

**SJUKSKÖTERSANS ARBETE VID STIGMATISERING HOS
INDIVIDER MED DIAGNOSEN SCHIZOFRENI**

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Examinationsdatum: 2015-10-26

Kurs: 44

Författare: Maria Bexelius

Författare: Johanna Fernberg

Handledare: Marie-Jeanne Hendrikx

Examinator: Margareta Westerbotn

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Schizofreni är en psykossjukdom, en psykos innebär förvrängd verklighetsuppfattning. Diagnosen medför beteendeyttringar som kan leda till stigmatisering från individen själv och omvärlden. Stigmatisering innebär negativa synsätt och uppfattningar av individen och diagnosen samt felaktiga föreställningar. Stigmatisering kan leda till att individens känsla av värdighet minskar. Känsla av värdighet är unikt för varje individ. Individer med diagnosen schizofreni kan ha svårt att bli accepterade i samhället för att de upplevs annorlunda.

Syfte

Syftet var att undersöka och beskriva vilka omvårdnadsåtgärder sjuksköterskan använder i sitt arbete för att minska stigmatisering hos individer med diagnosen schizofreni.

Metod

Litteraturstudie valdes som metod. Sökningar i databaserna Cinahl och PubMed har genomförts samt sökning i litteratur. Sammanlagt valdes 19 artiklar, därefter sammanställdes materialet i en matris och inkluderades i resultatet.

Resultat

Resultatet visade negativa attityder gentemot individer med diagnosen schizofreni samt omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskan kunde använda för att minska stigmatisering. Omvårdnadsåtgärderna var förändringar i bemötande, ökad kunskap och information om diagnosen till individen, närstående och yrkesprofessioner i kontakt med individen. Resultatet visade den mellanmännsliga relationens betydelse mellan sjuksköterskan och individen samt betydelsen av individens relation till sig själv, för att stärka upplevelsen av livskvalité.

Slutsats

Stigmatisering av individer med diagnosen schizofreni visade sig bero på okunskap. För att en god och säker vård skulle kunna ges var förändringar i bemötandet och ökad kunskap om diagnosen nödvändig att delge individen och omgivningen. Även en god relation var betydelsefull för att hjälpa individen att hantera och minska stigmatiseringen.

Nyckelord: Omvårdnadsåtgärder, Schizofreni, Sjuksköterska, Stigmatisering

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
BAKGRUND	1
Schizofreni	1
Värdighet	3
Stigmatisering	3
Stigmatisering hos individer med diagnosen schizofreni	4
Ett omvårdnadsteoretiskt perspektiv	5
Problemformulering	6
SYFTE	7
FRÅGESTÄLLNINGAR	7
METOD	7
Val av Metod	7
Urval	7
Datainsamling	8
Dataanalys	10
Forskningsetiska överväganden	10
RESULTAT	11
Fanns hinder, i så fall vilka och hur kan sjuksköterskan arbeta med hindren för att minska stigmatisering?	11
Med vilka omvårdnadsåtgärder kan sjuksköterskan förändra omgivningens syn på diagnosen schizofreni - närstående och yrkesprofessioner i kontakt med individen?	12
Vilka omvårdnadsåtgärder kan sjuksköterskan använda för att hjälpa individen att hantera stigmatisering?	14
DISKUSSION	16
Resultatdiskussion	16
Metoddiskussion	19
Slutsats	21
REFERENSER	23

BILAGA A-B

INTRODUKTION

Överallt i världen finns vårdmiljöer där vårdpersonalen satt synliga normer för hur patienter bör agera och vara. Att inte bli tagen på allvar, känna sig respekterad eller känna känslan av värdighet kan vara vanligt förekommande och upplevs negativt av individen (Skärsäter, 2014). Individen med diagnosen schizofreni möts regelbundet av stigmatisering, vilket representerar negativa interaktioner och attityder från den omgivande miljön (Sears, Pomerantz, Segrist & Rose, 2011; Van Zelst, 2009). Stigmatisering av individen med diagnosen schizofreni kan bero på att länken mellan diagnosen och individens önskan av socialt avståndstagande har upplevts av allmänheten som annorlunda (Van Dorn, Swanson, Elbogen & Swartz, 2005). Utveckling mot ett relationsinriktat förhållningssätt är något den psykiatriska vården i Sverige strävat efter att uppnå, men trots denna utveckling är de gamla synsätten svåra att lämna (Hallzén & Asplund, 2006). Edlund (2012) menar att det är nödvändigt för sjuksköterskan att försöka minska stigmatiseringen hos individen med diagnosen schizofreni för att en känsla av värdighet ska finnas.

BAKGRUND

Schizofreni

Schizofreni är en psykosjukdom. En psykos innebär förändrad verklighetsuppfattning, individens upplevelser av verkligheten skiljer sig därmed från omvärldens. Orsakerna är många och psykosen kan pågå från några timmar till livslång. De symtom en psykos medför kan yttra sig på olika sätt. De vanligaste är hallucinationer, vanföreställningar och bristande sjukdomsinsikt. Diagnosen blir fastställd om psykosen pågått i minst sex månader och specifika symtom yttrat sig. De specifika symtomen är hallucinationer, vanföreställningar, osammanhängande tal och avvikande rörelsemönster samt negativa symtom som nedsatt tanke- och känsloliv och viljelöshet (Allgulander, 2014).

Etiologi och riskfaktorer

Orsaken till insjuknandet i schizofreni är okänd, enligt forskning kan diagnosen bero på kombination av en genetisk sårbarhet hos individen och en yttre miljöpåverkan. Komplikationer under graviditet eller förlossning, cannabismissbruk och/eller svåra psykosociala livsförhållanden är olika miljöfaktorer som kan öka risken för insjuknande (Skärsäter, 2014). På senare år har en teori, *stress-sårbarhetsmodellen*, varit ledande i frågan om insjuknandet i schizofreni (Flegr, 2013; Rapoport, Giedd & Gogtay, 2012). Insjuknandet har associerats med högre nivåer av stress. Under fosterlivet, i den tidiga utvecklingen av det centrala nervsystemet, ses en förändring i funktionen av specifika receptorer. För att den medfödda sårbarheten ska kunna yttra sig som diagnos behövs viss miljöpåverkan senare i livet. Långvarig exponering av stressfaktorer kan resultera i utvecklingen av psykos, kognitiva nedsättningar och emotionell dysfunktion i vuxen ålder (Avital, Ram & Raphaeli, 2013).

Symtom och konsekvenser

Symtomen kan delas in i två kategorier, positiva och negativa symtom. De positiva symtomen beskriver en förvrängning eller förstärkning och de negativa symtomen beskriver en förlust eller förminskning av de normala funktionerna (Allgulander, 2014).

Svårigheter i sociala interaktioner är en central del för individen med diagnosen schizofreni. Både de positiva och negativa symtomen medför att individen får svårigheter att upprätthålla sociala kontakter, relationer och arbete samt ett oberoende liv (Gradin et al., 2012). Länken mellan diagnosen schizofreni och individens önskan av socialt avståndstagande har upplevts av allmänheten som en fara. Omgivningens uppfattningar om fara relaterat till diagnosen schizofreni beror nödvändigtvis inte på de symtom som relateras till diagnosen. Rädslan från omgivningen beror mer på en underliggande rädsla för våldshandlingar från individen. Individen anser ofta att omgivningens rädsla för våld beror på felaktiga föreställningar om farlighet och oförutsägbarhet. Individen blir felaktigt klandrad för kriminalitet och allmänna problem i samhället (Van Dorn et al., 2005).

Positiva symtom betyder inte att det är ”bra” symtom utan att något läggs till eller förvrängs i individens beteende. Hallucinationer ter sig som perceptuella störningar, framför allt som tankestörningar gällande röster och lukter medan vanföreställningar beror på att erfarenheter och sinnesintryck blivit feltolkade. Det kan röra överdrivna storhetsidéer, kommandon eller upplevelsen av att bli förföljd. Symtomet osammanhängande tal tydliggörs genom att individen ger felaktiga svar på frågor, ofta byter samtalsämne eller tappar tråden i resonemang. Avvikande rörelsemönster, *katatoni*, innebär att individen har svårigheter med normala rörelser, från överdrivna egendomliga kroppsställningar och orörlighet till svår stelhet (Allgulander, 2014). De positiva symtomen har ett framträdande socialt innehåll med fysiska- och psykiska besvär som kan påverka individens liv negativt. Därför kan det upplevas nödvändigt för individen att bli socialt accepterad och inte utfrysad (Gradin et al., 2012).

Negativa symtom betyder bortfall av eller att individen förlorat vissa fysiska- och psykiska egenskaper. Insjuknande med uttryck av negativa symtom innebär att de kognitiva funktionerna är störda och svårigheter som nedsatt initiativ- och uppmärksamhetsförmåga, underskott i motivation samt spontan reaktion utan eftertanke kan yttra sig (Gradin et al., 2012). Avtrubbade affekter innebär att individen har ett begränsat känsleregister, vilket medför ett livlöst ansiktsuttryck, avsaknad av ögonkontakt och minskat kroppsspråk. Tillbakadragenhet, viljelöshet och minskat målinriktat beteende är ytterligare symtom inom denna symtomkategori (Allgulander, 2014).

Incidens och prevalens

Schizofreni debuterar oftast i unga år, mellan 15 till 35 års ålder, och ter sig vanligare bland män än bland kvinnor (Di Forti, Lappin & Murray 2007; Skärsäter, 2014). Män insjuknar tidigare, de flesta i sena tonåren, medan kvinnor oftast insjuknar i senare ålder. Diagnosen är vanligare i storstäder än på landsbygden. I Sverige finns cirka 35 000 diagnostiserade fall av schizofreni som någon gång vårdats inom psykiatrisk vård. Antalet nya fall är cirka en per 10 000 individer per år (Allgulander, 2014).

Behandling

Behandlingen av individer med diagnosen schizofreni kan variera, men den startar alltid vid första omhändertagandet. Detta beroende på om det är ett akut insjuknande, med mer dramatiska symtom, eller ett långsamt insjuknande. Vid akut insjuknande kan tvångsvård vara nödvändig. Elektrokonvulsiv behandling [ETC] kan vara nödvändigt vid livshotande katatoni. Katatoni innebär kroppslig spändhet. ETC sker mot individens vilja men är en livsavgörande behandling (Allgulander, 2014).

På grund av att omvårdnadsåtgärderna startar direkt vid det första omhändertagandet eftersträvas ett specialutbildat arbetslag på öppenvården. Arbetslaget ska med utredning och given information behandla individen (Allgulander, 2014). Den farmakologiska grundbehandlingen är antipsykosmedel (Leucht et al., 2013). Utbildning för individen och närstående, social träning (Allgulander, 2014) och kognitiv beteendeterapi [KBT] utgör en annan viktig del i behandling (Jones, Hacker, Cormac, Meaden & Irving, 2012; Sarin, Wallin & Widerlöv, 2011). Andligt stöd kan även finnas som hjälp för individen. Forskning har visat att religiösa copingstrategier är associerade med bättre behandlingsresultat, livskvalitet och ökad känsla av värdighet (Mohr et al., 2010; Pandya et al., 2011).

Värdighet

Ordet värdighet kommer från det latinska ordet *dignitas* som betyder värdig (Edlund, Lindwall, Post & Lindström, 2013). Värdighet är ett komplicerat begrepp och en exakt definition finns inte. Värdighet kan ses ur olika perspektiv. Genom en analys som innefattar vårdvetenskapliga perspektiv kan värdighet ses ur tre dimensioner, den absoluta värdigheten, relativa värdigheten och yttre värdighet. Den absoluta värdigheten är oföränderlig. Den relativa värdigheten är föränderlig och finns alltid i relation till någon eller något annat, den innebär individens inre etiska hållning och skapar ett medvetande om individens egna och andras värdighet. Den yttre värdigheten innebär individens estetiska handlande (Edlund, 2012).

Ses värdighet ur ett filosofiskt perspektiv lyfts begreppen plikt, ansvar och frihet fram. Att finnas till och därmed visa omsorg för och till varandra görs för att bekräfta sin egen och den andres värdighet. Inom ramen för människovärde ses värdighet som något givet till människan, det finns alltid och medför en känsla av värde och mening. Värdigheten är unikt för varje individ eftersom allas livsförhållanden ser olika ut (Edlund, 2012). I mötet med individen behöver sjuksköterskan mod och praktisk visdom för att kunna värna om individens värdighet. Sjuksköterskan måste, trots egen sårbarhet, stötta individen för att förmedla känslan av trygghet, vilket kan öka individens känsla av värdighet. Sårbarheten får inte bli en mur mellan sjuksköterskan och individen, eftersom det kan medföra att sjuksköterskan upplevs respektlös och undvikande. Ett undvikande beteende från sjuksköterskan kan skapa en minskad känsla av värdighet hos individen (Van Zelst, 2009).

Varje individ önskar att mötet med andra människor sker med respekt, detta för att känna sig bekräftad som människa och för att känslan av värdighet ska bevaras. Att inte bli placerad i ett visst fack beroende på yttre omständigheter, exempelvis bli bemött utifrån en given diagnos istället för individens egna förmågor och erfarenheter (Edlund, 2012). En individ som har diagnostiserats med psykiatrisk diagnos, i synnerhet en individ med diagnosen schizofreni, har svårigheter att bli accepterad i samhället för att individen upplevs annorlunda. Detta kan medföra att individen upplever social utstötning och stigmatisering från omgivningen (Van Dorn et al., 2005).

Stigmatisering

Stigma är ett grekiskt begrepp som betyder sticksår eller märke, vilket används för att beskriva kroppsliga tecken som urskiljer sig som någonting nedsättande eller ovanligt i en individs moralstatus (Goffman, 1963).

Stigmatisering är en samling negativa synsätt och uppfattningar av individer eller grupper som leder till att allmänheten agerar avståndstagande och undvikande, känner rädsla och/eller särbehandlar dessa (Goffman, 1963). Stigma är en social konstruktion som nedvärderar individer som ett resultat av en urskiljande karaktär eller märke. Stigma kan även innebära synliga tecken på sjukdom eller synliga symtom på psykiatrisk sjukdom eller skada (Rao et al., 2009).

Stigmatisering kan definieras som tre olika typer, själv-stigmatisering, offentlig-stigmatisering och medvetet undvikande-stigmatisering, och kan alla ha negativa konsekvenser (Pitre, Stewart, Adams, Bedard & Landry, 2007; Van Zelst, 2009). En annan definition av de tre typerna är kroppsliga stigma, karaktärsstigma och gruppstigma. Kroppsstigma betecknar exempelvis ett fysiskt handikapp medan karaktärsstigma kan uppkomma när normer bryts, exempelvis vid missbruk och sjukdom. Gruppstigma inkluderar särbehandling av grupper med viss religion, klass, etnicitet och kön (Goffman, 1963).

Stigmatisering kan definieras genom en inkludering av övertygelser, attityder och beteenden som resulterar i social utstötning eller isolering av en individ (Pitre et al., 2007; Van Dorn et al., 2005). Detta baserat på några av individens egenskaper som uppfattas som oönskade eller hotande för en viss grupp eller majoritet. Utstötande sker oavsett om individens egenskaper orsakar negativa konsekvenser för andra eller inte (Van Dorn et al., 2005). Individen med diagnosen schizofreni är väl medvetna om den offentliga-stigmatiseringen och erfarenheten det medför varierar hos varje individ utifrån olika upplevda sociala sammanhang (Pandya, Bresee, Duckworth, Gay, & Fitzpatrick, 2011).

Stigmatisering hos individer med diagnosen schizofreni

Individer med diagnosen schizofreni möts regelbundet av stigmatisering som representerar negativa interaktioner från den omgivande miljön (van Zelst, 2009), vilket har en påverkan på individens livskvalitet (Pitre et al., 2007). Stigmatisering kan ses som en modifierad miljörisk som har inflytande på olika vägar individen väljer i livet. Det gäller inte bara när diagnosen schizofreni har blivit fastställd utan även tidigare i livet. Detta beror på de beteendeyttringar som schizofreni för med sig. Stigmatisering medför en rad uppsättning av negativa attityder av individen, farhågor och felaktiga föreställningar om diagnosen, vilket påverkar omgivningens uppfattning (Pandya et al., 2011; van Zelst, 2009). Stigmatisering hos individen med diagnosen schizofreni existerar inom varje område i individens liv och utgör ett stort hinder för effektiv rehabilitering och återanpassning i samhället (Rao et al., 2009). Individer kan uppleva att när diagnosen blivit avslöjad för vårdpersonalen ges sämre vård och behandling för medicinska problem (Pandya et al., 2011).

Stigmatiserande attityder hos vårdpersonalen är ett särskilt problem eftersom hälso- och sjukvårdspersonalen är den mest nödvändiga vägen för dessa individer att uppnå tillfredsställelse med behandlingen och för återintegrering i samhället (Rao et al., 2009). De olika typerna av stigmatisering kan medföra minskad livskvalité och svårigheter för individen vilket i sin tur kan leda till självskadebeteende och suicid (Van Zelst, 2009). För tidig död hos en individ med diagnosen schizofreni är ofta resultatet av suicid, vilket är varje tanke eller handling som hänför sig till en självförvållad död. Mellan 20 till 55 procent av individerna med diagnosen schizofreni begår suicidförsök, risken är högst de första åren efter insjuknandet (Sharaf, Ossman & Lachine, 2012).

Skillnaderna i procenttalen beror på de olika nivåerna av psykiatrisk vårdkvalité som finns i de olika länderna (Sharaf et al., 2012). Den upplevda stigmatiseringen är ett stort hinder för förebyggandet av suicidförsök och för individer som söker hjälp med behandling (Rao et al., 2009). Trots diskriminering från omgivningen kan individen arbeta sig igenom de negativa effekterna, uppfattningarna, övertygelserna och känslorna, som stigmatiseringen resulterat i (Van Zelst, 2009).

För att hjälpa individen att bibehålla sin värdighet är en god relation mellan sjuksköterskan och individen nödvändig (Edlund, 2012). Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter är att hjälpa individen, de ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med beprövad och vetenskaplig erfarenhet. Den givna vården ska även ges med respekt och omtanke och vara individuellt anpassad för varje individs hälsotillstånd (SFS, 1998:531, kap 2, 1-2 §). Sjuksköterskan hjälper individen genom att skapa valmöjligheter, ge instruktioner och skapa avskildhet (Edlund, 2012). Det är även av betydelse att individen känner sig omtyckt, trovärdig och sedd för att det ska bli en förtroendefull relation, med vård given utifrån den enskilda individens behov (Van Zelst, 2009). Forskning visar tydliga tecken på att stigmatisering påverkar individens liv på ett sätt som de flesta individer skulle uppleva som djupt smärtsamt (Pandya et al., 2011).

Ett omvårdnadsteoretiskt perspektiv

Peplau (1994) menar i sin omvårdnadsteori att omvårdnad bygger på den mellanmännsliga kontakten som skapas mellan patienten och vårdaren (Peplau, 1994). Brister i den mellanmännsliga kontakten återfinns i omvårdnaden av individer med diagnosen schizofreni. Detta beror på bristfällig kunskap inom området hos närstående, sjuksköterskan och andra yrkesprofessioner i kontakt med individen, vilket kan leda till stigmatisering hos individen (Sharaf et al., 2012). För att förstå och känna igen vad som händer i relationen mellan sjuksköterskan och individen är det viktigt att överblicka hela situationen. Relationen utvecklas genom fyra överlappande faser. Faserna är orienteringsfasen, identifikationsfasen, nyttjandefasen och resolutionsfasen, där varje fas innehåller regler och strategier, vilka individen och sjuksköterskan kan använda till hjälp för problemlösning (Peplau, 1994). Det är nödvändigt att orienteringen inom de olika faserna sker genom alla steg i omvårdnadsprocessen och präglas av en känsla av trygghet, för att minska den stigmatisering individen med diagnosen schizofreni kan uppleva (Peplau, 1994; Van Zelst, 2009).

I *orienteringsfasen* är en nödvändig aspekt att söka hjälp om individen upplever behov av detta. Avsikten med denna fas är att finna vad en sjuk individ känner inför att ta emot hjälp och vad sjuksköterskan känner inför att hjälpa (Peplau, 1994). Individen med diagnosen schizofreni kan uttrycka negativa symtom vilka kan försvåra förmågan att söka hjälp, som viljelöshet och tillbakadragenhet (Allgulander, 2014). Sjuksköterskan kan också uppleva svårigheter att hjälpa på grund av egen sårbarhet, vilket måste förbises för att kunna utföra en professionell omvårdnad (Van Zelst, 2009). Detta för att sedan kunna samarbeta med problemlösning, exempelvis en svår situation i relation till individens hälsa. Efter första mötet bör sjuksköterskan göra sig medveten om sin uppfattning och sina personliga reaktioner av individen. I orienteringsfasen får även individen en uppfattning av sjuksköterskan som individ och vårdare. De behov och problem individen behöver hjälp med samt tidigare erfarenheter i kontakt med sjuksköterskan, gör att förväntningar ställs på möten med sjuksköterskan (Peplau, 1994).

Efter orienteringsfasen kommer *identifikationsfasen*. I denna fas är det viktigt att individen känner sig respekterad och accepterad av personalen som vårdar. Individen har fått en bild av situationen och en överblick av vilken hjälp som kan erbjudas samt vilken vårdpersonal som kan bli inblandad i vårdinsatserna. Det är nödvändigt att individen upplever acceptans för att en trygg miljö, med möjlighet att visa känslor som beroende, hjälplöshet och självcentrering, ska kunna skapas (Peplau, 1994). Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter är att hjälpa individen tillgodose dessa behov (SFS, 1998:531, kap 2, 1-2 §).

I *nyttjandefasen* känner sig individen mer trygg. Individen har givits möjlighet att identifiera en sjuksköterska som förstår och känner igen den interpersonella relationen, vilket leder till känslan av att individen lättare kan nyttja den hjälp som erbjuds (Peplau, 1994).

I *resolutionsfasen* kan individen gå vidare mot nya mål medan uppfyllda mål läggs åt sidan. Den upplevda känslan av värdighet är unik för varje individ och kan påverka när resolutionsfasen sker i omvårdnaden (Edlund, 2012; Peplau, 1994). Denna fas inträffar inte alltid i samtid med tillfrisknandet från fysiska besvär. Det är en process som påverkas av hur självständig, delaktig eller beroende individen varit under tiden för behandlingen. Om individen varit självständig och delaktig under denna tid är det lättare att genomgå en lyckad resolutionsfas (Peplau, 1994).

Problemformulering

Individer som får diagnosen schizofreni möter en komplicerad framtid med stigmatisering relaterat till diagnosen och behandlingen. En god omvårdnad från sjuksköterskan blir därför nödvändig (Van Zelst, 2009). Normer för hur patienter bör agera och vara finns bland all vårdpersonal och i alla vårdmiljöer. Att inte bli tagen på allvar, känna känslan av värdighet eller känna sig respekterad kan vara vanligt förekommande och upplevs negativt av individen. Den psykiatriska vården i Sverige strävar efter att uppnå en omfattande utveckling mot ett relationsinriktat förhållningssätt, men trots denna utveckling är gamla synsätt svåra att lämna (Skärsäter, 2014). Ökad kunskap om diagnosen schizofreni och omvårdnadsåtgärder för att minska stigmatisering är ett behov eftersom individer med diagnosen schizofreni har rapporterats uppleva hög grad av stigmatisering. Stigmatisering av individen med diagnosen schizofreni kan bero på att länken mellan diagnosen och individens önskan av socialt avståndstagande har upplevts av allmänheten som fara, men inte nödvändigtvis på grund av de symtom som relateras till diagnosen (Rao et al., 2009; Van Dorn et al., 2005).

För att hjälpa individen att bibehålla sin värdighet och hantera svårigheterna stigmatiseringen medför, är en god relation mellan sjuksköterskan och individen nödvändig (Edlund, 2012). Vården ska vara individuellt anpassad och ges med respekt och omtanke för individens behov och livssituation (SFS, 1998:531, kap. 2, 1-2 §). Med detta som grund finns ett intresse att undersöka och beskriva sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder för att minska stigmatisering och för att möta individer med diagnosen schizofreni. Enligt Peplau (1994) har sjuksköterskan en betydelsefull roll vid bemötandet av individen, vid skapandet av mellanmänskliga relationer och vid uppfyllandet av förtroendefulla möten dem emellan. Ett mindervärdigt bemötande av individer med diagnosen schizofreni är ett problem i ett flertal länder vilket måste förbättras (Van Zelst, 2009). Sjuksköterskan har därför en betydelsefull roll i hur individerna hanterar stigmatisering, vilket bör beskrivas.

SYFTE

Syftet var att undersöka och beskriva vilka omvårdnadsåtgärder sjuksköterskan använder i sitt arbete för att minska stigmatisering hos individer med diagnosen schizofreni.

FRÅGESTÄLLNINGAR

- Fanns hinder, i så fall vilka och hur kan sjuksköterskan arbeta med hindren för att minska stigmatisering?
- Med vilka omvårdnadsåtgärder kan sjuksköterskan förändra omgivningens syn på diagnosen schizofreni - närstående och yrkesprofessioner i kontakt med individen?
- Vilka omvårdnadsåtgärder kan sjuksköterskan använda för att hjälpa individen att hantera stigmatisering?

METOD

Val av Metod

Litteraturöversikt valdes som metod. Litteraturöversikten möjliggjorde kartläggning av ett kunskapsläge inom ett visst område inom omvårdnad, verksamhet och kompetens, vilket i detta fall var schizofreni, stigmatisering och sjuksköterskans arbete. En litteraturöversikt var lämplig eftersom problemområdet var riktat till sjuksköterskans arbete istället för till sjuksköterskans upplevelser (Friberg, 2012). Litteraturöversikt var en god metod när godtycklighet eller slumpen inte skulle påverka bedömningen och slutsatsen (Rosén, 2012). Därefter studerades forskning som redan existerade för att få en uppfattning om vad som tidigare undersökts inom det valda området och vilken metod och startpunkt som använts. För att studera hela området användes både kvalitativ och kvantitativ forskning till studien, vilket Friberg (2012) rekommenderade i sin litteratur. Kvalitativa studier avser att studera individers levda upplevelser och fenomen, när forskare söker förståelse och insikt i individers livsförhållanden (Henricson & Billhult, 2012), medan de kvantitativa studierna bidrar med observationer eller strukturerade mätningar för att finna svar på forskningsfrågor (Billhult & Gunnarsson, 2012). Med studien ville författarna skapa sig en överblick över det avgränsade området genom tidigare studerade upplevelser, mätningar och observationer, för att i enlighet med Friberg (2012) kunna sammanställa forskningsresultaten genom kritisk granskning av informationen.

Urval

Enligt Rosén (2012) ska en litteraturöversikt innehålla inklusions- och exklusionskriterier. Föreliggande studies inklusionskriterier innefattade vetenskapliga och internationella artiklar på engelska och vetenskaplig litteratur på engelska och svenska. Artiklarnas språk begränsades till engelska eftersom författarna inte behärskade något annat språk än svenska och engelska, vilket Friberg (2012) menade kunde medföra mindre risker för feltolkning av texten. Artiklarnas publikationsår begränsades till artiklar publicerade mellan år 2000-2015. Ett undantag i publikationsår gjordes gällande en artikel publicerad år 1998. Författarna ansåg att artikeln kunde inkluderas eftersom resultatet överensstämde med övriga artiklars resultat samt för att artikeln innehöll fler omvårdnadsåtgärder för individer med diagnosen schizofreni.

De inkluderade artiklarna var peer-reviewed och uppfyllde de forskningsetiska kraven, för att kunna säkerställa att studien blivit tillförlitlig och etisk. Artiklarna som studerades skulle beröra sjuksköterskans arbetserfarenheter i relation till individen med diagnosen schizofreni och erfarenheter hos individen som fått diagnosen. Sökningarna gjordes även av artiklar som innehöll begreppet stigmatisering.

Inklusionskriterierna innefattade artiklar med hög- och medelhög kvalitet, kvalitetsbedömning genomfördes utifrån Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag (Bilaga A) utformad av Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011). Exklusionskriterierna innefattade artiklar med låg kvalitetsnivå samt artiklar som inte besvarade studiens syfte.

Datainsamling

Avsikten med vald metod var att kunna besvara problemet och frågeställningarna genom studerade mätningar, observationer och upplevelser av omvårdnadsåtgärder i sjuksköterskans arbete. Friberg (2012) menade att vid genomförandet av en litteraturöversikt måste publicerad litteratur om problemområdet finnas. Litteraturöversiktens problemområde formulerades utifrån tidigare forskning, i både kvalitativa och kvantitativa metoder. Litteraturöversiktens frågeställningar skapades som hjälp för att söka vetenskapliga artiklar inom rätt ämnesområde. Sökandet av vetenskapliga artiklar gjordes i databaserna Cinahl och PubMed. Cinahl (2015) är en av världens största databaser för omvårdnads- och hälsoforskning medan PubMed (2015) är en av de största databaserna för biomedicinsk litteratur. I databaserna användes sökningar i fritext och sökningar med ämnesord. Ämnesorden som användes var på engelska och med olika stavningar. I PubMed användes även engelska Medical Subject headings [MeSh-termer]. MeSh-termerna innebär att det alltid är samma term som användes för ett visst begrepp (PubMed, 2015). MeSh-termerna var Nursing care och Schizophrenia. De artiklar som var från PubMed lästes, men exkluderades från arbetet eftersom de inte höll en hög- eller medelhög kvalitetsnivå. Inga Cinahl-headings användes i sökningarna för att få ett större antal sökträffar. Cinahl-headings har samma betydelse som MeSh-termer (Cinahl, 2015). Ämnesorden valdes utifrån litteraturöversiktens syfte. Ämnesorden var Attitude, Care, Mental illness, Nursing care, Schizophrenia, Stigma, Stigmatisation, Stigmatization, Sweden och Treatment. Attitude var ett ord som frekvent återkom i sökträffar som var intressanta för frågeställningarna, därför lades attitude till som ämnesord. Sweden valdes som ämnesord eftersom författarna ville se om det fanns forskning om ämnet i Sverige.

För att finna andra artiklar som uppnådde inklusionskriterierna menade Friberg (2012) att en manuell sökning kunde genomföras i de valda artiklarnas referenslistor. Därför genomfördes en manuell sökning av författarna. Ingen av de artiklar som framtagits genom den manuella sökningen inkluderades i arbetet, eftersom de inte uppnådde studiens krav på hög- eller medelhög kvalitetsnivå. Friberg beskriver att manuell sökning innebär att på egen hand utför en sökning av tidskriftsartiklar, böcker eller annat material som kan innehålla intressant information för studien.

Databearbetning

Fastställning av kunskapsläget genomfördes genom en bred sökning och bearbetning av vetenskapliga artiklar samt sammanställning av artiklarna, något Friberg (2012) rekommenderade i sin litteratur, vilket skapade en beskrivande översikt.

Genom detta kunde en mer riktad sökning ske. Friberg menade att en överblick och förståelse av ämnesområdet kunde uppnås genom att läsa de utvalda artiklarnas abstrakt. Författarna läste abstrakten tillsammans för att inte ledas i olika riktningar och för att inte missa intressanta artiklar till resultatet. Systematisering av artiklarna genomfördes med Sophiahemmet Högskolas matris (Bilaga B), vilket innefattade artiklarnas kvalitetsnivå, syfte, metod, resultat och studiens antal deltagare och bortfall (Berg et al., 1999; Willman et al., 2011). Systematiseringen av artiklarna användes för att nå kraven för inklusionskriterierna och öka studiens trovärdighet. Henricson (2012) beskrev trovärdighet som studiens giltighet, vilket innebar hur det valda ämnet har blivit studerat och om den valda metoden besvarat syftet och frågeställningarna. Efter ifyllnad av matrisen kunde kvalitetsnivån lätt överblickas för att inkludera och exkludera studier. Genom att läsa syftet och resultatet av artiklarna i matrisen var det lättare att sortera artiklarnas innehåll till föreliggande studies resultat.

Texten i tabell 1 utgör databassökningar i Cinahl. Tabellen är utformad enligt riktlinjer från APA/American Psychological Association (2010). Tabellen visar vilket datum sökningarna skett, vilka sökord som använts vid varje sökning, antal sökträffar, antalet lästa artikelabstrakt, antalet lästa artiklar och antalet artiklar som har inkluderats i studien.

Tabell 1. Databassökning i Cinahl

Databas Datum	Sökord	Sök-träffar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Inkluderade artiklar
Cinahl 2015-04-28	Schizophrenia AND Stigma AND Treatment	86	24	6	2
Cinahl 2015-04-28	Schizophrenia AND Stigmatisation.	7	4	2	1
Cinahl 2015-08-17	Schizophrenia AND Stigmatization	32	14	8	2
Cinahl 2015-08-17	Schizophrenia AND Nursing care	74	17	6	1
Cinahl 2015-08-17	Schizophrenia AND Nursing care AND Attitude	4	3	2	1
Cinahl 2015-08-17	Nursing care AND Mental illness AND Stigma	7	5	2	1
Cinahl 2015-08-17	Schizophrenia AND Treatment AND Sweden	18	6	3	1
Cinahl 2015-08-19	Care AND Stigma AND Schizophrenia	37	12	5	3
Cinahl 2015-08-19	Nursing care AND Stigma	45	17	6	2
Cinahl 2015-08-19	Nursing care AND Schizophrenia	32	15	7	5
Totalt		342	117	47	19

Dataanalys

Först genomfördes en grov gallring av artiklarna genom att läsa rubriker av sökresultaten. Därefter lästes abstrakt av varje utvald artikel för att kunna fortsätta gallringen. De artiklar som besvarade litteraturöversiktens syfte och frågeställningar bearbetades vidare genom att läsas flera gånger, vilket Rosén (2012) föreslog i sin litteratur. Artiklarnas originaltext på engelska fördes först in i egna textdokument och därefter översattes texten till svenska och skrevs in under originaltexten. Texten översattes med hjälp av Pettis (2000) ordbok, Norstedts. Därefter togs intressanta stycken för studiens frågeställningar ut av författarna tillsammans, sammanfattades och färgkodades. Backman (2008) menade att färgkodning kunde vara till god hjälp vid bearbetning av text. Varje frågeställning fick en specifik färg, färgerna var gul, rosa och blå. Tydliga färger valdes för att texten inte skulle blandas ihop. Författarna ansåg att färgerna gjorde materialet mer lättöverskådligt.

Därefter skapades tre nya textdokument, ett för varje frågeställning för att lättare kunna överskåda de uttagna textstyckena. De färgkodade styckena fördes in under respektive frågeställning och bearbetades igen. De bearbetades genom sortering och borttagning av material som innehöll upprepningar eller inte passade för frågeställningen. När all text bearbetats i varje textdokument fördes texten in i det rätta dokumentet. Frågeställningarna gjordes till rubriker under rubriken Resultat för att följa mallen för studien. Den skapade texten lästes av författarna tillsammans för att se om texten hade ett flyt och följde den röda tråden för studien, något Rosén (2012) rekommenderade. Det gjordes en jämförelse av varje mening mot respektive frågeställning för att ytterligare kunna ta bort text som istället kunde tillhöra bakgrunden, vilket Henricson och Billhult (2012) menade kunde vara ett bra sätt för textbearbetning. Författarna flyttade därefter stycken för att skapa bryggor mellan rubrikerna, för att göra texten mer tydlig och sammankopplas, vilket Friberg (2012) rekommenderar. Därefter ansåg författarna att texten utgjorde ett resultat som besvarade litteraturöversiktens syfte.

Forskningsetiska överväganden

Forskningsetiken ska alltid vara en grund och röd tråd genom hela forskningen när studier om människors livssituationer behandlas. Den ska innefatta alla berörda individer och värna om individens integritet, självbestämmande och lika värde. Gällande urval av individer till studien ska skälen för valet vara både vetenskapligt och etiskt (Kjellström, 2012). I föreliggande studies valda artiklar har de forskningsetiska kraven varit en grund och följts i innehållet i alla artiklarna. Eftersom många av artiklarna till litteraturstudien var på engelska menade Kjellström (2012) att det var nödvändigt att vara medveten om att feltolkningar kunde uppstå, vilket kunde medföra att det inte skedde en rättvis bedömning av innehållet i artikeln. Bristande kunskaper om vetenskapliga tillvägagångssätt kunde även skapa en felbedömning. Författarna hade utifrån Kjellströms litteratur medvetandegjort de språkliga feltolkningarna som kunde uppstå under bearbetningen av artiklarna. Detta genomfördes genom diskussion om varandras uppfattningar av texten och sedan granskades innehållet tillsammans.

Det valda materialet till studien granskades genom god forskningsed utifrån Helgessons (2006) definition av god forskningsed. Enligt Helgesson innebar det att inget plagiat och ingen förfalskning fick ske, respekt skulle visas de individer som granskades och mot det forskningsresultat som skapades. Enligt föreliggande studies inklusionskriterier var ett krav att artiklarna som valts var peer-reviewed.

Peer-reviewed enligt Helgessons förklaring innebar att artiklarna var professionellt granskade, alltså av forskare som hade kunskap inom det forskningsfält artikeln handlar om. För att försäkra sig om att artiklarna var peer-reviewed, granskades tidskriften för varje vald artikel. Granskningens krav innebar att varje tidskrift skulle ha en editor-board som granskade artiklarna innan tryck, vilket alla tidskrifter hade.

För att det ska finnas ett grundläggande individskydd har fyra forskningsetiska principer framtagits för kvalitativa studier. Principerna är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. *Informationskravet* innebar att forskaren måste ge information om studiens syfte till de individer som berörs av forskningen. Genom *samtyckeskravet* får individerna rätt att bestämma över sin medverkan i forskningen. *Konfidentialitetskravet* innebar att uppgifter tillhörande individer berörda av forskningen skulle ges konfidentialitet så långt det var möjligt samt att de personuppgifter som fanns tillgängliga skulle skyddas från nyttjande av obehöriga. *Nyttjandekravets* innebörd var att de uppgifter som fanns med i forskningen endas fick användas för just den specifika forskningen (Vetenskapsrådet, u.å.). Författarna valde därför att enbart läsa studier där forskare har följt dessa principer. Det har exempelvis inte funnits risk att få del av uppgifter om deltagarna i studien. Artiklar som använts i arbetet har varit etiskt granskade, det har antingen stått i artikeln eller på förlagsutgivarens hemsida.

RESULTAT

Artiklarna som låg till grund för föreliggande litteraturöversikts resultat presenteras i en matris (Bilaga B). Resultatet presenteras utifrån litteraturöversiktens tre frågeställningar, Fanns hinder, i så fall vilka och hur kan sjuksköterskan arbeta med hindren för att minska stigmatisering? Med vilka omvårdnadsåtgärder kan sjuksköterskan förändra omgivningens syn på diagnosen schizofreni - närstående och yrkesprofessioner i kontakt med individen? Vilka omvårdnadsåtgärder kan sjuksköterskan använda för att hjälpa individen att hantera stigmatisering? För att underlätta orientering inom de tre frågeställningarna används underrubriker.

Fanns hinder, i så fall vilka och hur kan sjuksköterskan arbeta med hindren för att minska stigmatisering?

Själv-stigmatisering

Individen med diagnosen schizofreni kunde uppleva negativa känslor gentemot sig själv, vilket kunde medföra att individen inte trodde på de positiva effekterna av den psykiatriska vården. Det kunde försvåra sjuksköterskans arbete med att minska den stigmatisering individen upplevde gentemot sig själv (Fung, Tsang & Corrigan, 2008). Individens försök att gömma sina känslor genom att projicera negativa känslor på omgivningen var ett problem. Som en konsekvens av detta upplevde individen ofta omgivningen som ond och skrämmande. Genom att betrakta andra som onda kunde individen förneka behovet av andra människor, även sjuksköterskan (Nyström, Dahlberg & Segesten, 2002). Individens egna strategier för att minska stigmatisering som undvikande beteende, egna distraktioner och tillbakadrägenhet, kunde medföra negativa konsekvenser som kunde leda till social isolering (Knight, Wykes & Hayward, 2003). Om individen hade en omedvetenhet och dålig inblick i diagnosen kunde det utgöra hinder för behandlingen. Individen kunde därför undvika att söka vård för att minska möjliga källor till offentlig-stigmatisering (Fung et al., 2008).

Offentlig-stigmatisering

Offentlig-stigmatisering kunde skapa stereotypa attityder, påverkan och diskriminering av individen, vilket kunde innebära ett hinder i sjuksköterskans arbete med individen. Attityderna sjuksköterskan kunde möta i omvårdnadsarbetet var överhängande negativa och berodde oftast på bristande kunskaper om diagnosen (Björkman, Angelman & Jönsson, 2008; Knight et al., 2003). Sjuksköterskan kunde möta attityder från omgivningen som ansåg att en individ med diagnosen schizofreni inte hade liknande potential, status, rättigheter och socialt ansvar som resten av befolkningen (Serafini et al., 2011). Fördomarna kunde resultera i negativa känslor som skapade en dålig självbild hos individen, social isolering och avslut av behandling samt uppsägning av anställning (Knight et al., 2003; Serafini et al., 2011). Dessa fördomar kunde individen ofta möta på de platser individen sökt hjälp, vilket kunde försvåra sjuksköterskans arbete med att minska stigmatisering (Knight et al., 2003; Nyström et al., 2002).

Stigmatiserande attityder gentemot individer med diagnosen schizofreni återfanns i alla vårdmiljöer (Björkman et al., 2008; Da Silva Elias, De Melo Tavares & Antunes Cortez, 2013; Knight et al., 2003; Linden & Kavanagh, 2012; Serafini et al., 2011). Vårdpersonal i somatisk vård, i högre utsträckning än personal i psykiatrisk vård, rapporterade mer negativa attityder mot en individ med diagnosen schizofreni. Attityderna kunde kopplas till de offentliga åsikterna som fanns i samhället om farlighet (Björkman et al., 2008). Läkarstudenter och läkare visade högst nivåer av stigmatiserande attityder gällande antaganden om farlighet, oförutsägbarhet och önskan om social distans. Sjuksköterskor visade däremot färre negativa antagande (Serafini et al., 2011).

När det gällde sociodemografiska faktorer visade det sig att manlig vårdpersonal var mer negativ till att behandling kunde öka individens förutsättningar till förbättring, jämfört med kvinnlig vårdpersonal. Vårdpersonalens ålder var av betydelse för åsikterna angående behandlingsförbättring eller antaganden om individens farlighet. Ju högre ålder och erfarenhet vårdpersonalen hade desto mer positiva attityder och mindre farlighetsgrad uppfattades hos individen (Björkman et al., 2008; Linden & Kavanagh, 2012).

Vilka omvårdnadsåtgärder kan sjuksköterskan förändra omgivningens syn på diagnosen schizofreni - närstående och yrkesprofessioner i kontakt med individen?

Information och beredskap

För att närstående och yrkesprofessioner i kontakt med individen skulle kunna se en förbättrad bild av diagnosen schizofreni behövde de få en ökad kompetens om psykiatriska diagnoser (Da Silva Elias et al., 2013; Knight et al., 2003). Det var nödvändigt att sjuksköterskan minskade negativa attityder bland andra yrkesprofessioner i kontakt med individen för att en god och säker vård skulle kunna ges (Linden & Kavanagh, 2012). Sjuksköterskans uppdrag att informera individer i omgivningen, i synnerhet närstående och yrkesprofessioner i kontakt med individen, var något individen med diagnosen schizofreni ansåg fungera olika bra. Vissa individer ville att omgivningen skulle veta att de hade diagnosen, andra individer ville inte att omgivningen skulle veta. Detta var något sjuksköterskan behövde arbeta med för att förbättra (Knight et al., 2003).

Genom utbildning och information kunde sjuksköterskan minska klyftan mellan individer med och utan diagnosen schizofreni (Da Silva Elias et al., 2013; Magnusson, Högberg, Lützn & Severinsson, 2004).

Sjuksköterskan kunde involvera närstående i individens diagnosutveckling och behandling från symtomdebut för att öka deras beredskap (Seeman, 2013). Sjuksköterskan borde informera närstående om betydelsen av att individen får hjälp i tidigt skede av diagnosen och betydelsen av närståendes deltagande i omvårdnaden för att förbättra synen på diagnosen (Kertchok, Yunibhand & Chaiyawat, 2011; Magnusson et al., 2004; Merritt & Procter, 2010; Serafini et al., 2011; Sook Hee & Hyun Jeong, 2012). Sjuksköterskan borde även hjälpa närstående att känna trygghet när individen är i hemmet, förse dem med beredskap inför hemkomst och bibehålla kontakten efter utskrivningen (Forchuk, Jewell, Schofield, Sircelj & Valledor, 1998; Kertchok et al., 2011).

Om sjuksköterskan ökade fokus på meningsfullt engagemang, fick bättre förståelse och mer kunskap om diagnosen schizofreni, kunde sjuksköterskan minska stigmatisering hos individen och närstående (Linden & Kavanagh, 2012; Merritt & Procter, 2010; Serafini et al., 2011). Sjuksköterskans engagemang och kunskap kunde användas som vägledning för närstående i fördelningen av ansvar och omvårdnad, vilket ofta var det mest effektiva sättet att hantera omsorgsbördan på (Seeman, 2013).

Linden och Kavanagh (2012) ansåg att sjuksköterskor som arbetar med grundutbildning för sjuksköterskor borde ge studenter en möjlighet att diskutera attityder, antaganden och stereotyper förknippade med diagnosen schizofreni. Det skulle ge studenterna tid att reflektera över känslor och tankar relaterat till negativa attityder. Sjuksköterskan kunde därmed öka deras beredskap vid mötet med individen med diagnosen schizofreni, när studenterna kommer ut i arbetslivet (Linden & Kavanagh, 2012). Kunskap bland omgivningen ökade förståelsen för de svårigheter diagnosen medförde (Knight et al., 2003).

Goda relationer

Psykiatriska sjuksköterskor kunde använda fem olika strategier för att bygga upp en förtroendefull relation med närstående. Genom bekantskap, visad respekt och förlängt engagemang samt att kommunicera förståelse och säkerställa en god och säker vård för individen (Escalada-Hernández et al., 2015; Kertchok et al., 2011; Magnusson et al., 2004). Sjuksköterskan möjliggjorde en stark och förtroendefull relation genom partnerskap till närstående, vilket var en nödvändig aspekt för närståendes engagemang i individens omvårdnad (Forchuk et al., 1998; Kertchok et al., 2011). Sjuksköterskan kunde använda relationen mellan närstående och individen för att utveckla en pågående stödjande miljö för individen. Det var nödvändigt att sjuksköterskan lärde sig om närståendes roller och sociala miljö, såväl som om deras historia, hopp, drömmar och rädslor. Detta för att sjuksköterskan skulle kunna minska stigmatiseringen hos individen och närstående (Forchuk et al., 1998; Suryani, Welch & Cox, 2013). Genom att sjuksköterskan erbjöd närstående att delta i familjegruppsterapi gavs de möjligheter och val inom hälso- och sjukvårdstjänster och andra resurser utanför sjukhuset (Kertchok et al., 2011).

Vilka omvårdnadsåtgärder kan sjuksköterskan använda för att hjälpa individen att hantera stigmatisering?

Information och utbildning

Sjuksköterskan borde erbjuda individen information och utbildning om diagnosen schizofreni för att kunna hjälpa individen att hantera den stigmatisering diagnosen medförde (Magnusson et al., 2004). Individer med diagnosen schizofreni har rapporterat missnöje relaterat till bristfällig information under behandling, vilket har lett till ökad själv-stigmatisering. För att förbättra informationen och känslan av delaktighet kunde sjuksköterskan involvera individen i planeringen av patientutbildningen. Sjuksköterskans patientutbildning borde innehålla bilder, röstklipp och uppgifter om diagnosen (Hätönen, Suhonen, Warro, Pitkänen & Välimäki, 2010). Sjuksköterskan kunde därför ge individen både skriftlig och muntlig information genom olika typer av informationsteknik från datorer och broschyrer, så att de kunde läsa och diskutera tillsammans (Hätönen et al., 2010; Magnusson et al., 2004).

Mellanmänskliga relationer

Relationen som skapades mellan sjuksköterskan och individen borde vara ärlig, sanningsenlig och empatisk (Da Silva Elias et al., 2013; Magnusson et al., 2004). Sjuksköterskan borde få insikt i individens inre värld och lyssna till de erfarenheter individen har med sina symtom (Knight et al., 2003; Suryani et al., 2013). Genom att lära av individens känslor kunde sjuksköterskan använda sig av det för att minska stigmatisering (Knight et al., 2003). För att kunna hjälpa individen att hantera stigmatisering var det betydelsefullt att sjuksköterskan förstod individen i sin helhet, bakgrund och historia, förstod individens sammanhang i livet samt individen kultur (Da Silva Elias et al., 2013; Magnusson et al., 2004).

I relationen till individen kunde sjuksköterskan minska känslomässigt lidande och skapa eller återskapa en positiv familjär atmosfär (Royal Australian & New Zealand College, 2005). Att sjuksköterskan gjorde sig tillgänglig räckte inte, individen behövde även känna sjuksköterskans tillgänglighet (Da Silva Elias et al., 2013; Magnusson et al., 2004). Sjuksköterskan borde lyssna, ge tid och möjlighet till dialog och samtal med individen. Detta för att kunna se individens potential och värna om individens autonomi för att göra individen delaktig i samhället (Da Silva Elias et al., 2013). Det krävde även samlade insatser från individen själv (Knight et al., 2003).

Sjuksköterskan borde utveckla ett accepterande klimat för att vinna mellanmänskligt förtroende, skapa en miljö med holistisk vård där individen kunde förstå och integrera nuvarande livserfarenheter (Kertchok et al., 2011; Merritt & Procter, 2010; Sook Hee & Hyun Jeong, 2012). Sjuksköterskan kunde använda olika roller som lärare, advokat, förmedlare och möjliggörare, i arbetet med att hjälpa individen att hantera och minska stigmatiseringen. Gränser och regler för relationen mellan sjuksköterskan och individen borde diskuteras och klargöras dem emellan för att försäkra kontinuitet och utveckling av relationen (Forchuk et al., 1998; Linden & Kavanagh, 2012; Magnusson et al., 2004). Relationen mellan sjuksköterskan och individen kunde användas som en testrelation. Testrelationen skapade möjligheter för individen att känna sig tryggare att utveckla olika relationer till andra, exempelvis annan vårdpersonal och närstående, för att kunna hantera själv-stigmatiseringen (Forchuk et al., 1998; Magnusson et al., 2004).

Sjuksköterskan kunde hjälpa individen att upprätthålla realistiska förväntningar på individens prestation samt hjälpa till att sätta gränser och lämpliga relationsgränser (Royal Australian & New Zealand College, 2005).

Sjuksköterskan kunde även erbjuda kamratstöd, vilket kunde lära individen att först upprätta hälsosamma relationer till sig själva och därefter till andra. Genom kamratstöd kunde sjuksköterskan vara en positiv förebild i aktivt beslutsfattande och deltagande. De kunde också ge ömsesidig vänskap och främja utvecklingen av omvårdande nätverk (Forchuk et al., 1998). Sjuksköterskans arbete med individen borde präglas av ett partnerskap, individen borde ses som en uppskattad deltagare och kollega, istället för patient. En individ som kunde bidra med något, istället för en individ som krävde något (Sook Hee & Hyun Jeong, 2012).

Omvårdnadsåtgärder

Sjuksköterskan borde inrätta och upprätthålla professionell omsorg för att kunna ge en säker bas för individer med diagnosen schizofreni för att hjälpa dem hantera stigmatisering (Nyström et al., 2002). I bedömningen av individens hälsa borde sjuksköterskan inte bara se till sina professionella kunskaper om diagnosen och behandlingen (Magnusson et al., 2004). För att kunna minska stigmatiseringen och öka livskvalitén krävdes det, förutom den traditionella behandlingen och rehabiliteringen, en omfattande psykiatrisk vård för individen, med personal som var lyhörd för individens behov och önskemål (Escalada-Hernández et al., 2015; Kertchok et al., 2011; Sook Hee & Hyun Jeong, 2012). I sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder för att minska stigmatisering var empiriskt stöd en berikande del. Sjuksköterskan kunde även främja användning av KBT, social färdighetsträning, stödjande yrkesanställning och motiverande samtal (Fung et al., 2008; Royal Australian & New Zealand College, 2005).

KBT var en åtgärd som den psykiatriska sjuksköterskan kunde använda för att hjälpa individen att minska rädslor och normalisera de tankar och idéer som stigmatiseringen medförde (Fung et al., 2008; Magnusson et al., 2004; Royal Australian & New Zealand College, 2005). Psykiatriska sjuksköterskors direkta individkontakt medförde att de var i bäst lämpade position för att bedöma och hantera individernas psykotiska symptom genom KBT. Med KBT kunde sjuksköterskan hjälpa individen att identifiera anledningen och felaktiga övertygelser om symtomen. Det medförde att sjuksköterskan kunde ändra individens känslomässiga och beteendemässiga reaktioner stigmatiseringen medförde (Chan & Leung, 2002; Royal Australian & New Zealand College, 2005).

Sjuksköterskan kunde hjälpa individen med social färdighetsträning genom exempelvis egenvårdsaktiviteter för att kunna hantera stigmatiseringen (Fung et al., 2008; Sook Hee & Hyun Jeong, 2012). Individen kunde få hjälp av sjuksköterskan och yrkesprofessioner i kontakt med individen att integreras i det dagliga livet genom fritidssysselsättning, anställning och självständigt boende (Royal Australian & New Zealand College, 2005). Sjuksköterskan kunde hjälpa och motivera individen att få kontakt med arbetsförmedlingen för att finna ett passande arbete och behålla en sysselsättning (Fung et al., 2008).

Genom motiverande samtal och program för måluppfyllelse kunde sjuksköterskan effektivt hjälpa individen att förbättra livskvalitén och minska själv-stigmatisering (Fung et al., 2008; Magnusson et al., 2004; Royal Australian & New Zealand College, 2005).

Sjuksköterskan hade i uppgift att medvetandegöra diagnosen för att individen skulle kunna erkänna diagnosen och ta ansvar för sig själv (Fung et al., 2008; Magnusson et al., 2004). Samtalen kunde hjälpa individen att utveckla realistiska mål i livet och ge individen insikt om vad insatserna innebar (Fung et al., 2008; Magnusson et al., 2004; Royal Australian & New Zealand College, 2005). Sjuksköterskans motiverande samtal borde hålla en avancerad kommunikationskvalité och samtidigt behålla en god terapeutisk relation till individen. Till sjuksköterskans hjälp kunde evidensbaserade riktlinjer användas, vilket tillät en öppen diskussion med individen (Meerwijk et al., 2010). Sjuksköterskan kunde motivera individen med hjälp av närstående genom att fokusera på de fördelar behandlingarna medförde (Magnusson et al., 2004).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Resultatdiskussionen presenteras utifrån kopplingar till Peplaus (1994) omvårdnadsteori med de fyra olika faserna, orienteringsfasen, identifikationsfasen, nyttjandefasen och resolutionsfasen. Valet att använda Peplaus omvårdnadsteori var för att teorin betonar betydelsen av den mellanmänskliga relationen och dess utveckling. Relationen mellan sjuksköterskan och individen har funnits som en röd tråd i samtliga artiklar som används i föreliggande studie.

I resultatet framkom att grunden för individens behandling inte kunde byggas upp förrän individen själv hade erkänt sin diagnos. Fung et al. (2008) menade att erkännandet av diagnosen medförde en ökad känsla av upplevd värdighet och förståelse hos många individer. Detta sker enligt Peplau (1994) i orienteringsfasen. I orienteringsfasen är det nödvändigt för individen att söka hjälp om individen upplever behov av detta (Peplau, 1994). Enligt Fung et al. (2008) var delgivning av information och utbildning till individen en omvårdnadsåtgärd som sjuksköterskan kunde använda i denna fas, i syfte att öka förståelsen för diagnosen. Brist på information om diagnosen schizofreni var något som framkom i flera studier och något författarna ansåg vara ett problem som borde uppmärksammas. Författarna menar att förbättrad informationsgivning är en åtgärd som tar lite tid och energi från sjuksköterskan, men som skapar stor förändring för individen och individens förståelse för diagnosen. Förståelse för diagnosen kan därmed minska självstigmatiseringen.

Vidare visade resultatet att individer med diagnosen schizofreni försökte gömma sina känslor genom att projicera negativa känslor på andra och därmed förnekade behovet av andra människor. Att förneka behovet av andra människor tror författarna kan leda till att individen isoleras ytterligare från samhället. Därför anser författarna att det är nödvändigt att sjuksköterskan uppmuntrar till relationer, både hos individen och närstående. Da Silva Elias et al. (2013), Magnusson et al. (2004), Nyström et al. (2002), Sook Hee och Hyun Jeong, (2012) var eniga om att sjuksköterskan borde se individen i sin helhet, som en människa som är förmer än sin diagnos för att finna hur individen känner inför att ta emot hjälp. Detta menade Peplau (1994) var en nödvändighet för att individen skulle kunna orientera sig i situationen. Knight et al. (2003) menade att det inte bara krävdes åtgärder från sjuksköterskan utan även samlade insatser från individen själv så att de tillsammans kunde arbeta för att minska stigmatisering. Författarna anser, i enlighet med Edlund (2012), att individens förmåga att ta ansvar för sig själv kan minska självstigmatiseringen

och öka den upplevda känslan av värdighet. Att kunna ta ansvar är även något författarna tror kan öka individens känsla av frihet och självbestämmande.

Resultatet visade att det fanns negativa attityder hos vårdpersonal gällande professionella erfarenheter av individer med psykiatriska diagnoser, vilket enligt författarna kan resultera i bristande vård för individen. Peplau (1994) menade därför i sin beskrivning av orienteringsfasen att sjuksköterskan borde göra sig medveten om sin uppfattning och sina personliga reaktioner av individen. Författarna anser att en god och säker vård inte kan ges helt tillfredsställande förrän sjuksköterskan blivit medveten om sina egna reaktioner av individen. Först när sjuksköterskan blivit medveten om dessa reaktioner anser författarna att arbetet med att minska eventuella negativa attityder hos sig själv och annan vårdpersonal påbörjas.

Serafini et al. (2011) redovisade ett oroande fynd gällande läkarstudenter och läkare, de visade högst nivåer av stigmatiserande attityder gentemot individer med diagnosen schizofreni. Däremot visade sjuksköterskor mindre negativa attityder gentemot dessa individer (Serafini et al., 2011). Enligt författarna beror detta troligtvis på sjuksköterskans inställning till andra individer, eftersom omvårdnad är sjuksköterskans största arbetsuppgift. Kontakt med individen ligger i det personliga intresset och att integreras med individen är något sjuksköterskan varit medveten om vid valet av yrke. Björkman et al. (2008) och Serafini et al. var eniga om att negativa attityder från vårdpersonal kunde prägla senare möten med individen. Individen bar med sig dessa upplevelser och erfarenheter till möten med vårdpersonal, erfarenheter som Peplau (1994) menade ställde förväntningar på sjuksköterskan.

I resultatet framkom att stigmatiserande attityder gällande individer med diagnosen schizofreni återfanns i alla vårdmiljöer. I identifikationsfasen menade Peplau (1994) att det var betydelsefullt för individen att känna känslan av värdighet, respekt och acceptans. För att uppnå detta menade Da Silva Elias et al. (2013), Knight et al. (2003) och Suryani et al., (2013) att sjuksköterskan borde öka kunskapen om diagnosen bland närstående och yrkesprofessioner i kontakt med individen. I resultatet framkom att offentlig-stigmatisering medförde sämre deltagande i psykosocial behandling. Istället för deltagandet anammade individen egna strategier för att hantera stigmatiseringen. Författarna tror att om individen anammar egna strategier kan svårigheter med att acceptera hjälp från andra individer uppstå, vilket kan leda till att individen inte får den vård som behövs. Sjuksköterskan bör ändå ta till vara på individens strategier trots att vissa strategier kan påverka individen negativt, kan andra stärka individen att ta eget ansvar.

Vidare visade resultatet att en god och förtroendefull relation mellan sjuksköterskan och individen var av stor betydelse för behandlingen. Författarna menar att eventuella negativa attityder hos sjuksköterskan kan påverka den terapeutiska relationen negativt. Enligt Peplau (1994) var förtroende i den mellanmänniska relationen nödvändigt för att sjuksköterskan skulle kunna hjälpa individen att identifiera sig i situationen. I enlighet med Da Silva Elias et al. (2013) menar författarna att relationen mellan sjuksköterskan och individen bör vara sanningsenlig, ärlig och empatisk för att minska individens upplevelse av stigmatisering. Enligt Peplau var det nödvändigt att individen upplevde acceptans för att en trygg miljö skulle kunna skapas. Tryggheten kunde skapa känslan av ökad värdighet hos individen.

Ur resultatet framkom även att närstående till individer med diagnosen schizofreni behövde vägledning och stöd av sjuksköterskan i omvårdnaden av individen. Fung et al. (2008) menade att detta kunde ha betydelse för att förbättra närståendes syn på diagnosen. Enligt Magnusson et al. (2004) och Kertchok et al. (2011) borde sjuksköterskan ha individens familjesituation och vardag i beaktning vid planeringen av omvårdnaden för att kunna säkerställa en god vård för individen. Forchuk et al. (1998) och Suryani et al. (2013) menade att sjuksköterskan kunde lära av närståendes roller. Därför anser författarna att sjuksköterskan bör skapa ett partnerskap med närstående för att hjälpa individen att hantera stigmatiseringen. Linden och Kavanagh (2012), Merritt och Procter (2010) och Serafini et al. (2011) var eniga om att stigmatisering hos individen och närstående kunde minska om sjuksköterskan delade med sig av engagemang, förståelse och kunskap om diagnosen schizofreni. Författarna anser att delgivning av engagemang, förståelse och kunskap är nödvändig för att öka närståendes deltagande i individens vardag. Att få stöd från närstående, tror författarna, kan öka individens känsla av värdighet, det var även något som stärktes i Peplaus (1994) identifikationsfas.

Peplau (1994) beskrev nyttjandefasen som den tid en interpersonell relation skapades och individen kände trygghet i kontakten till sjuksköterskan. Individen kunde i nyttjandefasen ta till sig den hjälp som erbjöds. Hätönen et al. (2010), Meerwijk et al. (2010), Sook Hee och Hyun Jeong (2012) menade att genom att individen kunde ha en öppen diskussion med sjuksköterskan, känna delaktighet och själv kunde bidra med något i omvårdnaden och omvårdnadsplaneringen kunde en interpersonell relation uppnås. Genom att individen involveras i omvårdnadsarbetet ges mer möjlighet till ansvar och självbestämmande, vilket författarna anser kan minska själv-stigmatisering och öka individens upplevelse av värdighet.

Forchuk et al. (1998) och Magnusson et al. (2004) menade att relationen till sjuksköterskan var en testrelation för individen, en förberedelse och start för att kunna skapa nya kontakter med andra i omgivningen. Däremot anser författarna att det inte bara krävs ansträngning från individen och sjuksköterskan för att individen ska kunna skapa relationer med andra. Enligt författarna måste det även finnas ett intresse hos närstående och andra yrkesprofessioner att ändra uppfattning om diagnosen schizofreni, för att en god relation ska kunna skapas. I resultatet framkom roller för sjuksköterskan för att kunna hjälpa individen att hantera olika relationer. Enligt Forchuk et al. kunde rollerna framhäva individens egna resurser och skapa ny kunskap och förståelse. Sjuksköterskans och individens egna resurser beskrev Peplau (1994) som en nödvändighet för att individen lättare skulle kunna nyttja den hjälp som erbjöds. Enligt Knight et al. (2003) kunde sjuksköterskan lära av individens känslor och reaktioner för att sedan använda det vid valet av åtgärd för att minska stigmatisering. Författarna anser att sjuksköterskan, med hjälp av dessa lärdomar, kan bemöta individen utifrån de känslor som uppvisas vid mötet och tidigare möten. Om sjuksköterskan har erfarenheter om individens känslor och beteenden är det lättare att avgöra vilken kommunikationsnivå som bör användas samt vilken informationsteknik som är gynnsam för individen.

Peplau (1994) beskrev resolutionsfasen som en fas där individen hade kommit så pass långt i upplevelsen av självständighet och värdighet att uppsatta mål uppfyllts och nya mål kunnat skapas. Resultatet visade att sjuksköterskan kunde hjälpa individen att skapa realistiska mål genom motiverande samtal för att individen skulle kunna nå och bibehålla livskvalité. Oavsett vilken diagnos en individ har fått, tror författarna att genom skapande av realistiska mål kan alla individer växa i sig själv och utvecklas.

Det är något författarna anser är nödvändigt för att individen ska uppnå livskvalité. Vidare visade resultatet att ett av sjuksköterskans mål var att hjälpa individen att leva självständigt för att minska själv-stigmatiseringen. Självständighet i omvårdnaden menade Peplau var nödvändigt för att genomgå en lyckad resolutionsfas.

Genom kunskap från resultatet anser författarna att det är nödvändigt att sjuksköterskan hjälper individen att uppta kontakt med professioner utanför sjukhuset, något Peplau (1994) menade sker under resolutionsfasen. Fung et al. (2008) menade att sjuksköterskan kunde främja kontakt med arbetsförmedlingen för att hjälpa individen att finna arbete och sysselsättning. Författarnas uppfattning var att sjuksköterskan arbetat med att förbättra synen på diagnosen schizofreni, men trots det beskriver Serafini et al. (2011) hinder om felaktiga övertygelser från yrkesprofessioner i kontakt med individen.

Författarna tror, i enlighet med resultatet, att det kan bero på okunskap om diagnosen och brister i involverande av individen i omvårdnaden. Därför är det enligt Peplau av betydelse att individen varit delaktig och självständig i omvårdnaden för att känslan av värdighet och respekt ska finnas trots omgivningens attityder.

Metoddiskussion

För att besvara arbetets syfte, att undersöka och beskriva vilka omvårdnadsåtgärder sjuksköterskan använder i sitt arbete för att minska stigmatisering hos individer med diagnosen schizofreni, valdes litteraturöversikt som metod. Författarna ansåg att syftet kunde besvaras på ett mer övergripande sätt genom en litteraturöversikt än genom en intervjustudie. Däremot hade en intervjustudie kunnat möjliggöra en annan bild av sjuksköterskans och individens upplevelser, eftersom erfarenheten från möten kan medför större förståelse för individens upplevelser, vilket hade kunnat vara positivt för studien. En intervjustudie hade även kunnat medföra en negativ påverkan på studien, eftersom författarna inte upplevde sig besitta tillräcklig kunskap och erfarenhet om bemötande av individer med diagnosen schizofreni. För att kunna genomföra en intervjustudie ansåg författarna att de hade behövt mer tid till utbildning om ämnet för att kunna uppnå mer kunskap om bemötande av individerna. Enligt Friberg (2012) möjliggör en litteraturstudie kartläggning av redan publicerad data, vilket författarna valde för att det fanns tillräckligt med publicerad forskning om ämnet för att kunna genomföra en litteraturöversikt. Litteraturöversikten valdes bland annat för att godtycklighet och slumpen inte skulle kunna påverka resultatet, vilket Rosén (2012) menade kunde vara en nackdel vid en intervjustudie. Genom att undvika att godtycklighet och slumpen påverkar, ansåg författarna att studiens trovärdighet ökade.

Till föreliggande studie inkluderades både kvalitativa- och kvantitativa studier, eftersom kvalitativa studier enligt Billhult och Gunnarsson (2012) och Henricson och Billhult (2012) innefattar individers upplevelser och erfarenheter med mål att förstå individens livsförhållande. Medan kvantitativa studier innefattar resultat som baserats på statistik. Författarnas val att inkludera båda studieformerna gav ett mer innehållsrikt och nyanserat resultat än vad bara en studieform kunde ge. Genom ett mer innehållsrikt och nyanserat resultat, ansåg författarna att studien blev mer trovärdig eftersom inga studier uteslöts på grund av studieform, vilket gjorde att fler resultat kunde studeras. Genom att använda kvalitativa- och kvantitativa studier kunde författarna undersöka och beskriva upplevelser och statistiska mätningar samtidigt, vilket de ansåg medförde ett mer trovärdigt resultat. Författarna ansåg att undersökningen av båda studieformerna kunde öka den föreliggande studiens tillförlitlighet, eftersom statistik, mätningar, upplevelser och erfarenheter

studerades. Det minskade risken för att dra egna slutsatser samt att färgas av deltagares åsikter. Författarna upplevde att det kunde vara lättare att distansera sig från en text, än från upplevda erfarenheter i möten med individer.

Studiedesignen på de artiklar som inkluderades var enligt Bergs et al. (1999) och Willmans et al. (2011) rekommendation icke-kontrollerande studier [P], kvalitativa studier [K], kliniska kontrollerande studier [CCT], randomiserade kontrollerande studier [RTC] och retrospektiva studier [R]. Av de 19 artiklarna som valdes till studiens resultat var åtta av medelhög kvalitet och 11 av hög kvalitet, vilket författarna ansåg innebar ett trovärdigt resultat. Det som gjorde att bedömningen av kvalitén sänktes på åtta artiklar var att de saknade enstaka uppgifter i bedömningsunderlaget, trots det ansågs dessa artiklar trovärdiga av författarna.

I de två K-studierna fanns ett mindre välbeskrivet urval, i RTC-studien och CCT-studien fanns en mindre välbeskriven metod. Två av R-studierna hade mindre välbeskrivna metoder. Enligt författarna hade fler deltagare gynnat den tredje R-studien och P-studien. Författarna har inkluderat fyra R-studier, vilket Berg et al. och Willman et al. menade kunde sänka studiens trovärdighet, eftersom R-studier har en lägre vetenskaplig evidensgrad. Författarna valde ändå att inkludera dessa för att resultaten i studierna överensstämde med övriga inkluderade studier. Författarna ansåg även att resultatet var tillförlitligt på grund av att majoriteten av artiklarna var av hög kvalitet. Berg et al., Rosén (2012) och Willman et al. menade att de artiklar som bedömdes vara av låg kvalitet skulle exkluderas, vilket författarna gjorde för att bevara studiens trovärdighet.

Inklusionskriterierna innefattade vetenskapliga och internationella artiklar skrivna på engelska för att kunna få ett större urval jämfört med sökningar av artiklar enbart på svenska. Om författarna enbart gjort sökningar på svenska hade antalet artiklar inte varit tillräckligt för att kunna genomföra en litteraturstudie om det valda ämnet. Inkludering av artiklar på engelska medförde även att författarna kunde få kunskap om omvårdnadsåtgärder vid diagnosen schizofreni som används i stora delar av världen. Det gjorde att författarna fick en bredare förståelse för ämnet och en insikt i att liknande omvårdnadsåtgärder kunde appliceras över stora delar av världen, oavsett levnadsstandard. Valet av artiklar på engelska var möjligt eftersom båda författarna behärskade språket. Däremot var det engelska språket inte författarnas modersmål, vilket enligt Friberg (2012) och Rosén (2012) kunde medföra misstolkningar av texten och därmed att resultatets trovärdighet sänktes. För att undvika feltolkningar av artiklarnas resultat och för att stärka studiens trovärdighet, lästes därför artiklarna flera gånger av författarna var för sig och diskuterades därefter tillsammans. Författarna diskuterade möjligheter till andra metoder för översättning av texten, där tolk var ett alternativ. Eftersom författarnas kunskaper i engelska var goda ansågs tolkande tjänster onödigt. Författarna upplevde att de enbart var i behov av Pettis (2000) Norstedts ordbok till översättning. Genom att använda hjälpmedel till översättning ansåg författarna att trovärdigheten kunde stärkas eftersom det är svårt att förstå alla ord i ett språk trots goda språkkunskaper.

Föreliggande studie innefattar forskning från olika länder, vilket medförde ett mer internationellt och bredare perspektiv inom det valda området. Artiklarnas publikationsländer var Australien, Brasilien, Finland, Hong Kong, Indonesien, Irland, Italien, Kanada, Korea, Nederländerna, Spanien, Storbritannien, Sverige och Thailand. Alla världsdelar inkluderades inte i resultatet eftersom författarna inte fann artiklar med tillräckligt hög kvalitetsnivå om ämnet från varje världsdel, vilket kunde minska studiens överförbarhet.

Trots att inte alla världsdelar innefattades i studien, så inkluderades 14 länder med olika levnadsvillkor. Författarna ansåg att ökad psykosocial livskvalité var nödvändig och överensstämde oavsett levnadsförhållanden. Därför menade författarna att resultatet även kunde appliceras internationellt.

Rosén (2012) menade att begränsningar i publikationsår kunde vara ett verktyg för att minska antalet träffar vid varje sökning. Författarna till studien valde begränsningen i publikationsåret för att finna så aktuell forskning som möjligt. Trots det blev en begränsning på 15 år nödvändig, från år 2000-2015, för att kunna inkludera tillräcklig mängd artiklar till föreliggande studie. Däremot inkluderades en artikel publicerad år 1998, vilket skulle kunna medföra nackdelar för studiens trovärdighet. Författarna ansåg däremot att trovärdighet inte påverkades av denna studie eftersom att den uppfyllde kraven för inklusionskriterierna och höll en medelhög kvalitetsnivå. Författarna inkluderade artikeln i resultatet eftersom det fanns fler omvårdnadsåtgärder beskrivna för individer med diagnosen schizofreni i denna studie. Omvårdnadsåtgärderna i de äldre studierna var fortfarande aktuella i nutid. De innefattade omvårdnadsåtgärder som beskrev betydelsen av information och kunskap samt en god mellanmänsklig relation, vilket författarna ansåg fortfarande stämde överens med dagens psykiatrisk omvårdnad. Litteratur från år 1963 har refererats till i bakgrunden i föreliggande studie. Goffman (1963) definierar begreppet stigmatisering och dess innebörd. Litteraturen kunde upplevas som inaktuell, men begreppet stigmatisering har fortfarande samma innebörd. Därför ansåg författarna att Goffmans litteratur var trovärdig, även på grund av att den refererats i bakgrunden, vid definition av stigmatisering, i flera av de inkluderade artiklarna.

De framtagna sökorden i föreliggande studie var kategoriska, vilket Friberg (2012) menade kunde innebära att de blev för specificerade. Trots det var sökorden lämpade för studiens syfte och resultat. När antalet artiklar blev för omfattande vid en sökning lades ett annat av de valda sökorden till för att specificera sökningen. Författarna ansåg att studiens resultat påverkades positivt av de valda sökorden. Författarna upplevde att resultatet blev mer konkret och specifikt för syftet, än vad sökning med färre sökord hade blivit. Sökning med färre sökord hade givit författarna fler artiklar, men med mer omfattande text att bearbeta och som eventuellt inte överensstämde med syftet. För att bearbeta texten som framtagits till resultatet valde författarna att använda sig av färgkodning, vilket Backman (2008) menade var ett bra verktyg vid sammanställning av resultat. Författarna färgkodade studiens frågeställningar, vilket bidrog till en större överblick av varje frågeställning och förståelse för om tillräcklig data framtagits till resultatet. Även användning av tankeschema eller numrering av frågeställningarna diskuterades i början av studien men valdes bort eftersom färgkodning var en metod båda författarna använt sig av i tidigare arbeten. Färgkodning ansågs som en lättsam metod för bearbetning av texten. Författarna ansåg att valet av färgkodning som metod för bearbetning inte påverkade resultatet av studien.

Syftet i föreliggande studie ansåg författarna vara besvarat och trovärdigt genom sökning, överblick och granskning samt analys och sammanställning av data till resultatet.

Slutsats

Negativa attityder mot individer med diagnosen schizofreni har enligt resultatet framkommit i alla miljöer. Attityderna visade sig bero på okunskap om diagnosen hos individen, närstående och yrkesprofessioner i kontakt med individen. Dessa hinder har bidragit till bristande vård för individerna.

Det fanns även brister i kunskap och förståelse om diagnosen schizofreni hos individen och närstående. För att en god och säker vård skulle kunna ges måste förändringar i bemötandet och ökad kunskap om diagnosen delges. Därför var sjuksköterskans engagemang och delgivande av information till individen, närstående och yrkesprofessioner nödvändig för minskningen av stigmatisering.

Sjuksköterskan borde, i enlighet med resultatet, se individen i sin helhet och skapa en god och förtroendefull relation dem emellan. Relationen krävde insatser från både sjuksköterskan och individen själv. När omvårdnaden gavs med möjlighet till öppen diskussion och motivation kunde individens känsla av värdighet och livskvalité öka samt realistiska mål kunde skapas. Relationen hjälpte individen att hantera stigmatisering och därigenom behålla och skapa nya relationer till sig själv och till andra i omgivningen.

Närståendes delaktighet i omvårdnaden och sjuksköterskans partnerskap med närstående kunde enligt resultatet hjälpa individen att hantera själv- och offentlig-stigmatisering. Sjuksköterskan kunde använda sig av de roller och den kontakt som fanns i relationen mellan individen och närstående i planeringen av individens omvårdnad.

Fortsatta studier

I föreliggande studie framkom att diagnosen schizofreni medförde stigmatisering hos individen. Eftersom alla individer är unika kunde inte alla omvårdnadsåtgärder anammas på alla individer. Något som har visat sig vara gemensamt i alla studier är en god relation mellan sjuksköterskan och individen. Författarna anser därför att fortsatta studier om förbättrad relation bör ske utifrån individens uppfattningar om hur relationen kan möjliggöra minskad stigmatisering. Senare studie bör undersöka hur sjuksköterskan kan ta till sig individernas uppfattningar av relationen för att kunna utveckla en bättre omvårdnad.

Klinisk tillämpbarhet

Studiens syfte var av relevans för att visa hur sjuksköterskan i sitt arbete kunde tillämpa omvårdnadsåtgärder för minskning av stigmatisering hos individer med diagnosen schizofreni. Eftersom forskning påvisat att stigmatisering från omgivningen var vanligt förekommande vid diagnosen schizofreni kunde denna studie tydliggöra sjuksköterskans betydelse av sådant stöd för individen. Genom att medvetandegöra sjuksköterskans roll i förhållande till stigmatisering av individer kunde omvårdnadsåtgärder för minskad stigmatisering påvisas. Dessa omvårdnadsåtgärder bör vara individuellt anpassade i omvårdnaden av individen. Resultatet av studien kan vara relevant för verksam personal och bidra till ökad kunskap och förståelse angående förebyggande omvårdnadsåtgärder samt lindrande åtgärder vid redan upplevd stigmatisering.

REFERENSER

De referenser som saknar tecken framför sig i referenslistan tillhör bakgrunden. De referenser som tillhör metoden har en fyrkant framför sig i referenslistan. De artiklar resultatet grundas på är markerade med en asterisk i referenslistan för att kunna urskiljas från övriga referenser.

Allgulander, C. (2014). *Klinisk psykiatri* (3:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

APA/American Psychological Association (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6. uppl.). Washington, DC: American Psychological Association.

Avital, A., Ram, E., & Raphaeli, S. (2013). Prepubertal chronic stress and ketamine administration to rats as a neurodevelopmental model of schizophrenia symptomatology. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 16(10), 2307-14. doi: 10.1017/S1461145713000813

Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Berg, A., Dencker, K., & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad, 1999:3). Stockholm: SBU, SFF.

Billhult, A., & Gunnarsson, R. (2012). Kvantitativ studiedesign och stickprov. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss.115-126). Lund: Studentlitteratur.

* 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. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 22(2), 170-177. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00509.x

* Chan, S., & Leung, J. (2002). Cognitive behavioural therapy for clients with schizophrenia: implications for mental health nursing practice. *Journal Of Clinical Nursing*, 11(2), 214-224. doi: 10.1046/j.1365-2702.2002.00593.x

Cinahl. (2015). *Cinahl Complete*. Hämtad 22 april, 2015, från Cinahl Help, http://support.ebsco.com/help/index.php?help_id=DB:937

* Da Silva Elias, A. D., De Melo Tavares, C. M., & Antunes Cortez, E. (2013). IMPACT OF STIGMA OF MADNESS ON THE ATTENTION OF NURSING TO PSYCHIATRIC PATIENT IN EMERGENCY SITUATION. *Ciencia, Cuidado E Saude*, 12(4), 776-783. doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v12i4.22553

Di Forti, M., Lappin, J. M., & Murray, R. M. (2007). Risk factors for schizophrenia – all roads lead to dopamine. *Eur Neuropsychopharmacol*, 17(2), 101-107. doi: 10.1016/j.euroneuro.2007.02.005

Edlund, M. (2012). Vårdighet. I L. Wiklund Gustin, I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (1:2. uppl., ss. 363-374). Lund: Studentlitteratur.

Edlund, M., Lindwall, L., Post, I. V., & Lindström, U. Å. (2013). Concept determination of human dignity. *Nursing Ethics*, 20(8), 851-860. doi: 10.1177/0969733013487193

* Escalada-Hernández, P., Muñoz-Hermoso, P., González-Fraile, E., Santos, B., González-Vargas, J. A., Fera-Raposo, I., & García-Manso, M. (2015). A retrospective study of nursing diagnoses, outcomes, and interventions for patients with mental disorders. *Applied Nursing Research*, 28(2), 92-98. doi: 10.1016/j.apnr.2014.05.006

Flegr, J. (2013). Influence of latent Toxoplasma infection on human personality, physiology and morphology: pros and cons of the Toxoplasma-human model in studying the manipulation hypothesis. *J Exp Biol*, 216(1), 127-33. doi: 10.1242/jeb.073635

* Forchuk, C., Jewell, J., Schofield, R., Sircelj, M., & Valledor, T. (1998). From hospital to community: bridging therapeutic relationships. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 5(3), 197-202. doi: 10.1046/j.1365-2850.1998.00125.x

Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2:1. Uppl.). Lund: Studentlitteratur.

* Fung, K., Tsang, H., & Corrigan, P. (2008). Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(2), 95-104. doi: 10.2975/32.2.2008.95.104

Goffman, E. (1963). *Stigma: Den avvikandes roll och identitet*. (4. Uppl.). Stockholm: Norstedts.

Gradin, V. B., Waiter, G., Kumar, P., Stickle, C., Milders, M., Matthews, K., Reid, I., Hall, J., & Steel, J. D. (2012). Abnormal Neural Responses to Social Exclusion in Schizophrenia. *PLoS One*, 7(8), e42608. doi: 10.1371/journal.pone.0042608

Helgesson, G. (2006). *Forskningsetik för medicinare och naturvetare*. Lund: Studentlitteratur.

Hellzén, O., & Asplund, K. (2006). Nurses' narratives about their Residents when caring for people with longterm mental illness in municipal group dwellings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(1), 60-69. doi: 10.1111/j.1447-0349.2006.00404.x

Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss.471-479). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss.129-137). Lund: Studentlitteratur.

* Hätönen, H., Suhonen, R., Warro, H., Pitkänen, A., & Välimäki, M. (2010). Patients' perceptions of patient education on psychiatric inpatient wards: a qualitative study. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 17(4), 335-341. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01530.x

Jones, C., Hacker, D., Cormac, I., Meaden, A., & Irving, C. B. (2012). Cognitive behaviour therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(1), 1-361. doi: 10.1002/14651858.CD008712.pub2

* Kertchok, R., Yunibhand, J., & Chaiyawat, W. (2011). Creating a new whole: helping families of people with schizophrenia. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 20(1), 38-46. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00706.x

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 69-92). Lund: Studentlitteratur.

* Knight, M., Wykes, T., & Hayward, P. (2003). 'People don't understand': an investigation of stigma in schizophrenia using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). *Journal Of Mental Health*, 12(3), 209-222. Hämtad från <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8ab8b513-9ef2-4460-a3b2-5704e74627b6%40sessionmgr115&vid=31&hid=105>

Leucht, S., Cipriani, A., Spineli, L., Mavridis, D., Orey, D., Richter, F., ... & Davis, J. M. (2013). Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*, 382(9896), 951-62. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60733-3

* Linden, M., & Kavanagh, R. (2012). Attitudes of qualified vs. student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia. *Journal Of Advanced Nursing*, 68(6), 1359-1368. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05848.x

* Magnusson, A., Högberg, T., Lützén, K., & Severinsson, E. (2004). Swedish mental health nurses' responsibility in supervised community care of persons with long-term mental illness. *Nursing & Health Sciences*, 6(1), 19-27. doi: 10.1111/j.1442-2018.2003.00171.x

* Meerwijk, E., van Meijel, B., van den Bout, J., Kerkhof, A., de Vogel, W., & Grypdonck, M. (2010). Development and evaluation of a guideline for nursing care of suicidal patients with schizophrenia. *Perspectives In Psychiatric Care*, 46(1), 65-73. doi: 10.1111/j.1744-6163.2009.00239.x

* Merritt, M., & Procter, N. (2010). Conceptualising the functional role of mental health consultation-liaison nurse in multi-morbidity, using Peplau's nursing theory. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, 34(2), 158-166. doi: 10.5172/conu.2010.34.2.158

Mohr, S., Borrás, L., Betrisey, C., Pierre-Yves, B., Gilliéron, C., & Huguelet, P. (2010). Delusions with religious content in patients with psychosis: how they interact with spiritual coping. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 73(2), 158-172. doi: 10.1521/psyc.2010.73.2.158

* Nyström, M., Dahlberg, K., & Segesten, K. (2002). The enigma of severe mental illness: a Swedish perspective. *Issues In Mental Health Nursing*, 23(2), 121-134. Hämtad från <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8ab8b513-9ef2-4460-a3b2-5704e74627b6%40sessionmgr115&vid=37&hid=105>

Pandya, A., Bresee, C., Duckworth, K., Gay, K., & Fitzpatrick, M. (2011). Perceived Impact of the Disclosure of a Schizophrenia Diagnosis. *Community Mental Health Journal*, 47(6), 613-621. doi: 10.1007/s10597-010-9341-1

Peplau, H. E. (1994). *Interpersonal Relations in Nursing*. London: The macmillan press LTD.

Petti, V. (2000). *Norstedts stora engelsk-svenska ordbok* (3. Uppl.). Stockholm: Norstedts.

Pitre, N., Stewart, S., Adams, S., Bedard, T., & Landry, S. (2007). The use of puppets with elementary school children in reducing stigmatizing attitudes towards mental illness. *Journal Of Mental Health*, 16(3), 415-429. Hämtad från <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8ab8b513-9ef2-4460-a3b2-5704e74627b6%40sessionmgr115&vid=40&hid=105>

PubMed. (2015). *PubMed Help*. Hämtad 22 april, 2015, från PubMed Help, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK3827/>

Rapoport, J. L., Giedd, J. N., & Gogtay, N. (2012). Neurodevelopmental model of schizophrenia: update 2012. *Mol Psychiatry*, 17(12), 1228-38. doi: 10.1038/mp.2012.23

Rao, H., Mahadevappa, H., Pillay, P., Sessay, M., Abraham, A., & Luty, J. (2009). A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 16(3), 279-284. doi: 10.1111/j.1365-2850.2008.01369.x

Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss.429-444). Lund: Studentlitteratur.

* Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. (2005). *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(1-2), 1-30. doi: 10.1080/j.1440-1614.2005.01516.x

Sarin, F., Wallin, L., & Widerlöv, B. (2011). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: a meta-analytical review of randomized controlled trials. *Nord J Psychiatry*, 65(3), 162-74. doi: 10.3109/08039488.2011.577188

Sears, P. M., Pomerantz, A. M., Segrist, D. J., & Rose, P. (2011). Beliefs About the Biological (vs. Nonbiological) Origins of Mental Illness and the Stigmatization of People with Mental Illness. *American Journal Of Psychiatric Rehabilitation*, 14(2), 109-119. doi: 10.1080/15487768.2011.569665

- * Seeman, M. V. (2013). Spotlight on Sibling Involvement in Schizophrenia Treatment. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 76(4), 311-322. doi: 10.1521/psyc.2013.76.4.311
- * Serafini, G., Pompili, M., Haghghat, R., Pucci, D., Pastina, M., Lester, D., & Girardi, P. (2011). Stigmatization of schizophrenia as perceived by nurses, medical doctors, medical students and patients. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 18(7), 576-585. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01706.x
- SFS 1998:531. *Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*. Stockholm: Riksdagen.
- Sharaf, A. Y., Ossman, L. H., & Lachine, O. A. (2012). A cross-sectional study of the relationships between illness insight, internalized stigma, and suicide risk in individuals with schizophrenia. *International Journal Of Nursing Studies*, 49(12), 1512-1520. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.08.006
- Skärsäter, I. (Red.). (2014). *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: På grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur.
- * Sook Hee, J., & Hyun Jeong, K. (2012). Perceived Stigma and Quality of Life of Individuals Diagnosed With Schizophrenia and Receiving Psychiatric Rehabilitation Services: A Comparison Between the Clubhouse Model and a Rehabilitation Skills Training Model in South Korea. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(6), 460-465. doi: 10.1037/h0094580
- * Suryani, S., Welch, A., & Cox, L. (2013). The Phenomena of Auditory Hallucination as Described by Indonesian People Living With Schizophrenia. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 27(6), 312-318. doi: 10.1016/j.apnu.2013.08.00
- Van Dorn, R. A., Swanson, J. W., Elbogen, E. B., & Swartz, M. S. (2005). A comparison of stigmatizing attitudes toward persons with schizophrenia in four stakeholder groups: perceived likelihood of violence and desire for social distance. *Psychiatry: International & Biological Processes*, 68(2), 152-63. Hämtad från <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8ab8b513-9ef2-4460-a3b2-5704e74627b6%40sessionmgr115&vid=46&hid=105>
- Van Zelst, C. (2009). Stigmatization as an environmental risk in schizophrenia: a user perspective. *Schizophr Bull*, 35(2), 293-296. doi: 10.1093/schbul/sbn184
- # Vetenskapsrådet. (u.å.). *Forskningsetiska principer: inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Elanders Gotab. ISBN:91-7307-008-4. Hämtad 21 april, 2015, från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- # Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet (3:e uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.

BILAGA A

Tabell 1. Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och väl genomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals-process; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

BILAGA B

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Björkman, T., Angelman , T., & Jönsson, M. 2008 Sverige	Attitudes towards people with mental illness: a cross- sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care.	Undersöka attityder gällande individer med psykiatriska diagnoser och psykiatrisk ohälsa, hos vårdpersonal som arbetar inom psykiatrisk- eller somatisk sjukvård.	Tvärsnittsdesign. Skriftlig och muntlig information. Enkätundersökning under 3-veckors period. Deltagare; vårdpersonalen på psykiatrisk- och somatisk avdelning på Lunds universitetssjukhus.	n = 150 (30)	Vårdpersonal inom den psykiatriska vården i jämförelse med vårdpersonalen i somatisk vård uppfattade individer med diagnosen schizofreni som mindre farliga och oförutsägbara. Skillnader mellan personalens attityder visade sig vara associerade med yrkeserfarenhet, ålder, intimitet med psykiatriska diagnoser och vilken typ av vårdorganisation det gällde.	K II
Chan, S., & Leung, J. 2002 Hong Kong	Cognitive behavioural therapy for clients with schizophrenia: implications for mental health nursing practice.	Undersöka tillämpningen av kognitiv beteendeterapi vid behandling av individer med diagnosen schizofreni och konsekvenserna av behandlingen för den psykiatriska sjukvården.	Jämförande av elva olika kontrollstudiers resultat. Systematisk genomgång av resultatet.	n = 414 (0)	KBT kan vara ett användbart komplement till traditionell behandling för individer med diagnosen schizofreni. Positiva effekter har observerats på det mentala tillståndet under tillämpning av KBT.	RTC II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Da Silva Elias, A. D., De Melo Tavares, C. M., & Antunes Cortez, E. 2013 Brasilien	IMPACT OF STIGMA OF MADNESS ON THE ATTENTION OF NURSING TO PSYCHIATRIC PATIENT IN EMERGENCY SITUATION.	Undersöka sambandet mellan stigmatisering och ohälsa baserat på observationer av omvården som ges till individer på en psykiatrisk akutavdelning.	Kvalitativ studie. Observationer av sjuksköterskors omvårdnad av patienter på psykiatrisk akutavdelning.	n =11 (0)	En god relation mellan sjuksköterskan och individen är betydelsefull vid behandlingen vid akutinsjuknande. Med information kan sjuksköterskan minska klyftan i omvårdnaden som ges till den psykiatriska och den icke psykiatriska patienten.	R II
Escalada- Hernández P, Muñoz- Hermoso P, García- Manso M, 2015 Spanien	A retrospective study of nursing diagnoses, outcomes, and interventions for patients with mental disorders.	Beskriva de vanliga omvårdnadsdiagnoserna, utfall och insatser som används i omvårdnadsplaner i samband med psykiatriska diagnoser.	Tvårsnittsstudie. Data från elektroniskt register av 690 psykiatriska patienter. 434 kvinnor, 256 män.	n = 690 (0)	Mätinstrument kan i kombination med psykiatriska diagnoser erbjuda en beskrivning av individens tillstånd. Det krävs en omfattande psykiatrisk sjukvård, med lyhörd personal, för att kunna öka individens känsla av livskvalité.	R I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Forchuk, C., Jewell, J., Schofield, R., Sircelj, M., & Valledor, T. 1998 Kanada	From hospital to community: bridging therapeutic relationships.	Beskriva den teoretiska grunden av projektet "Bridge to Discharge" vilket är en förlängning av Hildegard Peplaus teori om terapeutiska relationer.	Experimentell studie. Individuella intervjuer.	n = 17 (0)	Hildegard Peplaus teori har guidat många psykiatriska sjuksköterskor genom fyrtio år, genom beredskap för hantering och skapande av den mellanmännsliga relationen mellan sjuksköterskan och individen. Sjuksköterskan måste lära om individen, bakgrund, förmågor och känslor, för att kunna hjälpa på bästa sätt.	P II
Fung, K., Tsang, H., & Corrigan, P. 2008 Hong Kong	Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment.	Att erhålla empiriskt stöd vid förhållandet mellan psykosocial behandling och själv-stigmatisering.	Experimentell studie. Två kontrollgrupper.	n = 86 (0)	Upplevelsen av individens själv-stigmatisering associeras med sjukvårdens och behandlingens nivå av effektivitet. Den negativa inverkan av själv-stigmatisering ökade ju längre stigmatiseringen pågick. Sjuksköterskan kan hjälpa individen att erkänna diagnosen och därefter arbeta med att minska själv-stigmatiseringen och skapa en positiv bild av behandlingen.	RCT I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Hätönen, H., Suhonen, R., Warro, H., Pitkänen, A., & Välimäki, M. 2010 Finland	Patients' perceptions of patient education on psychiatric inpatient wards: a qualitative study.	Beskriva patienters upplevelser av olika pedagogiska insatser och att identifiera områden där patientutbildning bör förbättras.	Deltagarnas ålder 20-64år. IT-baserad patientutbildning, konventionell patientutbildning och standardbehandling . Därefter individuella intervjuer med deltagarna.	n = 32 (16)	Patienter uppfattar strukturerat och systematiskt genomförda patientutbildningar som användbara. Olika pedagogiska metoder bör användas och interaktion mellan sjuksköterskan och patienten bör ske. Utbildningsmetoden ska ske utifrån patientens individuella behov.	K I
Kertchok, R., Yunibhand, J., & Chaiyawat, W. 2011 Thailand	Creating a new whole: helping families of people with schizophrenia.	Undersöka sambandet mellan thailändska familjers och psykiatriska sjuksköterskors omvårdnad till individer med psykiatriska diagnoser.	Djupgående individuella bandinspelade intervjuer. Observationer och anteckningar genomfördes.	n = 16 (0)	Sociala interaktioner är nödvändiga för individer med psykiatriska diagnoser för att kunna skapa en helhet i samhället. Relationen mellan sjuksköterskan och individen är betydelsefull för att kunna upprätthålla relationer till närstående. Sjuksköterskan kan hjälpa närstående genom ökad förståelse för diagnosen och de svårigheter den kan medföra.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Knight, M., Wykes, T., & Hayward, P. 2003 UK & Irland	'People don't understand': an investigation of stigma in schizophrenia using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA).	Redogöra för de livserfarenheter som en individ med diagnosen schizofreni upplever.	Kvalitativ data erhöles via intervjuer på 30 till 100 minuter. Intervjuerna bandinspelades och transkriberades individuellt.	n = 6 (0)	Både själv- och offentlig-stigmatisering var uppenbar. Följderna av stigmatisering är bestående och kan leda till social isolering för individen. Ökad förståelse om diagnosen bland omgivningen är nödvändig för att stigmatiseringen ska minska.	K I
Linden, M., & Kavanagh, R. 2012 Irland	Attitudes of qualified vs. student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia.	Jämföra attityder gentemot individer med diagnosen schizofreni som innehas av studenter och kvalificerade sjuksköterskor inom psykiatrisk sjukvård.	Frågeenkät. Två oberoende grupper, 66 studenter och 121 sjuksköterskor.	n = 187 (85)	Sjuksköterskorna som arbetade i primärvården hade mer positiva attityder till skillnad från de sjuksköterskor som arbetade i en sluten vårdmiljö. Negativa attityder kan påverka den terapeutiska relationen och leda till stigmatisering för individen. Information och utbildning bland personal är nödvändig för att öka förståelse för diagnosen schizofreni.	CCT I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Magnusson , A., Högberg, T., Lützén, K., & Severinsso n, E. 2004 Sverige	Swedish mental health nurses' responsibility in supervised community care of persons with long- term mental illness.	Beskriva psykiatriska sjuksköterskors erfarenheter av hur den ändrade inriktningen i psykiatrisk sjukvård i Sverige har påverkat deras professionella autonomi.	Annons i tidningar över hela Sverige för att söka deltagare. Frivillig ansökan till studien. Bandinspelade och transkriberade individuella intervjuer efterföljt av kvalitativ innehållsanalys.	n = 11 (0)	Tre teman framkom; bedömning, ansvar och kontroll genom övervakning och stöd för individen. Sjuksköterskans ansvar att förmedla en sann bild av diagnosen till personal i kontakt med individen, genom att öka deras förståelse för diagnosen. En god relation mellan personalen och individen är nödvändig.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Meerwijk, E., van Meijel, B., van den Bout, J., Kerkhof, A., de Vogel, W., & Grypdonc k, M. 2010 Nederlän derna	Development and evaluation of a guideline for nursing care of suicidal patients with schizophrenia.	Utveckla och testa evidensbaserade riktlinjer som skulle stödja omvårdnaden för självmordsnära individer med diagnosen schizofreni.	Två dagars utbildning för sjuksköterskorna i användandet av riktlinjer. Därefter användande av riktlinjerna med patienterna under en fem månaders period. Två gruppintervjuer med sjuksköterskorna, första halvvägs in i perioden och andra efter fem månader. Samt ett frågeformulär med en pilotstudie.	n = 21 (0)	Riktlinjer för sjuksköterskan kan stödja diskussionen om självmordsbenägenhet och bedömning av självmordsrisk. Samtidigt som sjuksköterskan ska behålla en god kommunikationskvalité och en god terapeutisk relation till individen.	K I
Merritt, M., & Procter, N. 2010 Australien	Conceptualising the functional role of mental health consultation-liaison nurse in multi- morbidity, using Peplau's nursing theory.	Undersöka psykisk hälsa och samband i omvårdnadens roll samt koppla detta till Hildegard Peplau's interpersonella relationsteori för sjuksköterskan.	Observationsstudie	n = 47 (0)	Avsevärda ansträngningar från sjuksköterskan möjliggör frihet för individen att lösa de svårigheter som uppstår i relation till diagnosen. Sjuksköterskan hjälper individen att förstå egna livserfarenheter.	R II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Nyström, M., Dahlberg, K., & Segesten, K. 2002 Sverige	The enigma of severe mental illness: a Swedish perspective.	Beskriva den existentiella meningen med att leva med flera psykiatriska sjukdomar.	Två individuella, bandinspelade och transkriberade intervjuer genomfördes för varje individ.	n = 7 (0)	Resultatet visade att individer med allvarlig psykisk diagnos upplever svårigheter med att förändra tidigare antaganden om mänskliga relationer som behovet av andra människor.	K II
Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists 2005 Australien	Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders.	Förbättra behandlingen för individer med diagnosen schizofreni.	Översikt över metoder från 1990-2004 för att skapa nya kliniska riktlinjer för behandling.	n =138 (0)	Riktlinjer för sjuksköterskan som ger evidensbaserade rekommendationer och hjälp för att förbättra livskvaliteten och minska själv-stigmatisering hos individer med diagnosen schizofreni. KBT anses vara ett fungerande komplement till den traditionella behandlingen.	R II
Seeman, M. V. 2013 Kanada	Spotlight on Sibling Involvement in Schizophrenia Treatment.	Utforska syskons engagemang i stöd och omvårdnad för individer med diagnosen schizofreni, skapa rekommendationer för att fylla ut luckor i engagemanget.	Observationer och dokumentation av kliniska anteckningar under en tio års period i en öppenvårdsmottagning.	n = 200 (0)	Närstående utgör en viktig del av det sociala nätverket för individerna med diagnosen schizofreni, men de brukar inte alltid ta en aktiv del i individens omvårdnad. Rollen som vårdare har visat sig vara stressig för endast en familjemedlem. Sjuksköterskan ska därför involvera närstående i individens diagnosutveckling och behandling från symtomdebut.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Serafini, G., Pompili,M, Haghighat, R., Pucci, D., Pastina, M., Lester, D., Girardi, P. 2011 Italien	Stigmatization of schizophrenia as perceived by nurses, medical doctors, medical students and patients.	Undersöka synen på schizofreni som en genetisk eller en miljöpåverkad sjukdom, vilket kan påverka uppfattningar och övertygelser om individer med diagnosen schizofreni. Och om stigmatiserande attityder uppfattades olika hos individerna.	Deskriptiv studie. Vinjetter och frågeformulär.	n = 202 (40)	Ungefär hälften av deltagarna uppfattade negativa eller mycket negativa stigmatiserande attityder från omgivningen; personal, närstående och allmänheten, vilket visar att stigmatisering är ett utbrett social fenomen. Information och undervisning för att öka förståelsen för diagnosen schizofreni är därför nödvändig för att stigmatiseringen ska minska.	RCT, K I
Sook Hee, J., & Hyun Jeong, K. 2012 Korea	Perceived Stigma and Quality of Life of Individuals Diagnosed With Schizophrenia and Receiving Psychiatric Rehabilitation Services: A Comparison Between the Clubhouse Model and a Rehabilitation Skills Training Model in South Korea.	Identifiera den upplevda stigmatiseringen och livskvalitet hos individer med psykiska diagnoser i Korea.	Självrapport enkät. 289 individer från 15 centra för rehabilitering, 232 individer från 14 föreningar.	n = 521 (0)	För att stigmatiseringens hos individer med diagnosen schizofreni ska minska och livskvaliteten öka krävs en omfattande psykiatrisk sjukvård utifrån individens behov och önskemål, inte enbart rehabiliterande färdighetsträning.	CCT II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Suryani, S., Welch, A., & Cox, L. 2013 Indonesien	The Phenomena of Auditory Hallucination as Described by Indonesian People Living With Schizophrenia.	Undersöka erfarenheter av hörselhallucinationer hos individer med diagnosen schizofreni.	Två djupgående individuella och transkriberade intervjuer genomfördes för varje individ. Intervju 1:s tid 45 till 60 min. Intervju 2:s tid 30 till 40 min. 6 män och 7 kvinnor i åldrarna 19 till 56 år.	n = 13 (0)	Individer med diagnosen schizofreni upplever hörselhallucinationer som motsättningar. Som kan leda till känsla av förvirring och trasiga familjerelationer. Sjuksköterskan kan hjälpa individen och närstående att hantera detta genom insikt individens inre värld och förståelse för erfarenheter individen har med sina symtom samt förbättra närståendes attityder gentemot individen.	K I

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier modifierad utifrån Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011, s 94).

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg