studien innan, att sjuksköterskor med lång erfarenhet inom psykiatri skulle vara mer okänsliga än de oerfarna. Detta skulle kunna tolkas som att det finns två vägar att gå, antingen bortser man från sina invanda föreställningar och ger en individuellt anpassad omvårdnad eftersom man har en övertygelse om att det kommer att ge resultat, eller så inriktar man sig på att ge en symtombaserad omvårdnad utan djupare reflektioner över individens unika behov. Detta skulle i sin tur kunna bero på att sjuksköterskan känner en tröstlöshet i sitt arbete som kan ha flera orsaker, t.ex. att inte ha de resurser som krävs. Vi tycker att det var bra att resultatdelen baserades på uppgifter både från patienters upplevelser av vad sjuksköterskan kunde göra för att hjälpa dem och sjuksköterskors egna uppfattningar om detta, eftersom detta ger större trovärdighet.

Att få en psykiatrisk diagnos upplevdes som stigmatiserande i sig och att berätta för andra om sin psykiska sjukdom upplevdes som förnedrande. Många väljer därför att undanhålla hela, eller delar, av sin diagnos från omgivningen (25). Detta beror på stigmatiseringen från samhället, och att utbilda sig till sjuksköterska betyder inte att tidigare fördomar från barndomens socialisering in i samhället försvinner. Det handlar om att tillägna sig sin kunskap och att använda den i praktiken och bortse från fördomar man bär på för att kunna ge en god vård. Sjuksköterskan ska handla utifrån sin yrkesspecifika kunskap och bortse från sina eventuella stereotypa tankar om psykiskt sjuka för att kunna ge en god omvårdnad. Förvärvade uppfattningar och värderingar från barndomens socialisering försvinner inte med utbildning, däremot kan den kunskap som utbildning ger användas till att medvetandegöra och omvärdera fördomar som finns. Kunskap ger möjligheten att kunna agera utifrån en yrkesspecifik kompetens och därmed skilja på fördomar och faktiska förhållanden på ett medvetet plan.

Under uppsatsprocessen väcktes frågor kring hur människor med psykotiska symtom egentligen blir bemötta i vården. Artiklarna som använts i resultatet tog upp hur människor med psykotiska symtom önskade att bli bemötta, men de beskrev också att de inte alltid fick det önskade bemötandet. Detta har inte tagits upp i vårt resultat då det inte berördes av syftet, som var att ta reda på hur sjuksköterskan kunde hjälpa, men det ger nya frågeställningar om varför detta så ofta brister. Vi upplever det som att många sjuksköterskor tror att det behövs särskild kunskap om psykiatriska sjukdomar för att möta dessa personer, när det faktiskt handlar om att våga stanna kvar och visa intresse för vad de upplever. Bara genom att finnas där för personen, lyssna och inte avfärda honom eller hans upplevelse har man kommit på god väg att skapa en förtroendefull relation. I många situationer kan detta räcka för att lindra personens lidande.

Människor med psykotiska symtom lever med en känsla av skräck, dels för att inte känna igen sig själv, dels för att andra människor upplevs som ifrågasättande och därmed ett hot mot den egna personen. Att tänka sig in i den andre personens situation tror vi är en viktig del för sjuksköterskan i mötet med en person som har förlorat verklighetskontakten.

En möjlighet till att medvetandegöra och konfronteras med sina egna fördomar skulle i förlängningen kunna ge sjuksköterskan en trygghet i att våga möta människor med psykotiska symtom. Detta skulle kunna göras genom rollspel och diskussionsseminarier i mindre grupper under grundutbildningen. På så sätt skulle sjuksköterskan kunna få en förberedelse för en sådan situation, liksom hon under grundutbildningen får en beredskap för andra tänkbara situationer.

Vi tror att vår uppsats kan ge sjuksköterskan en utökad förståelse för människor som har förlorat verklighetskontakten och därmed kanske kan underlätta för henne i mötet med dessa människor.

## REFERENSLISTA

1. Socialstyrelsen. Etisk kod för sjuksköterskor.  
[www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf)  
Tillgängligt 061120
2. ICN – International Council of Nurses – Etisk kod för sjuksköterskor.  
[www.icn.ch/icncodeswedish.pdf](http://www.icn.ch/icncodeswedish.pdf)  
Tillgängligt 061120
3. Allgulander C. Introduktion till klinisk psykiatri. Lund: Studentlitteratur; 2005.
4. Ottosson J-O. Psykiatri. 6 uppl. Stockholm: Liber; 2004.
5. Cullberg J. Psykoser. Ett integrerat perspektiv. 2. utgåvan Stockholm: Natur och Kultur; 2004.
6. Hummelvoll J K. HELT - ikke stykkevis og delt. 5. 4 uppl. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2004.
7. Strand L. Ur kaos – mot helhet. 1 uppl. Stockholm: Runa förlag AB; 1992.
8. Nationalencyklopedins Ordbok.
9. Björkman T. Stigma. I: Red: Brunt D, Hansson L. Att leva med psykiska funktionshinder – livssituationer och effektiva vård- och stödinsatser. Lund: Studentlitteratur; 2005.
10. Cullberg J. Dynamisk psykiatri. 6 uppl. Stockholm: Natur och Kultur; 2000.
11. Socialstyrelsens hemsida:  
[http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/halso\\_sjuk/Kvalitetsregister/psykiska\\_sjukdomar/kva078.htm](http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/halso_sjuk/Kvalitetsregister/psykiska_sjukdomar/kva078.htm). Tillgängligt 061211
12. Travelbee J. Interpersonal Aspects of Nursing. Philadelphia, F.A. Davis Co. 1971.
13. Jahren Kristoffersen N. Allmän omvårdnad del 1. Stockholm: Liber; 1998.
14. Travelbee J, Doona M E. Travelbee's Intervention in Psychiatric Nursing: A One-To-One Relationship, (Hardcover), 1979.
15. Koivisto K, Janhonen S, Vaisanen L. Patients' experiences of psychosis in an inpatient setting. J Psychiat Ment Health Nurs 2003;10:221-229.
16. Koivisto K, Janhonen S, Väisänen L. Patients' experiences of being helped in an inpatient setting. J Psychiat Ment Health Nurs 2004;11:268-275.

17. Strandmark M. Ill health is powerlessness: a phenomenological study about worthlessness, limitations and suffering. *Scand J Caring Sci* 2004;18:135-144.
18. Welch M. Pivotal moments in the therapeutic relationship. *Int J Ment Health* 2005;14:161-165.
19. Laitinen H. Patients' experience of confusion in the intensive care unit following cardiac surgery. *Intensive Crit Care Nurs* 1996;12:79-83.
20. Hummelvoll J-K, Severinsson E. Nursing staffs' perceptions of persons suffering from mania in acute psychiatric care. *J Adv Nurs* 2002;38(4):416-424.
21. Granberg A, Bergbom Engberg I, Lundberg D. Patients' experiences of being critically ill or injured and cared for in an intensive care unit in relation to the ICU-syndrome. Part I. *Intensive Crit Care Nurs* 1998;14:294-307.
22. Granberg A, Bergbom Engberg I, Lundberg D. Acute confusion and unreal experiences in intensive care patients in relation to the ICU syndrome. Part II. *Intensive Crit Care Nurs* 1999;15:19-33.
23. O'Toole S, Ohlsen R I, Taylor T M, Purvis R, Walters J, Pilowsky I S. Treating first episode psychosis - the service users' perspective: a focus group evaluating. *J Psychiat Ment Health Nurs* 2004;11:319-326.
24. Hellzén O, Kristiansen L, Norbergh K G. Nurses' attitudes towards older residents with long-term schizophrenia. *J Adv Nurs* 2003;43(6):616-622.
25. Dinos S, Stevens S, Serfaty M, Weich S, King M. Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. *Br J Psychiat* 2004;184:176-181.
26. Rogers T S, Kashima Y. Nurses' Responses to People with Schizophrenia. *J Adv Nurs* 1998;27:195-203.

## BILAGA 1

---

**Referens nr:** 15

**Författare:** Koivisto K, Janhonen S, Väisänen L.

**Land:** Finland

**Titel:** Patients' experiences of psychosis in an inpatient setting

**Tidskrift:** Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing

**Syfte:** Beskriva patienters upplevelser av psykos på en vårdavdelning

**Metod:** Fenomenologisk metod. I studien medverkade nio frivilliga personer som vårdades på en psykiatrisk slutenvårds klinik i norra Finland. Samtliga var under återhämtningsfasen från någon form av psykos, men var inte längre uttalat psykotiska. De fick beskriva sina upplevelser av att vara psykotisk och inneliggande på en psykiatrisk vårdavdelning.

**Antal referenser:** 53

---

**Referens nr:** 16

**Författare:** Koivisto K, Janhonen S, Väisänen L.

**Land:** Finland

**Titel:** Patients' experiences of being helped in an inpatient setting

**Tidskrift:** Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing

**Syfte:** Beskriva patienters upplevelse av att bli hjälpta under en vistelse på psykiatrisk slutenvårdsavdelning.

**Metod:** Fenomenologisk metod. I studien medverkade nio frivilliga personer som vårdades på en psykiatrisk slutenvårds klinik i norra Finland. Samtliga var under återhämtningsfasen från någon form av psykos, men var inte längre uttalat psykotiska. De intervjuades med avseende på att ta reda på hur deras upplevelse var av att bli hjälpta, inneliggande på en psykiatrisk vårdavdelning under en psykotisk period.

**Antal referenser:** 43

---

**Referens nr:** 17

**Författare:** Strandmark M.

**Land:** Sverige

**Titel:** Ill health is powerlessness: a phenomenological study about worthlessness, limitation and suffering

**Tidskrift:** Scandinavian Journal of Caring

**Syfte:** Att skapa förståelse för de olika dimensionerna av subjektivhälsa genom att utforska kärnan i ohälsa, baserat på den individuella upplevelsen.

**Metod:** Fenomenologisk metod. Djupintervjuer gjordes med 25 personer som av någon anledning haft tillfälle att reflektera över sin hälsa. Här inkluderades även personer med psykisk ohälsa. Informanterna var mellan 25 och 77 år och skulle vara kapabla att redogöra och ge uttryck för sina upplevelser.

**Antal referenser:** 38

---

---

**Referens nr:** 18

**Författare:** Welch M.

**Land:** Canada

**Titel:** Pivotal moments in the therapeutic relationship

**Tidskrift:** International Journal of Mental Health Nursing

**Syfte:** Att rapportera perspektiv och reflektioner, upplevda av psykiatrisjuksköterskor, om vad som är avgörande i den terapeutiska relationen. Med frågeställningen om det finns nyckelögonblick i den terapeutiska relationen och om dessa kan identifieras.

**Metod:** En kvalitativ studie där sex psykiatrisjuksköterskor med minst fem års erfarenhet deltog. Två intervjuer per deltagare ägde rum med en veckas mellanrum. Intervjuerna genomfördes i först semi-strukturerad form och spelades in på ljudband. Den följande intervjun grundades på vad som kommit upp i den första.

**Antal referenser:** 17

---

**Referens nr:** 19

**Författare:** Laitinen H.

**Land:** Finland

**Titel:** Patients' experience of confusion in the intensive care unit following cardiac surgery

**Tidskrift:** Intensive and Critical Care nursing

**Syfte:** Beskriva och reflektera över patienters upplevelse av att tappa verklighetskontakten under vistelse på intensivvårdsavdelning efter hjärtkirurgi.

**Metod:** Fenomenologisk - hermeneutisk kvalitativ studie. Studien genomfördes induktivt utan teoretiska antaganden. Tio patienter som genomgått by-pass operationer deltog. Dessa patienter intervjuades fyra till åtta dagar efter operationen. Samtliga hade legat två dygn på intensivvårdsavdelning.

**Antal referenser:** 20

---

**Referens nr:** 20

**Författare:** Hummelvoll J K., Severinsson E.

**Land:** Norge

**Titel:** Nursing staffs' perceptions of persons suffering from mania in acute psychiatric care

**Tidskrift:** Journal of Advanced Nursing

**Syfte:** Belysa sjuksköterskors iakttagelser och uppfattningar av personer som led av mani och hur detta tog sig uttryck i omvårdnaden.

**Metod:** Fokus-gruppintervjuer. Dataanalysen skedde enligt sedvanlig metod för kvalitativt material.

**Antal referenser:** 29

---

---

**Referens nr:** 21

**Författare:** Granberg A, Bergbom Engberg I, Lundberg D.

**Land:** Sverige

**Titel:** Patients' experiences of being critically ill or injured and cared for in an intensive care unit in relation to the ICU-syndrome. Part I

**Tidskrift:** Intensive and Critical Care Nursing

**Syfte:** Att beskriva och ge djupare insikt i patienters upplevelser och minnen under och efter intensivvårdavdelningsvistelse, med avseende på vad de upplevde, vad de tänkte och kände när de insjuknade eller skadades.

**Metod:** Kvalitativ studie gjord på 19 strategiskt utvalda patienter som vårdats minst 36 timmar på en intensivvårdsavdelning, och där vårdats i respirator. Öppna intervjuer skedde två gånger per patient, först en vecka efter IVA-vistelse, och sedan fyra till åtta veckor därefter. Exklusionskriterier var alkohol- eller drogberoende, psykiatrisk diagnos såsom depression eller psykos, personer som vårdades efter ett hjärtstopp samt medvetslöshet relaterad till skallskada eller koma.

**Antal referenser:** 42

---

**Referens nr:** 22

**Författare:** Granberg A, Bergbom Engberg I, Lundberg D.

**Land:** Sverige

**Titel:** Acute confusion and unreal experiences in intensive care patients in relation to the ICU syndrome. Part II

**Tidskrift:** Intensive and Critical Care Nursing

**Syfte:** Att belysa och beskriva patienters upplevelse av att tappa verklighetskontakten, desorientering, vakenhet, drömmar och mardrömmar, under och efter vistelse på intensivvårdsavdelning.

**Metod:** Hermeneutisk metod. Kvalitativ studie gjord på 19 strategiskt utvalda patienter som vårdats minst 36 timmar på en intensivvårdsavdelning, och där vårdats i respirator. Öppna intervjuer skedde två gånger per patient, först en vecka efter IVA-vistelse, och sedan fyra till åtta veckor därefter. Exklusionskriterier var alkohol- eller drogberoende, psykiatrisk diagnos såsom depression eller psykos, personer som vårdades efter ett hjärtstopp samt medvetslöshet relaterad till skallskada eller koma

**Antal referenser:** 46

---



---

**Referens nr:** 23

**Författare:** O'Toole S., Ohlsen R. I., Taylor T. M., Purvis R., Walters J., Pilowsky I. S.

**Land:** England

**Titel:** Treating first episode psychosis - the service users' perspective: a focus group evaluating

**Tidskrift:** Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing

**Syfte:** Att undersöka patienters upplevelser av behandling vid förstaepisods psykos, utformad efter evidensbaserade riktlinjer, för att identifiera särskilt effektiva element i behandlingen som kan användas i framtida behandlingsplaner.

**Metod:** Fokusgrupper användes och resultatet analyserades genom fenomenologisk metod..

**Antal referenser:** 25

---

**Referens nr:** 24

**Författare:** Hellzén O., Kristiansen L., Norbergh K G.

**Land:** Sverige

**Titel:** Nurses' attitudes towards older residents with long-term schizophrenia

**Tidskrift:** Journal of Advanced Nursing

**Syfte:** Att undersöka om sjuksköterskors attityder gentemot äldre personer med lång sjukdomsbild av schizofreni, hade att göra med personens kliniska bild eller det faktum att personen hade haft schizofreni under en lång period.

**Metod:** Explorativ kvantitativ studie gjord på sjuksköterskor som arbetade på sju olika instanser, bestående av äldreboenden och stödboenden, i norra Sverige. 80 personer deltog i studien. Ett frågeformulär användes baserat på ett fiktivt patientfall.

**Antal referenser:** 30

---

**Referens nr:** 25

**Författare:** Dinos S., Stevens S., Serfaty M., Weich S., King M.

**Land:** England

**Titel:** Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness

**Tidskrift:** British Journal of Psychiatry

**Syfte:** Förklara relationen mellan stigma och psykisk sjukdom, psykiatriska diagnoser, behandling och konsekvenserna av stigmatisering för individen.

**Metod:** Intervjuer med 46 patienter på ett kommunalt psykiatriskt dagcenter i norra London. Intervjuerna granskades genom narrativ metod.

**Antal referenser:** 19

---

---

**Referens nr:** 26

**Författare:** Rogers T S, Kashima Y.

**Land:** Australien

**Titel:** Nurses' Responses to People With Schizophrenia

**Tidskrift:** Journal of Advanced Nursing

**Syfte:** Att undersöka om sjuksköterskor kan minska/bortse från stereotypa föreställningar om personer med schizofreni och därmed handla mer i överensstämmelse med sina professionella värderingar.

**Metod:** Kvantitativ metod. 91 personer deltog i studien, 14 män och 77 kvinnor. Av dessa var 30 personer allmänsjuksköterskor från ett akutsjukhus, 31 personer var psykiatrisjuksköterskor från ett psykiatrisjukhus och 30 personer var universitetsstudenter utan hälso- eller sjukvårdsanknytning.

**Antal referenser:** 36

---