



Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Silje Biti og Tim Antonsen

4BACHE

Kan kommunikasjon lindre moderat angst?

**May communication relieve moderate anxiety
disorder?**

Bachelor i sykepleie, BASY 2015

2018

Veileder: Ann-Grete Dybvik Akre

Antall ord: 13011

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Sammendrag

Bakgrunn

En angstlidelse rammer omtrent 30% av den norske befolkningen i løpet av livet (Psykisk Helse, 2015). Vi har møtt flere pasienter med angst gjennom våre praksisperioder. Vi har erfart at kommunikasjonen mellom sykepleier og pasienten ikke alltid fungerer lindrende for pasienten. Vi har opplevd sykepleiere som kanskje ikke har tenkt over hvordan de kommuniserer med denne pasientgruppen, noe som også kan forverre lidelsen hos pasienten (Travelbee, 1999. s. 212).

Hensikt

I denne bacheloroppgaven er hensikten å få sykepleier mer bevisst på hvordan en kommuniserer med pasienter med moderat angst.

Problemstilling

Hvordan kan sykepleier, ved hjelp av kommunikasjon, lindre moderat angst hos pasient?

Metode

Dette er et litteraturstudium. For å svare på vår problemstilling har vi anvendt pensumlitteratur og egne erfaringer. Forskningen vi har brukt baserer seg på kvalitativ og kvantitativ metode.

Konklusjon

Etter å ha vurdert vår fremlagte teori, kan det tyde på at kommunikasjon kan lindre moderat angst. Vi har erfart at sykepleier kanskje kan bli mer bevisst på hvilke kommunikasjonsferdigheter en benytter i møte med denne pasientgruppen. Samtidig kan det tyde på at det kanskje er behov for mer forskning, på hvilke kommunikasjonsferdigheter som kan fungere lindrende i møte med angstpasienter.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valgt tema	5
1.2 Hensikt-formål med oppgaven	6
1.3 Presentasjon av problemstilling	6
1.4 Avgrensning	6
1.5 Begrepsavklaring	7
1.6 Disposisjon- oppbygning av oppgaven	7
1.7 Presentasjon av case	8
1.8 Anonymisering	8
2.0 Metode	9
2.1 Valgt metode	9
2.2 Litteratursøk	10
2.3 Kildekritikk og svakheter	11
2.4 Etske overveielser	13
3.0 Presentasjon av forskning og funn	14
3.1 Sammendrag av forskning totalt	17
4.0 Teoridel	18
4.1 Sykepleieteori-Travelbee	18
4.2 Angst og Moderat angst	21
4.2.1 Hvordan møte angstpasienter?	22
4.3 Lidelse	23
4.3.1 Lindring av angst	23
4.3.2 Angstreduksjon	24
4.4 Sykepleier-pasient-forhold	25
4.5 Kommunikasjon	26
4.5.1 Profesjonell kommunikasjon	26
4.5.2 Personorientert kommunikasjon	26
4.5.3 Verbal og nonverbal kommunikasjon	27
4.6 Etske prinsipper	28
4.6.1 Velgjørenhetsprinsippet og ikke skade-prinsippet	28
4.6.2 Autonomiprinsippet og rettferdighet	29
4.7 Yrkesetske retningslinjer for sykepleiere	29
5.0 Drøfting	31

5.1 Å etablere et menneske-til-menneske-forhold til Lise	32
5.2 Hvordan kan sykepleier lindre den moderate angsten til Lise?	34
5.3 Kommunikasjon - Den lindrende samtalen	36
6.0 Konklusjon	42
7.0 Litteraturliste	43
Vedlegg 1 -Presentasjon av forskning	47
Vedlegg 2 Pico- skjema	49
Vedlegg 3 - Sjekkliste for kvalitativ forskning	51
Vedlegg 4 - Sjekkliste for vurdering av prevalensstudie	54

1.0 Innledning

Rådet for psykisk helse (2015) viser at angst er en av de vanligste typene psykiske helseplager i Norge. Omtrent 30% av befolkningen i Norge får en angstlidelse i løpet av livet (Psykisk Helse, 2015). Ifølge Folkehelseinstituttet (2015) er angstlidelse et fellesnavn for tilstander hvor kjernesymptomet er angst eller frykt. Forekomsten av en angstlidelse i Europa og USA er stor, omtrent hver fjerde til femte person i befolkningen opplever en angstlidelse i løpet av livet. I tillegg viser statistikk at mer en hver tiende person har en angstlidelse til enhver tid (Folkehelseinstituttet, 2015). En kvantitativ og kvalitativ forskningsstudie av Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan & Löwe (2007) ble utført i 12 ulike stater i USA. De hadde med 965 ulike pasienter, av disse pasientene var det 19,5% som hadde minst én type angstlidelse. Studiet viste at omtrent 42% av de med minst én type angstlidelse, ikke fikk noen form for behandling (s. 317-325).

1.1 Bakgrunn for valgt tema

De fleste mennesker har kanskje på et tidspunkt opplevd å bli møtt på en nedlatende væremåte, enten verbalt eller nonverbalt? Eide & Eide (2017) skriver at hvordan en sykepleier kommuniserer med pasienter, vil ofte ha innvirkning på om lindringen blir vellykket (s. 7). Kristoffersen (2015) skriver at utøvelsen av sykepleie innebærer å være til hjelp for pasienten. For å klare dette er det en forutsetning at en kommuniserer med pasienten, ved at en gjennom et klart språk forstår den andre og at en gjør seg forstått (s. 180). Nordtvedt (2016) beskriver gode holdninger som vennlighet, høflighet, oppmerksomhet, aktiv lytting, varsomhet i stellet eller fast håndlag er vesentlig i møte med pasienter (s. 58).

I praksisperioder har vi gjentatte ganger møtt pasienter med moderat angst. Vi har opplevd sykepleiere som kanskje ikke har tenkt over hvordan de kommuniserer med denne pasientgruppen, som vi opplever kan ha skadet forholdet mellom pasient og sykepleier. Vi vil forsøke å finne ut hvordan sykepleiere kan lindre moderat angst, ved hjelp av god kommunikasjon. Vi tror at sykepleiere kan bli mer bevisst på hvordan deres kommunikasjonsferdigheter påvirker pasienter med angst. Samtidig tror vi at et godt menneske-til-menneske-forhold og sykepleier-pasient-forhold kan være med på å lindre angsten til pasienter.

1.2 Hensikt-formål med oppgaven

Vi er interessert i å finne ut om vi kan få sykepleiere til å bli mer bevisst på hvordan en møter pasienter med moderat angst. Vi vil se på ulike handlingsalternativer ved god kommunikasjon som kan være aktuelt gjennom casen vi presenterer. Formålet med denne oppgaven er og få sykepleierne til å tenke gjennom hvordan kommunikasjon kan ha en lindrende effekt på pasienter med moderat angst. Hensikten med denne bacheloroppgaven er å forsøke å belyse hvordan helsepersonell kan møte pasienter med angst på en lindrende måte. Ved at en klarer å skape et godt forhold ved hjelp av kommunikasjon, tror vi at dette kan ha stor betydning for hvordan den lindrende behandlingen til pasienten fungerer og hvordan utfallet blir.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleier, ved hjelp av kommunikasjon, lindre moderat angst hos pasient?

1.4 Avgrensning

Vi har valgt problemstillingen ut ifra en case vi har opplevd i praksis. Etter erfaring i praksis opplever vi at negativ kommunikasjon raskt kan smitte andre ansatte på vaktrommet, men kommer ikke til å ha fokus på dette i denne oppgaven. For å avgrense bacheloroppgaven har vi tatt for oss moderat angst, da det finnes mange typer angst. Grunnen til at vi har valgt å fokusere på moderat angst, er at vi vet denne type angstlidelse er lite omtalt. Hummelvoll (2016) skriver at denne pasientgruppen er mer mottakelig for lindring (s. 155). Vi velger å avgrense oppgaven vår til voksne, og har fokus på menn og kvinner. Folkehelseinstituttet viser at omlag 30% av den voksne befolkningen får en angstlidelse (Folkehelseinstituttet, 2015). Derfor tenker vi det er relevant å ha fokus på voksne menn og kvinner. Vi kommer til å legge vekt på hvordan sykepleiere kan lindre angsten, ved hjelp av kommunikasjon. Vi vil undersøke om fag- og forskningslitteratur kan bekrefte eller avkrefte det vi tror er god lindring til pasienter med moderat angst. Vi vet at medikamentell behandling er mye brukt til angstpasienter, men dette kommer vi ikke til å ha fokus på i denne oppgaven.

1.5 Begrepsavklaring

Angst: Angsten er vanskelig å sette ord på, da angsten er et stort begrep. Angst betyr “trang” som har sitt opphav fra verbet angere som betyr å påføre smerte, ved å presse sammen eller å kvele (Hummelvoll, 2016. s. 153). Angst er en naturlig reaksjon på en fare eller trussel. Når vi opplever noe som vi tolker som farlig, vil kroppen reagere instinktivt med forskjellige fysiske reaksjoner som gjør oss klare til å flykte eller å kjempe (Aarøe & Øiesvold, 2014, s. 17).

Moderat angst: Dette er en sterkere grad av angsten. Her er angsten så sterk at sanseinntrykkene og forståelsen til pasienten blir redusert. Pasienten blir mindre bevisst på omgivelsene, og har vansker med konsentrasjon (Hummelvoll, 2016. s. 155).

Lindring: Å lindre har som mål å redusere eller begrense ulike typer belastninger. En belastning kan være fysisk, psykisk, sosialt eller av åndelig karakter. Målet med lindring er å fremme opplevelse av velvære (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2015. s. 18).

Kommunikasjon: Begrepet kommunikasjon kommer fra det latinske ordet communicare. Dette betyr å ha forbindelse med, delaktiggjøre en annen, eller gjøre noe felles. Dette vil si at en utveksler verbale og nonverbale tegn og signaler mellom to eller flere personer (Eide & Eide, 2017. s. 17).

1.6 Disposisjon- oppbygning av oppgaven

I kapittel to og tre vil vi ta for oss hvilken metode og forskning vi har anvendt i denne oppgaven for å komme fram til kunnskap om vår problemstilling. Her viser vi til søkeord, databaser vi har brukt, samtidig som vi trekker fram funnene i forskningen. I kapittel fire presenterer vi teori som vi tolker er relevant for å svare på vår problemstilling. Her legger vi vekt på Travelbee, moderat angst, lindring, sykepleier-pasient-forhold, etiske prinsipper, de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og ulike kommunikasjonsferdigheter. I kapittel fem drøfter vi den framlagte teorien, og kommer med ulike handlingsalternativer for hvordan sykepleier kan lindre den moderate angsten til Lise. Vi avslutter oppgaven med en konklusjon, hvor vi kommer fram til svar på vår problemstilling, og hva vi tolker bør vektlegges videre.

1.7 Presentasjon av case

I praksis møtte vi en pasient med moderat angstlidelse. Dette var en dame i 50-årene, som hadde vært innlagt i avdelingen i tre uker. Vi velger å kalle pasienten for “Lise”. Vi opplevde at Lise trengte tid og motivasjon for å mestre hverdagen i avdelingen, og at hun hadde behov for bekreftelse. Vi var med to sykepleiere denne dagen, som skulle hjelpe Lise ut i fellesmiljøet. Lise hadde ikke ønske om dette selv, men primær sykepleieren hadde bestemt seg for at Lise ikke hadde noe valg, og måtte ut fra rommet. Lise ga tydelig uttrykk for at hun ikke ønsket å delta i fellesmiljøet, og da mistet sykepleieren tålmodigheten. Da sa primær sykepleieren skarpt: *“Kjære Lise skjerp deg. Det du opplever er ikke reelt, og det finnes andre mennesker som har det tusen ganger verre enn deg. Ta deg sammen, så sparer du oss for dyrbar tid. Du skal ut fra dette rommet, og du har ikke noe valg”*. Den andre sykepleieren sa ingenting, men snudde seg mot oss og himlet med øynene. Pasienten på sin side satt med tårer i øynene, og var tydelig berørt etter utsagnet til primær sykepleieren. Vi gikk umiddelbart ut etter hendelsen, og var sjokkert over det vi nettopp hadde vært vitne til. Lise ble fulgt ut i fellesmiljøet mot sin egen vilje.

1.8 Anonymisering

I denne bacheloroppgaven har vi valgt å lage en case basert på en pasienthistorie. For å ivareta personvernet til pasienten vi presenterer i casen har vi valgt å endre pasientens navn, og heller ikke skrive den nøyaktige alderen. Vi har valgt å gjøre dette for at pasienten ikke skal kunne identifiseres. Videre har vi valgt og ikke navngi sykepleieren, og heller ikke fortalt noe om hvilken praksisperiode dette dreier seg om. I tillegg har vi valgt å tilføye litt på hendelsen, og tatt bort noe av innholdet i samtalen. Ved at vi har valgt å aidentifisere og anonymisere direkte opplysninger i casen kan ikke disse opplysningene knyttes opp til enkeltpersoner (Dalland, 2017. s. 239).

2.0 Metode

Dalland (2017) betegner metode som en fremgangsmåte, eller et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Formålet med metoden er å samle inn kunnskap og data, slik at en klarer å svare på problemstillingen (s. 51-52).

2.1 Valgt metode

Denne bacheloroppgaven baserer seg på litteraturstudium som metode for å belyse vår problemstilling. Bacheloroppgaven tar utgangspunkt i relevant fag-og forskningsartikler vi har funnet gjennom strategiske søk i databaser, Oria, og pensumlitteratur. Vi har også basert oppgaven på egne erfaringer fra tidligere praksisperioder for å svare på vår problemstilling.

Ifølge Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne (2015) er et litteraturstudie en måte å finne frem til forskning som allerede finnes på området og hvilke metoder som har blitt benyttet (s. 62-63).

Forskningsartiklene vi har funnet til denne bacheloroppgaven baserer seg både på kvantitativ og kvalitativ metode. Dalland (2017) skriver at kvantitative metoder har som hensikt å gi data i form av målbare enheter. Denne metoden skiller seg fra kvalitative metoder som gir oss et innblikk i meninger og opplevelser, som verken kan tallfestes eller måles (s. 52). Kvalitativ orientert metode går mer i dybden på temaet, enn kvantitativ orientert metode som går mer i bredden på området (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010).

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2015) skriver at kvantitativ metode innhenter et lite tall med opplysninger om mange undersøkelsesenheter, i motsetning til kvalitativ metode som har som formål å hente mange opplysninger om få undersøkelsesenheter. De nasjonale forskningsetiske komiteene (2015) skriver at datainnsamling av kvantitativ metode foregår ved for eksempel observasjon, intervju eller formell testing. Disse variablene kan uttrykkes i tallverdier, tabeller, grafiske figurer eller statistiske mål. Kvalitative metode bygger på en systematisk innsamling, tolkning og videreformidling av kunnskap. Dalland (2017) mener at

begge metodene vil gi oss et formening og en bedre forståelse for hvordan samfunnet oppfattes. Forskjellen på metodene er i hovedsak hvordan en samler inn data (s. 52-54).

Forskning vi finner vil i hovedsak basere seg på kvalitativ forskning, men vi har også anvendt kvantitativ forskning. Vi ønsker å finne ut hvilke oppfatninger eller opplevelser pasienter eller helsepersonell har til kommunikasjon. I tillegg se hvilken kommunikasjon som kan være med på å lindre moderat angst. Da vil kvalitativ metode være velegnet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010).

2.2 Litteratursøk

I denne oppgaven har vi brukt fag-og forskningsartikler i databasene: Cinahl, PubMed, og SveMed+. Vi har brukt databasene ut fra informasjon fra biblioteket og egne forkunnskaper. Vi har benyttet oss av pico-skjema, for å få struktur og klargjøring for litteratursøkene våre. P: står for Patient/Problem/Population. I: Intervention, C: Comparison og O: Outcome. Vi har tatt utgangspunkt i en tabell fra kunnskapsbasert praksis (Helsebiblioteket, 2016).

For å finne relevant faglitteratur har vi benyttet oss av Oria. Oria er biblioteket i Innlandet sin egen søkemotor, hvor vi har funnet relevant litteratur. Vi har også vært kritiske i valget av pensumlitteratur i vår oppgave. Her har vi vurdert om bøkene vi har valgt er troverdige, og sett på om forfatterne har faglig kompetanse. Vi har tatt utgangspunkt i en sjekklister fra kildekompasset (Kildekompasset, 2015).

Vi har søkt etter relevant litteratur og hatt begrensninger på hva vi skal inkludere og ekskludere. Vi har valgt å finne pensumlitteratur og artikler som svarer på vår problemstilling. Derfor har vi i hovedsak lagt vekt på kommunikasjon, lindring og moderat angst. Vi fant flere forskningsartikler som omhandlet lindring av angst med medikamenter, men valgte å utelukke disse da vi følte at de ikke svarte på vår problemstilling. Vi ønsker å presentere noe av pensumlitteraturen vi har benyttet oss av i denne bacheloroppgaven. En litteraturbok vi har valgt er laget for mennesker med panikk lidelser. Denne heter *tenk hvis... hva så?* av Aarøe & Øiesvold (2014). Vi valgte å ta denne med, fordi vi mener noe av innholdet i boken også kan brukes til pasienter med en moderat angstlidelse. Vi har valgt å bruke *Helt-ikke stykkevis og delt* av Hummelvoll (2016). Vi mener han har mye relevant

litteratur innenfor feltet psykisk helsearbeid. Han har også vært en del av høgskolen i Innlandet, og derfor ønsker vi å benytte oss av dette. Vi har også valgt å bruke *Kommunikasjon i relasjoner* av Eide & Eide (2017). Dette er en fagbok som er skrevet for sykepleiere og helsepersonell. Forfatterne av denne boken forklarer en rekke kommunikasjonsferdigheter som kan være nyttige i praksis. Denne boken har vært relevant for å svare på vår problemstilling.

PubMed, Cinahl og SveMed+ har vi brukt da disse databasen inneholder mange tidsskrifter, fag-og forskningsartikler innen medisin og sykepleie faget. Søkeord vi i hovedsak har brukt er: Kommunikasjon/Communication, angst/anxiety, moderat angst/moderate anxiety, sykepleier-pasient-forhold/nurse-patient-relationship, sykepleier/nurse og pasient/patient. Da vi kombinerte de ulike søkeordene, fikk vi ned antall treff, og klarte å finne relevant forskning til vår problemstilling. Vi har forsøkt å begrense litteratursøket ved å søke etter utgivelsesår, fra 2008 til 2018 slik at vi funnet nyere forskning. I tillegg har vi begrenset ved å bruke “and” i søkeprosessen. Temaet vi har valgt er trolig kjent utenfor skandinavia, derfor har det vært relevant å finne fag-og forskningslitteratur utenfor dette området. Vi har redusert søket til engelsk og skandinavisk språk. I tillegg har vi valgt å søke etter forskning i gratis fulltekst, noe som også har begrenset søket. Vi har brukt tid på å finne relevant forskning, og har derfor endret en del på søkeordene våre. Vi har fått hjelp fra ansatte på biblioteket på høgskolen i Innlandet. For eksempel forsøkte vi først med anxiety, men da fikk vi flere tusen treff og ikke relevant forskning. Derfor fikk vi beskjed om å prøve anxiety disorder og communication, noe som begrenset søket betraktelig.

2.3 Kildekritikk og svakheter

Dalland (2017) skriver at kildekritikk er “å fastslå om opplysningene er sanne” (s. 152). Ifølge Dalland (2017), vil dette si at en må finne ut om kilden er troverdig. En kilde må også vurderes om den er relevant for tema eller problemstilling (s. 152-153). Vi hatt fokus på validitet og reliabilitet i vår oppgave. Dalland (2017) mener validitet betyr at kunnskapen må være relevant og ha en gyldighet. Reliabilitet betyr at kunnskapen skal være pålitelig, og at eventuelle andre avvik må angis (s. 40). Vi har også tatt til betraktning om kvaliteten på kunnskapen vi har funnet er god.

Vi valgt å begrense litteraturen vår til ti år, slik at vi finner informasjon som er aktuell. Vi har valgt å bruke tre kilder som er eldre enn ti år. To av disse forskningsartiklene er fra 2003 og 2007, men vi velger å ta de med og begrunner dette med at angst og kommunikasjon ikke er et nytt tema. Samtidig er disse forskningsartiklene relevant for å svare på vår problemstilling. Den andre som overstiger ti år, er sykepleieteorien til Travelbee. Her har vi i utgangspunktet forholdt oss til primærkilden, men primærkilden har vært vanskelig å få tak i da det er få utgaver. Derfor har vi måtte benyttet sekundærkilden i noen tilfeller. Dalland (2017) skriver at en primærkilde vil si den opprinnelige utgaven, og en sekundærkilde kan være en oversatt utgave av primærkilden (s. 171). Det skal også sies at vi kan ha misforstått ord fra boken til Travelbee, da boken er på engelsk, og da det ikke alltid er lett å oversette engelske ord. Videre tenker vi at når en bruker en sekundærkilde, kan en ofte miste noe av betydningen av innholdet. Dette er noe vi har tatt stilling til når vi har benyttet oss av sekundærkilden.

Vi har valgt å bruke litteratur som baserer seg på skandinavisk eller engelsk språklig litteratur. For å kvalitetssikre forskningsartiklene vi finner, bruker vi sjekklister fra folkehelseinstituttet for vurdering av akkurat disse artiklene. Vi har lagt inn en sjekkliste på kvalitativ og en for kvantitativ forskning som vedlegg, hvor vi har vist hvordan vi har gått frem på to av artiklene våre (Folkehelseinstituttet, 2014). Her har vi tenkt på om formålet med studien er tydelig. Vi har også sett på om artiklene er pålitelige. Disse har blitt kvalitetssikret og fagfellevurdert før de har blitt publisert. Dette betyr at de har blitt gått igjennom, overveid og akseptert av andre forskere før de har blitt publisert (Kildekompasset, 2015). Dette fant vi ut ved at vi brukte høgskolen i Innlandet sin egen søkemotor Oria. Her fant vi ut at fem av fag- og forskningsartiklene vi har anvendt, har blitt vurdert av fagfeller før de har blitt publisert. Ifølge Kildekompasset skal enhver fag- eller forskningsartikkel være fagfellevurdert (Kildekompasset, 2016). Vi fant ut at en av disse ikke hadde blitt fagfellevurdert i Oria. Dette kan ha innvirkning på hvor pålitelig artikkelen er. Derfor sjekket vi dette opp på utgivers hjemmeside som har publisert forskningsartikkelen, og der var den fagfellevurdert (Global Journal of Health Science, u.å). Vi har også sett på om strukturen i artiklene har vært ryddig og om de bygges på grunnlaget av IMRAD-prinsippet. Dette prinsippet står for innledning, metode, resultat og diskusjon (Kildekompasset, 2016). Alle våre seks artikler bygger på dette prinsippet.

En svakhet i vårt litteratursøk er at vi har valgt å begrense søket ved og kun ha tekster i fulltekst, gratis artikler og engelskspråklige artikler, noe som kan ha gjort at vi har oversett

eller mistolket noe litteratur som kan ha vært relevant til vår oppgave. Vi har også valgt å sette svakheter i fag- og forskningsartiklene vi har funnet. Dette har vi valgt å skrive på presentasjon av forskningen. Ved å gjøre dette er vi kritiske til de studiene vi har funnet. Noen av svakhetene vi har funnet, kan tyde på at dette kan påvirke funnene og resultatene.

2.4 Etiske overveielser

En litteraturstudie har ulike etiske aspekter som må følges. Ifølge Dalland (2017) handler forskningsetikk om å ivareta personvern og sikre at de som deltar i forskningen ikke blir påført unødvendige belastninger eller skader. Når en skal finne fram til ny forskning og få mer innsikt, må ikke dette skje på bekostning av individets integritet eller velferd (s. 236). Dalland (2017) skriver at når mennesker benyttes i forskning, foreligger det strenge regler. For de som skal delta i undersøkelsen, er det en forutsetning at de får være anonym. Samtidig har forskere som skal arbeide med opplysningene taushetsplikt. Brudd på taushetsplikten er straffbart etter straffeloven § 121 (s. 239-240). Dalland (2017) skriver at lovverket i personopplysningsloven forteller at opplysninger som benyttes, kun skal brukes da det er nødvendig for studiet. I tillegg er det viktig å hente samtykke fra de som skal delta i studiet (s. 239-240).

Forskningsetikk må anvendes under alle sider av litteraturstudiet. Alt fra planlegging, forskning, valg av problemstilling og til hvilken metode en velger å anvende (Dalland, 2017. s. 236). Derfor har vi i denne oppgaven, hatt fokus på å gjøre det på rett måte. Ved at vi har vært kritisk til skriveprosess og litteraturhenvisning, har vi forsøkt å handle forskningsetisk. Vi har forsøkt å gjengi det forfatteren har skrevet så riktig som mulig, vært nøye med sitater, og vært nøye med kildehenvisning til referanser i denne oppgaven. Alle de seks fag - og forskningsartiklene vi har anvendt, har vi kvalitetssikret i forhold til retningslinjer i den etiske komite (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016).

3.0 Presentasjon av forskning og funn

Artikkel 1

Using health psychology to help patients: Common mental health disorders and psychological distress. Denne fagartikkelen er fra London, og skrevet av Barley & Lawson (2016), den baserer seg på pasienter med angst eller depresjon. Sykepleiere må kunne vurdere den psykiske og fysiske tilstanden til pasienten for å klare og gi helhetlig omsorg. Tidligere studier har vist at psykiske helseproblemer er vanlige, og ofte ender med dårlige utfall. Behandlingen av psykisk helse er viktig for å gi helhetlig omsorg. Barley & Lawson (2016) tar for seg hvordan sykepleiere kan hjelpe mennesker med angst eller depresjon, og legger vekt på hvordan gode kommunikasjonsferdigheter er vesentlig som brobygger til tillit. De påpeker at nonverbal kommunikasjonsferdigheter er like vesentlig som verbal kommunikasjon. Artikkelen forteller litt om hvor skadelig det kan være å ha angst i tillegg til somatisk sykdom. Forfatterne forsøker å øke bevisstheten om dette til sykepleiere (s. 966-974).

Artikkel 2

Critical care nurses' beliefs about and reported management of anxiety. Denne artikkelen er basert på kvantitativ forskning og laget i Ohio, USA. Utgitt i 2003. Frazier, Moser, Daley & McKinley (2003) har tatt for seg hvordan sykepleiere kan redusere angst hos pasienter. Bakgrunnen til studiet var at det ikke har blitt forsket på hvilken tro sykepleiere har på ulike strategier for å redusere angst. Hensikten med studiet var å finne ut hvordan sykepleiere kan være med på å redusere angstlidelse ved hjelp av ulike metoder, og hvordan sykepleiere rapporterte bruk av disse strategiene. Dette var en tilfeldig utvelgelse av sykepleiere. Det var 783 sykepleiere som deltok i denne forskningen hvorav 92% var kvinner, og 8% menn. Resultatet av studiet var at det er viktig for sykepleiere å forstå effektene av angstlidelse. Behandling med medikamenter er med på å redusere angsten, men også kommunikasjon og stressreduksjon er like viktig i møte med denne pasientgruppen. I tillegg til å gi trygghet, snakke rolig og sakte å ha en empatisk forståelse. Svakheter ved dette studiet som vi fant, er at sykepleierne mest sannsynlig kun rapporterte deres vanlige metoder til angstlidelser, og derfor ikke utførte de ulike strategiene som er beskrevet i studiet. Derfor vil ikke studiet nødvendigvis vise hvordan sykepleierne møtte pasientene, men bare handlinger de rapporterte (s. 19-27).

Artikkel 3

The dynamics of the nurse–patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient’s perspective. Halldorsdottir (2008) tar for seg hvordan sykepleier-pasient-forholdet kan skape god omsorg for pasienten. Forskningen er gjort i Akureyri, Island. Bakgrunnen av studiet er at mange ser på sykepleier-pasient-forholdet som selve kjernen i sykepleie. Det har imidlertid blitt diskutert om sykepleier-pasient-forholdet fungerer. Metoden som blir benyttet i dette studiet er kvalitativ forskning. Pasienter rapporterte at dette forholdet ga de optimisme, oppmuntring, samt en følelse av sikkerhet og selvtillit. Manglende sykepleier-pasient-forhold ga pasientene en forstyrrende opplevelse av behandlingen. I tillegg var det viktig med åpenhet i kommunikasjonen og kontakt, noe som pasientene beskrev som grunnleggende under behandlingen. Avslutningsvis skriver forfatteren av dette studien at sykepleiere kan gjøre en stor forskjell i menneskers helse, ved å skape et godt sykepleier-pasient-forhold (s. 643-649).

Artikkel 4

Anxiety disorder in primary care: Prevalence, Impairment, Comorbidity and Detection. Dette er både en kvantitativ og kvalitativ forskning. Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan & Löwe (2007) undersøker prevalens, svekkelse og gjenkjennelse av angst hos tilfeldige pasienter. Bakgrunnen for studiet er at de som har en angstlidelse får mindre oppmerksomhet. Grunnen er at det ofte er vanskelig og oppdage, samt at de ikke får nok behandling. Kroenke et al., (2007) tar for seg 965 pasienteksempler som får en strukturert 7-trinns spørreundersøkelse og intervju med psykiater. Pasientene ble hentet fra 15 klinikker fordelt utover 12 stater i USA. Av de 965 pasientene viser studiet at minst 19,5% hadde minst én type angstlidelse (188 av 965) og av disse var det 42% (74 av 188) som fikk medikamenter for det, 4% (8 av 188) fikk psykoterapi, og 13% (25 av 188) fikk både medikamenter og psykoterapi. Resultatet viser dermed at det var 77 pasienter med minst én angstlidelse som ikke fikk noen form for behandling. Denne studien ønsker å øke bevisstheten rundt angstlidelser og kvalitetssikre pasientene mot ytterligere skader. En svakhet kan være at resultatet av antallet pasienter med angst kan ha vært noe forhøyet da klinikkene pasientene ble hentet fra kunne hatt et høyt antall angstpasienter (s. 317-325).

Artikkel 5

Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients.

Dette er en kvantitativ forskningsartikkel fra Alborz, Iran. Norouzinia, Aghabarari, Shiri, Karimi & Samami (2016) har tatt for seg hvor viktig kommunikasjon er for sykepleier-pasient-forholdet. De skriver også at de fleste andre studier har rapportert om svake sykepleier-pasient-forhold og mangel på kommunikasjonsferdigheter blant sykepleiere. Det var 70 sykepleiere og 50 pasienter som var med i undersøkelsen. Disse var fordelt på to offentlige sykehus hvor det var ett sett med spørsmål til sykepleier og ett sett med spørsmål til pasienter. De mener nøkkelen til å kunne gi omsorg og høy kvalitet på sykepleien til pasienter er ved hjelp av kommunikasjonsferdigheter. Resultatene var at sykepleieren må ha mer kunnskap om kultur, språk og ikke være dømmende når en skal kommunisere med pasienter. I tillegg var pasientenes opplevelse hos sykepleierne at de manglet forståelse for pasientenes behov. Svakheter ved dette studiet som vi har funnet er at det var få mannlige sykepleiere med i studiet, noe som også kan påvirke resultatet (s. 65-74).

Artikkel 6

A qualitative study of perceived needs and factors associated with the quality of care for common mental disorders in patients with chronic diseases: the perspective of primary care clinicians and patients (Roberge, Et. al, 2016, s. 1-14). Dette er et kvalitativt studie som ble utført på 18 leger, sykepleiere, psykologer. 10 pasienter var med i studiet. Dette studiet ble utført på tre primærhelsetjenester i Quebec Canada. Bakgrunnen for studiet var at angst og depresjon er de hyppigste psykiske lidelsene i befolkningen. Tidligere studier viste at kunnskap og kvalitet må økes i primær helsevern. Hensikten med studiet var å finne ut behov og barrierer. Studiet tar utgangspunkt i angst og depresjon til pasienter i primærhelsetjenesten. For helsepersonell var det i hovedsak holdninger og samarbeid som var i fokus. For pasientene ble det undersøkt hvordan omsorg og kommunikasjon med helsepersonell fungerte. Det ble utført kliniske intervjuer som viste en rekke behov som manglet, blant annet helhetlig omsorg og kommunikasjon. Funnene i denne artikkelen er at kommunikasjon og samarbeid mellom primærhelsetjenesten må forbedres. Svakheter i dette studiet vi har funnet er at de som deltok mest sannsynlig har hatt interesse for psykisk helse, noe som kanskje ha påvirket resultatet.

3.1 Sammendrag av forskning totalt

Vi har funnet en del variert forskning, men vi har i hovedsak fokusert på forskning som baserer seg på angstlidelse og kommunikasjon. Vi har funnet en del fellestrekk i funnene på studiene vi har sett på. Det vi har sett går igjen i funnene er at kommunikasjonsferdigheter er gode strategier for å lindre angst hos pasienter. I tillegg viser mange studier at kommunikasjonsferdighetene blant sykepleiere kan bli bedre, ved at en blir mer bevisste på hvordan en kommuniserer med pasienter både verbalt og nonverbalt. Noen av studiene vi har sett på viser at kommunikasjon og forståelse, er nøkkelen til å kunne lindre angstlidelsen hos pasienten. To av studiene vi fant forklarte hvor viktig kommunikasjonsferdigheter er for at sykepleier-pasient-forholdet skal fungere. Et velfungerende sykepleier-pasient-forhold skapte en følelse av trygghet, optimisme, oppmuntring samt selvtillitt for pasientene. Hvis dette ikke fungerte opplevde pasientene en forstyrrende opplevelse av behandlingen, eller at sykepleier ikke har forståelse for pasientens behov.

4.0 Teoridel

Vi vil i denne delen av oppgaven presentere teori vi tenker er relevant for og kunne svare på vår problemstilling. Vi har derfor valgt å ha fokus på sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee sin teori, om hvordan sykepleiere kan etablere et menneske-til-menneske-forhold mer effektivt ved hjelp av kommunikasjon. I tillegg har vi tatt med teori på angst, moderat angst, hvordan møte angstpasienter, angstreduksjon, lidelse, lindring og ulike kommunikasjonsferdigheter i dette kapittelet. Vi har også tatt med de fire etiske prinsippene og skrevet om de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

4.1 Sykepleieteori-Travelbee

Vi ønsker å bruke Joyce Travelbee sin sykepleieteori. Joyce Travelbee var en psykiatrisk sykepleier som ble født i New Orleans i USA i 1926. Hennes sykepleietenkning er rettet mot det mellom-menneskelige aspektene i sykepleien (Kristoffersen, 2015. s. 213). Travelbee (1999) skriver at dette vil si at sykepleieren skal gi pasienten hjelp til å forebygge, mestre eller finne mening ved sykdom eller lidelse, men også finne mening i disse erfaringene om nødvendig (s. 29).

Å etablere et menneske-til-menneske-forhold er en prosess som består av flere faser mellom pasienten og sykepleier. Travelbee (1999) skriver at kommunikasjon er vesentlig for å klare å etablere et slikt forhold (s. 136). Etablering av gjensidig forståelse og kontakt er resultatet av de tidlige fasene:

- Det innledende møtet
- Framveksten av identiteter
- empati
- sympati
- etablering av gjensidig forståelse og kontakt

(Travelbee, 1999 s. 211).

Travelbee (1999) ser på hvert menneske som en unik person. For å kunne hjelpe pasienten, må sykepleieren etablere et menneske-til-menneske-forhold (s. 171-172). Et slikt forhold kan bare skapes mellom personer, og hun mener dette ikke kan komme av seg selv (s. 171-172). Travelbee (1999) beskriver et menneske-til-menneske-forhold i ulike faser. Den første fasen

består av det innledende møtet, hvor det er avgjørende at pasienten og sykepleieren etablerer en god relasjon, slik at en ser hverandre som person. Det første møte mellom pasient og sykepleier vil basere seg på en generalisert og stereotype oppfatning. Pasienten og sykepleieren vil få et førsteinntrykk av hverandre som er basert på væremåte, språk og handlinger. utfordringer for sykepleiere i møte med pasienter vil være og ikke ha fordommer på forhånd, men skape et eget bilde av pasienten å se mennesket som en unik person. Om sykepleieren mangler evne til å se pasienten som en unik person, vil omsorgen bli upersonlig, overflattisk og mekanisk (Kristoffersen, 2015. s. 213-221).

Den andre fasen beskriver Travelbee (1999) som framvekst av identiteter, og denne fasen oppstår når interaksjonen mellom pasient og sykepleier utvikler seg. Her vil det etableres en større tilknytning mellom to individer, og de vil se mindre på hverandre som en kategori. Sykepleier vil oppfatte hvordan pasienten føler, tenker og oppfatter ulike situasjoner. Pasienten på sin side vil starte å oppleve at sykepleieren er forskjellig fra andre sykepleiere (s. 188-189).

Empati er den tredje fasen. Travelbee (1999) mener empati er evnen til å leve seg inn i eller forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket (s. 193). Det er en prosess hvor den enkelte er i stand til å se hva den andre tenker og føler i en bestemt situasjon. Å ha empati betyr å ta del i samtidig som en står utfor situasjonen. Det vil si at man står sammen om noe, men at en er to ulike individer. Empati er en opplevelse av å forstå, men Travelbee hevder at det er vanskelig å ha empatisk forståelse til noen, om en ikke kan knytte egne erfaring til deres opplevelse eller forståelse. Derfor skriver Travelbee at det ikke er mulig å ha empati for noen, om en ikke har hatt lignende eller samme opplevelsen selv (s. 193, 195).

Den neste fasen er sympati. Travelbee (1999) beskriver sympati som en medfølelse eller en erfaring mellom to eller flere personer. Innsikt og forståelsen som ble utviklet i empati fasen, er nå grunnlaget for å hjelpe pasienten. Hvis en har sympati er en i stand til å forstå den andres plager, og har et ønske om å lindre andre sine plager eller hjelpe i situasjonen. Det er derfor ikke mulig å ha medfølelse for noen, og ikke være tilknyttet til personen. Sympati vil si at en føler den andres plager, samtidig som en ønsker å hjelpe personen som lider. Det er ikke en forutsetning at den medfølende personen klarer å gi den hjelpen som er nødvendig, eller er i stand til å gi hjelp. Pasienten på sin side vil oppleve at sykepleieren bryr seg om

vedkommende, og denne opplevelsen påvirker pasienten både fysiologisk og psykisk (s. 200-203).

Travelbee (1999) skriver at etablering av gjensidig forståelse og kontakt er den siste etableringen i et menneske-til-menneske-forhold. Dette er resultatene av alle tidligere faser. Her vil sykepleieren ha etablert gjensidig forståelse og kontakt, fordi hun har kunnskaper og ferdigheter som skal til for å hjelpe det syke mennesket. Evnen til å bry seg om vedkommende å føle omsorg er nøkkelen til en gjensidig forståelse og kontakt. Pasienten vil derfor under dette tidspunktet kjenne en sterk tillit til sykepleieren (s. 211-217).

Travelbee (1999) påpeker at sykepleieren ikke kan vite hvordan sykdommen eller lidelsen påvirker pasienten på forhånd. Derfor er det viktig at pasienten og sykepleieren får et godt menneske-til-menneske-forhold, slik at pasienten kan uttrykke tanker og følelser til sykepleieren. På denne måten kan sykepleieren forstå pasienten ved at en ser pasienten som en unik person (s. 98).

Travelbee (1999) beskriver kommunikasjon som atferd og mening, fordi det alltid involverer fysisk og mental aktivitet både hos avsender og mottakeren av budskapet. Når en har blitt kjent med mennesket som person, vil dette gjøre oss i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Prosessen består om hvordan utseende, atferd, holdning, ansiktsuttrykk, manerer og gester kommuniserer enten om det er bevisst eller ikke (s. 135). Travelbee (1999) hevder at kommunikasjon er nøkkelen i menneske-til-menneske-forhold (s. 135-136).

Travelbee (1999) skriver videre at kommunikasjon er atferd ved at den alltid involverer fysisk og mental aktivitet både hos avsenderen og mottakeren av budskapet (s. 137).

Travelbee (1999) betrakter kommunikasjon som en prosess for å overføre eller meddele tanker og følelser. Denne prosessen kan ta tid, fordi hun mener at en må ha tillit til individet, før man deler noe meningsfylt. Hvis det ikke er tillit, kan en bli avvist, ignorert, nedvurdert eller latterliggjort (s. 137).

Travelbee (1999) beskriver verbal kommunikasjon som en kommunikasjon ved hjelp av ord, skriftlig eller muntlig. Nonverbal kommunikasjon er overføring av budskap uten bruk av ord, for eksempel ved kroppsstruttryk eller kroppsbevegelser. Denne type budskap omfatter lyder, gråt, berøring, lukt, stønning eller skriking (s. 138).

4.2 Angst og Moderat angst

Hummelvoll (2016) mener at angsten er vanskelig å sette ord på, da angsten er et stort begrep. Angst betyr “trang”, som har sitt opphav fra verbet angere som betyr å påføre smerte ved å presse sammen eller å kvele. Angst er en subjektiv og følelsesmessig opplevelse, som oppleves som en ubehagelig bekymring og uro. Felles for angsten er en opplevelse av trussel, om den så er “innbilt” eller reell (s. 153). Hummelvoll (2016) skriver videre at engstelse, indre uro, svimmelhet, skjelving, bekymring og redsel er noen betegnelser en kan bruke om følelsen av angst. Angst er en energi og kan derfor ikke ses direkte. Det en kan se er virkning av angsten, altså de fysiologiske reaksjonene og ansiktsuttrykkene. Angsten kan bli utløst av en reell eller innbilt påvirkning. Denne påvirkningen blir ofte oppfattet som en trussel mot en selv. Angsten kan også utløse en umiddelbar fysiologisk reaksjon. Dette er en reaksjon på at noe fryktelig blir å hende. En kan oppleve å miste kontroll, eller at en ikke vil være i stand til å mestre hendelsen (s. 153- 154).

Aarøe & Øiesvold (2014) skriver at jo sterkere angsten er, jo sterkere vil symptomene på angsten være. Kraftig svimmelhet, tåkesyn, nummenhet i bein og armer, kvelningsfølelser, pustevansker, brystmerter og uvirkelighetsfølelse er noen av de fysiske symptomene. Slike reaksjoner heter flykt- eller kjempreaksjoner. Når hjernen vår føler at noe er farlig eller truende vil den sende beskjed til det autonome nervesystemet. Det heter autonome fordi kroppen har lite eller ingen viljestyrt kontroll over dette. Det sympatiske nervesystemet styrer flykt- eller kjempreaksjonene, og skal hjelpe oss å flykte eller kjempe situasjonen (s. 16). For eksempel hvis en løve kommer løpende etter deg, vil du automatisk reagere ved at du forsøker å komme deg fort unna. Angstreaksjoner har som hensikt å beskytte oss mot potensielle farer. Problemet i denne sammenhengen blir da at angstsymptomene ikke har noen spesiell hensikt, og forekommer uten at det har oppstått noen reell fare (Aarøe & Øiesvold, 2014. s. 16-17).

Hummelvoll (2016) skriver at angst opptrer i forskjellige grader hvor symptomene vil variere. Dette deles gjerne inn fra mild, moderat, alvorlig til panikkangst. Vi har valgt å begrense oppgaven vår, og har fokus på moderat angst. Ved moderat angst stiger angstnivået. Personen sitt sansefelt minskes, og en blir mer uoppmerksom. En blir mindre bevisst på hva som hender i omgivelsene, men oppmerksomheten kan konsentreres på nytt, om man får

hjelp til dette. Personen hører, ser og forstår mindre på dette tidspunktet. Det blir vanskeligere å lære, men om en forsøker å anstrenge seg på andre ting, kan personen få en følelse av kontroll. Når en opplever denne type angst, er det vanlig at en ikke klarer å uttrykke følelsen av engstelse (s. 155).

4.2.1 Hvordan møte angstpasienter?

Kvaal (2015) mener at mennesker som lider av angst er sårbare, og krever ofte ikke mye fra omgivelsene. Derfor lider de ofte i stillhet. For å møte vedkommende med en angstlidelse, er det viktig at sykepleier forstår pasienten, følelser og opplevelser. Samtidig er det en forutsetning at en møter angstpasienter med en responderer og bekreftende væremåte ved bruk av kommunikasjon. Det er vesentlig at kommunikasjonen bygges på varme og respekt (s. 447). Videre påpeker Kvaal (2015) at det er viktig å holde avtaler, da en forsinkelse kan bli tolket som en avvisning (s. 447).

Kvaal (2015) skriver at kommunikasjon er en av de viktigste redskapene en sykepleier har i møte med denne pasientgruppen (s. 447). Kvaal (2015) beskriver flere former for en støttende samtale, en av disse er den lindrende samtalen. Her er målet til sykepleier og redusere eller fjerne den psykiske lidelsen (s. 448).

4.3 Lidelse

Lidelsen er en erfaring som oppleves og gjennomleves av individet. Hver enkelt opplever den på sin egen unike måte. Den enkeltes forståelse av lidelse avhenger i høy grad av hvilken betydning vedkommende legger i denne erfaringen. Lidelsens mening, slik den forstås av den lidende, bestemmer også langt på vei vedkommendes evne til å holde ut eller gjennomleve denne erfaringen (Travelbee, 1999. s. 98).

Budskapet til Travelbee (1999) tolker vi som at vedkommende opplever lidelsen på sin måte, og derfor vil det også være avgjørende hvordan vedkommende holder ut lidelsen. Dette er grunnlaget for å klare å forstå og hjelpe mennesker som lider.

Torbjørnsen (2015) sier at ifølge sykepleiefilosofen Katie Eriksson er lidelse å forstå som en død. Noe blir tatt fra oss, og i lidelsen finner vi sorgen over det vi har mistet eller holder på å miste (s. 545). Ved en lidelse mener Travelbee (1999) at den vanligste reaksjonen hos mennesker er "hvorfør meg?". Slike spørsmål kommer da en ikke klarer å akseptere lidelsen (s. 103-104). Dette kan igjen føre til flere reaksjoner, men sinne er den vanligste reaksjonen for en lidende, men også angst og frykt kan forekomme. Personen som lider vil alltid prøve å finne en årsak eller finne noen som kan stå ansvarlig for situasjonen (s. 104). Å akseptere lidelsen er ikke en vanlig reaksjon, og derfor er det vesentlig at sykepleier har forståelse for denne reaksjonen. Vedkommende som opplever lidelsen, vil kunne mestre lidelsen om en aksepterer situasjonen (s. 109-110). For å hjelpe et menneske som lider er det vesentlig å finne mening i lidelsen, da Travelbee (1999) skriver at dette kan få vedkommende til å oppleve livet som verdifullt (s. 102). Torbjørnsen (2015) skriver at et menneske som lider trenger bekreftelse, og vedkommende trenger tid og rom til å lide og lære seg å leve med situasjonen. For å kunne lære seg å leve med situasjonen, må en akseptere og kunne leve med mangler og tilkortkommenhet både hos seg selv og andre (s. 545).

4.3.1 Lindring av angst

Kristoffersen, Nortvedt & Skaug (2015) skriver at sykepleiere har ulike områder eller funksjoner i sin yrkesutøvelse. En av disse funksjonene er lindring. Lindre betyr og begrense eller redusere omfanget av ulike typer belastninger. En belastning kan være fysisk, psykisk, sosial eller av åndelig karakter (s. 17-18). Hummelvoll (2016) mener at for å kunne vurdere den hjelpen pasienten trenger for å mestre angsten, er det grunnleggende å kunne gjenkjenne

og navngi den. Dette er en essensiell læringsopplevelse som sykepleieren kan bidra til. Hovedområdet for angstlindring handler om trygghet og sikkerhet, og forsikre pasienten at de er trygg. Pasienten må også se hva slags og hvor mye stress de kan klare i det gitte tidspunktet. Slik at de ikke tvinges inn i situasjoner som de tror de ikke makter. Særlig må pasienten forsvarsmekanismer holdes intakte og ikke “angripes”. Den lindrende atferden pasienten utøver er en måte å håndtere en ubevisst konflikt på, som det ikke var noen andre alternativer tilgjengelig (s. 164). Hummelvoll (2016) skriver at hovedmålene ved moderat angst er at pasienten får en større forståelse for hvorfor angsten forekommer og virkningen av den. I tillegg må pasienten lære nye måter og kontrollere angsten på. Dette vil si at pasienten må få økt bevisstheten om egne ressurser og krefter (s. 166-167).

4.3.2 Angstreduksjon

Hummelvoll (2016) skriver at for å klare og redusere angstopplevelsen til pasienten, er det en forutsetning at sykepleieren forholder seg rolig. Hvis pasienten oppfatter at sykepleieren er stresset, vil dette kunne øke angstopplevelsen til pasienten. Sykepleieren må være åpen, mottagende og trygg i situasjonen. For å kunne hjelpe pasienten, må en ha kunnskap om avspenningsteknikker som kan brukes til å veilede pasienten. Sykepleieren må bruke korte og enkle setninger, og svare konkret på spørsmål. Dette vil kunne redusere pasientens angstopplevelse. Man kan også forsøke å avlede pasientens oppmerksomhet bort fra angsten eller symptomer relatert til angstopplevelsen, ved at en engasjerer pasienten i ulike aktiviteter. Sykepleieren kan forsøke å finne ut av hvilke aktiviteter pasienten har likt tidligere. Dette kan være med på å fjerne energien fra angstopplevelsen (Hummelvoll, 2016. s. 165).

4.4 Sykepleier-pasient-forhold

Hummelvoll (2016) skriver at sykepleier-pasient-forholdet handler om det terapeutiske forholdet som dannes på grunn av pasientens behov for hjelp, og sykepleierens svar på dette (s. 38). Ifølge Hummelvoll (2016) hviler sykepleie-pasient-forholdet på noen sentrale hjørnesteiner. Disse hjørnesteinene bygger på et eksistensialistisk synspunkt. Hummelvoll (2016) har utarbeidet ni ulike hjørnesteiner, men vi har valgt å avgrense, da disse er mer relevante for å svare på vår problemstilling. Disse tre hjørnesteinene er symbol for Likeverdighet, Møte/nærværenhet og Selvaktelse/Signifikans.

- Likeverdighet er ifølge Hummelvoll (2016) selve ledetråden i sykepleier-pasient-forholdet. Dette vil si at et helhetlig jeg møter en helhetlig du, i en eksistensiell forstand. Ved likeverdighet er det arbeidet fram en ekte og gjensidig respekt for hverandres integritet. At man kommer til syne som person, ved å tegne et bilde av seg selv - med eller uten ord. Selv om en har lidelse må en ikke framkjenne menneskelivets verdi (s. 39).
- Møte/nærværenhet. Ifølge Hummelvoll (2016) er det en forutsetning at en lytter, for å kunne nå inn til pasientens selvoppfatning og hans problem. Pasienten kan på forskjellige måter utrykke seg, med eller uten ord. Å lytte er en aktiv tilstand preget av sentrert nærvær. Ved aktiv lytting viser man at man er tilstede, og kan gi en opplevelse av jeg-du-forhold som kan danne grunnlag for et reelt møte mellom sykepleier og pasient (s. 40).
- Selvaktelse/Signifikans. Ifølge Hummelvoll (2016) kan selvaktelsen bli negativt påvirket om en søker hjelp av andre, til å løse sine egne problemer. Derfor er det essensielt for pasientens selvaktelse at en blir møtt med en aksepterende holdning. Det gjelder også å anerkjenne tidligere problemløsningsforsøk, selv om de ikke ga noen gode resultat. Når selvaktelsen reduseres på grunn av at livssituasjonen ikke mestres og/eller gir mening, vil dette få en passiviserende effekt - i det at motet til å handle og til å bekrefte seg selv svikter. Begrepet Signifikans kan tolkes som at man betyr noe for noen, og spiller en rolle om man er til. Dette gir livet en mening (s. 40).

4.5 Kommunikasjon

Eide & Eide (2017) definerer begrepet kommunikasjon som utveksling av verbale og nonverbale tegn og signaler mellom to eller flere personer. Begrepet kommunikasjon kommer opprinnelig fra det latinske ordet *communicare*. Det betyr å ha forbindelse med, delaktiggjøre en annen, eller gjøre noe felles (s. 17).

4.5.1 Profesjonell kommunikasjon

Eide & Eide (2017) skriver at profesjonell kommunikasjon innebærer at en kommuniserer som yrkesutøvere, og skal opptre som profesjonelle. I dagliglivet vil ikke kommunikasjonsmåten foregå på samme måte. Helsepersonell må derfor være profesjonelle i sin yrkesutøvelse, da formålet er å ha en hjelpende og motiverende funksjon for andre i den faglige kompetanse og rollen vi utøver (s. 32). God profesjonell kommunikasjon åpner gjerne med et åpent spørsmål. For eksempel kan en sykepleier starte slik: “Hvordan har du det i dag?” Pasienten svarer, og sykepleier lytter aktivt, viser forståelse både verbalt “Jeg forstår” og nonverbalt “nikker”, og stiller videre konkrete og utforskende spørsmål (s. 21).

4.5.2 Personorientert kommunikasjon

Eide & Eide (2017) skriver at personorientert kommunikasjon innebærer at en forholder seg åpent og anerkjennende til den personen en kommuniserer med. Personorientert kommunikasjon brukes og kombineres på ulike måter for å fungere støttende, hjelpende og problemløsende. Hvert menneske er forskjellig og har derfor også forskjellige behov. Det finnes ingen konkret måte på hva som er mest hjelpende og problemløsende. Det er imidlertid en rekke måter og ferdigheter som kan ha betydning for hvordan kommunikasjonen fungerer og om den oppleves som støttende, hjelpende og problemløsende for pasienten (s. 33). Det er utarbeidet ti ulike punkter som kan fungere:

1. *“Å lytte aktivt*
2. *Å observere og fortolke verbale og nonverbale signaler*
3. *Å forstå hva de andre opplever som viktig*
4. *Å anerkjenne den andres helseprosjekt*
5. *Å stimulere den andres selvbestemmelse og ressurser*
6. *Å formidle informasjon på en klar og forståelig måte*
7. *Å strukturere en samtale eller samhandlingssituasjon*

8. *Å skape alternative perspektiver og åpne for nye handlingsvalg*
9. *Å forholde seg åpent til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål*
10. *Å medvirke til gode beslutninger og løsninger - samvalg “*

(Eide & Eide, 2017. s. 33).

4.5.3 Verbal og nonverbal kommunikasjon

Eide & Eide (2017) skriver at verbal kommunikasjon betyr gjerne at personen klarer å formidle innholdet gjennom ord. Pasienten kan uttrykke seg verbalt, og klarer å formidle det personen ønsker og formidle (s. 21). Videre skriver Eide & Eide (2017) at nonverbal kommunikasjon ofte er mer sammensatt. Nonverbale uttrykksformer avslører ofte personen sin spontane reaksjoner. Dette kan også være reaksjoner som kanskje ikke er bevisste for en selv. Et spontant smil, en vennlig stemme, et bekymret ansiktsuttrykk, et utålmodig kremt. Store deler av kommunikasjonsmåten vår er nonverbal. Mye av den nonverbale kommunikasjonen må tolkes, og dette er noe helsepersonell må gjøre aktivt hele tiden. Det kan være at det vi ser og hører, kanskje ikke er det vi oppfatter det som (s. 135). Eide & Eide (2017) skriver at når en kommuniserer med en person vil den nonverbale kommunikasjonen avsløre hvordan relasjonen til begge parter. Helsepersonell kan være bekræftende eller avvisende, henvendt eller uengasjert. Nonverbal kommunikasjon er et responderende språk. Som helsepersonell er det viktig å oppfatte den nonverbale kommunikasjonen, fordi vi gjennom nonverbale signaler uttrykker om vi er interessert til å hjelpe, forstå og lytte. Dette vil være avgjørende for hvor godt pasienten vil føle seg trygg og ivaretatt (s. 135-136).

Eide & Eide (2017) hevder at gode nonverbale kommunikasjonsferdigheter er viktig, og ikke minst med pasienter som har redusert eller ikke har fullt utviklede kognitive evner. Uansett hvilken pasientgruppe en møter er nonverbal kommunikasjon viktige. Nonverbal kommunikasjon og verbal kommunikasjon er med på å bygge opp tillit, trygghet og motivasjon. Derfor er det viktig for helsepersonell å trene opp disse ferdighetene (s. 137).

4.6 Etiske prinsipper

Det finnes fire etiske prinsipper ifølge Brinchmann (2014), men vi har valgt å ha fokus på tre av disse da de er mest relevant for vår oppgave. Vi velger å skrive kort om det siste prinsippet (s. 85).

4.6.1 Velgjørhetsprinsippet og ikke skade-prinsippet

I de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere kommer prinsippet om velgjørhet fram. “§ 2.1 Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom” (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2011).

Brinchmann (2014) skriver at velgjørhet betyr at man ikke skal påføre noen personer skade. Tanken rundt dette, er å gjøre det beste for pasienten. Det er to grunnleggende prinsipper som begrunner dette: Prinsippet om positiv velgjørhet, dette betyr at en alltid skal gjøre det beste for pasienten ved å få fram det gode. Prinsipp to handler om nytte (s. 87-88).

Brinchmann (2014) skriver om plikten til å ikke skade andre. Prinsippet strekker helt tilbake til den Hippokratiske legeed, som ble utformet 400 år f.kr. Da han skal ha lovet: “*Jeg vil etter evne og beste skjønn gi forskrifter om livsførsel til gagn for de syke, og jeg vil verge dem mot slikt som fører til skade og urett*” (s. 87).

Brinchmann (2014) forklarer disse to prinsippene som to sider av samme sak, da noe som gjør godt motsetter seg mot noe som skader. Det er kanskje lett for noen å si at en ikke vil skade en annen, men det som gjør godt for den ene, trenger ikke være godt for den andre (s. 87-88).

4.6.2 Autonomiprinsippet og rettferdighet

Brinchmann (2014) skriver at autonomi er av gresk opprinnelse, og kan deles opp i to (Auto = selv, nomos = lov). Beste direkte oversettelsen er selvstyre eller selvbestemmelse (s. 89).

En person har selvbestemmelsesrett når han eller hun kan:

- *Kommunisere*
- *Uttrykke et valg*
- *Forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp*
- *Annerkjenne denne informasjon i sin egen situasjon, med hensyn til sin lidelse og mulige konsekvenser av behandlingsalternativer*
- *Resonnere og avveie med bakgrunn i relevant informasjon*

(Kristoffersen & Nortvedt, 2015. s. 102).

Kristoffersen & Nortvedt (2015) skriver at autonomiprinsippet betyr at pasienten har rett til å bli informert, å velge i beslutninger som vedrører en. For at dette skal gjelde, er det en forutsetning at pasienten forstår sin situasjon og vet hva som er godt og dårlig, nyttig og skadelig for ham selv. Det skal mye til å frata en person selvbestemmelsesretten. Denne beslutningen må i så fall bli tatt av fagpersoner som er kvalifisert, om situasjonen krever det (s. 101-102).

Brinchmann (2014) skriver om retten til likebehandling. Like tilfeller skal behandles likt. Om noen har hjerteinfarkt, vil pasienten trenge nødvendig behandling og informasjon, på samme måte vil en pasient med moderat angst også trenge behandling og informasjon. Poenget med prinsippet er at alle har retten til en rettferdig behandling (s. 92).

4.7 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

De yrkesetiske retningslinjer (2011) for sykepleiere bygger på prinsippene i ICNs etiske regler og menneskerettighetene som FN har utarbeidet. De yrkesetiske retningslinjer beskriver grunnlaget for fundamentet for utøvelsen av etisk sykepleie (NSF, 2011).

Grunnlaget for all sykepleie i de yrkesetiske retningslinjer (2011) beskrives slik:

“Sykepleiefagets begrunnelse er mennesket selv og respekten for det enkelte menneskets liv

og iboende verdighet skal prege praksis. Sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene” (NSF, 2011). Eide & Eide (2017) skriver at dette vil si at sykepleiere skal utøve en sykepleiepraksis som fremmer likeverd, rettferdighet og respekt for pasienten. Dette er verdier som ligger til grunne i god kommunikasjon med pasienter, brukere og pårørende (s. 33).

5.0 Drøfting

Vi vil i denne delen av bacheloroppgaven drøfte vår problemstilling ut fra fremlagt teori. Vi vil anvende casen vi har presentert tidligere, for å svare på vår problemstilling. Vi ønsker å vise til alternativer for hvordan kommunikasjon kan være med på å lindre moderat angst til pasient. I lys av Travelbee sitt menneske-til-menneske-forhold og sykepleie-pasient-forhold vil vi argumentere for hvordan disse kan brukes for å bedre kommunikasjonen mellom Lise og sykepleier. Ved at sykepleiere er mer bevisste på hvordan en utøver kommunikasjonen, tenker vi at dette kan være med på å lindre angsten hos pasienten, samt skape et bedre forhold mellom sykepleier og pasient.

Hvordan kan sykepleier, ved hjelp av kommunikasjon, lindre moderat angst hos pasient?

En studie av Roberge, Et. al (2016) viste at pasienter følte at de manglet en rekke behov, blant annet helhetlig omsorg og kommunikasjon (s. 1-14). Sammendraget av forskningen vi laget viste også at kommunikasjonsferdigheter blant sykepleiere kan bli bedre. Vi har erfart at personorientert kommunikasjon er en essensiell kommunikasjonsferdighet, da denne type kommunikasjon handler om hvordan en møter pasienten. Eide & Eide (2017) skriver at dette vil si at sykepleier må forholde seg åpent og anerkjennende til lidelsen. Målet med denne type kommunikasjon er å fungere støttende, hjelpende og problemløsende (s. 33). Eide & Eide (2017) mener at det ikke finnes en fasit på hva som er mest hjelpende og løsende i en situasjon. Det finnes måter og ferdigheter som kan ha betydning om kommunikasjon fungerer hjelpende, støttende og problemløsende (s. 33). Det er utarbeidet ti ulike punkter, som kan fungere. Vi ønsker å presentere disse videre i drøftingen, da de henger tett sammen med lindring av angst, lovverk og kommunikasjonsferdigheter.

5.1 Å etablere et menneske-til-menneske-forhold til Lise

Vi presenterte en case om angst pasienten Lise tidligere i oppgaven som et utgangspunkt fra en tidligere praksisperiode. I møte med Lise kunne sykepleieren forsøkt å skape et menneske-til-menneske-forhold. Travelbee (1999) skriver at kommunikasjon er vesentlig for å klare og skape et slikt forhold (s. 135-135). Videre mener Travelbee (1999) at dette skal hjelpe pasienten til å forebygge, mestre eller finne mening ved lidelsen (s. 171). For å klare dette mener Travelbee (1999) at sykepleier må etablere en tilknytning til Lise, slik at hun blir forstått, og at hun ikke føler seg ensom (s. 35). Dette stemmer også med de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere hvor det står om grunnlaget for all sykepleie: *“Sykepleierens fundamentale plikt er å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død”* (NSF, 2011). Denne retningslinjen er et utgangspunkt i all yrkesutøvelse som sykepleier. Vi har erfart at det kan være vanskelig å gjennomføre teorien i praksis, for hva vil det egentlig si å fremme helse eller lindre lidelse? Vi har erfart at det vil være individuelt hva en mener er å fremme helse eller lindre lidelse, dette begrunner vi med at mennesker er egne individer med egne tanker og følelser. Derfor tenker vi at sykepleier kan hjelpe Lise å lindre den moderate angsten ved å skape et menneske-til-menneske-forhold. For at sykepleieren skal kunne lindre moderat angst hos Lise har vi erfart at sykepleieren må ha kunnskap, og vise forståelse for hvordan Lise opplever verden.

Travelbee (1999) skriver at å bygge opp et menneske-til-menneske-forhold er som regel tidkrevende, fordi dette må bygges opp dag for dag, og kan ikke skapes av seg selv. Denne prosessen kan bygges opp i ulikt tempo og kan gå over flere faser, men også reversere eller stoppe opp om etableringen ikke fungerer (s. 172). Kristoffersen (2015) skriver at utfordringen ved det innledende møtet er at sykepleieren ikke må ha fordommer på forhånd, men skape sitt eget bilde av pasienten under dette møtet (s. 220). Dette stemmer også med studiet *Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients* av Norouzinia, Aghabarari, Shiri, Karimi & Samami (2016) som skriver at sykepleier ikke må ha fordommer mot pasienten, da dette kan være med på å ødelegge etableringen mellom pasient og sykepleier (s. 65-74). Her har vi erfart fra ulike praksisperioder at helsepersonell sine fordommer kan ha innvirkning på hvordan en møter pasienter. Et eksempel kan være det noen kanskje ser på som den “typsike” angst pasienten. Det vi mener her er at før en møter pasienten, har helsepersonellet kanskje allerede dannet et negativt bilde av hvordan pasienten vil være på bakgrunn av tidligere opplevelser med lidelsen. Dette kan igjen føre til at en kan ha

fordommer for denne pasientgruppen, og hindrer helsepersonell til å se pasienten som et eget unikt individ. Hvis sykepleier har slike fordommer har vi erfart at omsorgen til pasienten kan bli karakterløs. Dette stemmer også med Kristoffersen (2015) som skriver at et menneske-til-menneske-forhold er avgjørende for at omsorgen ikke skal bli upersonlig og overflatisk (s. 220).

Ved framvekst av identiteter har en kommet et stykke i prosessen, her mener Travelbee (1999) at det er avgjørende at sykepleier samarbeider med den syke, og ser Lise som en unik person, og ikke kun som en jobb som må gjøres (s. 188-189). Da vil Lise bli sett mindre på som en pasient, men mer som et eget individ. Videre mener Travelbee (1999) at det er viktig å ha empati for pasienten, dette vil si å ha forståelse for opplevelsen til Lise, men dette kan være vanskelig da sykepleieren kanskje ikke har samme forståelse og opplevelse (s. 195). Travelbee (1999) understreker at det faktisk ikke er mulig å ha empati for en som lider, om en ikke har hatt lidelsen selv (s. 195). Våre erfaringer fra tidligere praksisperioder tilsier at sykepleier til en viss grad kan ha empati for en som lider, selv om en ikke har hatt lidelsen selv. Dette tenker vi handler om forståelsen for empati, og hvordan en viser det. Dette viser også forskningsartikkel "*Critical care nurses' beliefs about and reported management of anxiety*" Frazier, Moser, Daley & McKinley (2003) som skriver at sykepleier må ha en empatisk forståelse for pasienten, for å klare å lindre angsten (s. 19-27).

Travelbee (1999) skriver at ved sympati og medfølelse er den enkelte i stand til å forstå den andres plager og har et ønske om å lindre i situasjonen (s. 200). Travelbee (1999) mener at det ikke er gitt at den medfølende personen vet hvordan en bør hjelpe, eller er i stand til det. Videre skriver hun at sympati og medfølelse er viktige egenskaper, for at omsorgen ikke skal bli overflatisk og uten varme (s. 201- 202). Vi tenker at sykepleieren kunne forsøkt å møte Lise med godhet og varme. På denne måten tror vi sykepleieren kunne ha lindret plagene til Lise.

Travelbee (1999) skriver at hvis en klarer å etablere et menneske-til-menneske-forhold vil en ha kunnskaper og ferdigheter til å hjelpe det syke mennesket (s. 217). Å skape et menneske-til-menneske-forhold handler om å ha evnen til å bry seg om individet og føle omsorg. Hvis sykepleier klarer å føle omsorg og vise en gjensidig forståelse, er dette nøkkelen til å etablere et menneske-til-menneske-forhold (s. 212). Vi forstår det som at sykepleier må etablere en god kontakt gjennom de fire foregående fasene, for å klare å etablere gjensidig forståelse og

kontakt. Om sykepleier klarer dette, vil det kunne ha en lindrende effekt på Lise sin lidelse. Dette mener også Travelbee (1999) er nøkkelen for og ikke gjøre lidelsen verre for pasienten (s. 212). Ut ifra casen tolket vi det som at sykepleieren ikke har klart å skape et menneske-til-menneske-forhold, fordi vi opplevde at sykepleier kanskje ikke hadde forståelse for lidelsen til Lise.

5.2 Hvordan kan sykepleier lindre den moderate angsten til Lise?

Travelbee (1999) skriver at vedkommende opplever lidelsen på sin egen unike måte, og derfor vil det være avgjørende for hvordan vedkommende holder ut lidelsen (s. 98). Ut i fra budskapet til Travelbee (1999) tolker vi det som at en må klare å forstå hvordan Lise opplever lidelsen, før en kan klare å hjelpe. Travelbee (1999) mener videre at en må forsøke å få individet til å akseptere lidelsen, men dette er ikke en vanlig reaksjon, da en ofte vil prøve å finne en årsak til hvorfor en er rammet av lidelsen. Derfor er det vesentlig for sykepleier å kunne forstå denne reaksjonen. Hvis Lise klarer å akseptere lidelsen, vil hun kunne oppleve mestring (s. 104, 109-110). Vi har erfart fra tidligere praksisperioder at en ofte må finne mening ved lidelsen, for å klare og mestre den. For eksempel ved at Lise får håp, mening og støtte i daglige gjøremål av sykepleier. Dette tenker vi kan være med på å øke mestringsfølelsen av lidelsen. Dette skriver også Kristoffersen, Breievne & Nortvedt (2015) kan være med på å lindre pasientens plager ved å gi Lise mening og håp. Videre skriver de at ved å gi pasienten mening og håp kan dette være med på å mestre lidelse, samt vanskelige situasjoner (s. 265). Dette støttes også av Travelbee (1999) som påpeker at dette kan være med på å gi Lise en verdifullt liv (s. 102).

I de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011) står det *“Sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse, og bidrar til en naturlig og verdig død”*. Dette støttes også opp av rammeplanen for sykepleierutdanning, utarbeidet av regjeringen (Kunnskapsdepartementet, 2008, kapittel 3.3). Kristoffersen, Nortvedt & Skaug (2015) skriver at sykepleiere må utøve en sykepleiepraksis som skal redusere omfanget eller begrense av ulike typer belastninger (s. 17-18). For å kunne lindre den moderate angsten til Lise tenker vi det er en forutsetning at hun føler seg trygg og ivaretatt, samtidig som sykepleier opptrer rolig og gir tilstrekkelig

informasjon i situasjonen. Egne erfaringer fra ulike praksisperioder har vist at sykepleiere må trå ekstra varsomt i møte med denne pasientgruppen, da stress kan medføre at Lise oppfatter at faren er reell. Vi erfarte at Lise ble mindre stresset, når sykepleier ga veiledning og informasjon, ved å bruke korte og konkrete setninger. Samtidig som sykepleier opptrådte rolig og virket sikker i møte med Lise. Dette skriver også Hummelvoll (2016) kan være med på å redusere angst opplevelsen for pasienten (s. 165).

Hummelvoll (2016) mener at pasienten ikke må presses inn i situasjoner som vedkommende ikke makter på det gitte tidspunktet. I møte med Lise må hun få muligheten til å bestemme hvor mye stress hun makter i ulike situasjoner (s. 164). I pasient-og brukerrettighetsloven § 3-1 (1999) står det om pasientens eller brukerens rett til medvirkning i egen behandling. *“Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester”*. Dette vil si at vi som sykepleiere er lovpålagt til å gi Lise medvirkning i behandlingsmetoder som vedrører henne. Vi tenker det er viktig at Lise får være med å bestemme hvilken behandling hun ønsker for å lindre sin moderate angst. Dette er fordi sykepleier ikke kan vite hvordan Lise opplever behandlingen, fordi en ikke har tilgang til menneskets erfaringer. Ut i fra teorien viser det at Lise må få være med på å bestemme hva hun makter i ulike situasjoner, dette har vi erfart kan være med på å øke medbestemmelsesretten til Lise. Kristoffersen & Nortvedt (2015) skriver dette vil handle om autonomiprinsippet, som vil si retten til å delta i beslutninger som vedrører en (s. 101-102). Hvis Lise blir møtt med forståelse, og får delta i beslutninger som vedrører henne tenker vi at hun kan oppleve mestringsfølelse. Dette har vi erfart kan bidra til at hun får økt selvaktelse som videre kan føre til en lindrende effekt av den moderate angsten. Vi tenker det er essensielt for lindring av angstlidelsen til Lise, at sykepleier viser forståelse for lidelsen. Dette viser også sammendraget av forskningen vi har laget.

Hummelvoll (2016) hevder at noen pasienter ønsker å bli utfordret, ved å gradvis utsette seg for angstlidelsen (s. 168). I slike situasjoner forstår vi det slik at sykepleier må følge pasientens ønske, men jobbe ut i fra ikke-skade prinsippet. Dette vil si at sykepleier må utøve en sykepleiepraksis som gagnar pasienten (Brinchmann, 2014. s. 87). I praksis erfarte vi at Lise ønsket å bli utfordret, men at hun måtte ta et skritt av gangen. Derfor tolket vi det som at sykepleier gikk for raskt fram, da hun fulgte Lise ut i fellesmiljøet den dagen. Vi er usikre på hvor gunstig dette var med tanke på den videre lindringen av den moderate angsten. På en annen side kunne dette ha ført til at Lise hadde opplevd mestringsfølelse, ved at hun klarte å

gå ut i fellesmiljøet denne dagen. Ut i fra teorien om ikke-skade prinsippet forstår vi det slik at sykepleier alltid må handle ut ifra at en ikke skal skade, eller utsette pasienten for situasjoner som gir skade eller påfører mer smerter for pasienten. Det vi tenker med dette er at sykepleier ikke skal påføre mer lidelse, enn det pasienten har fra før. Her tolker vi det slik at sykepleier må tenke det som gjør godt for den ene, ikke alltid trenger å være godt for den andre.

5.3 Kommunikasjon - Den lindrende samtalen

Kvaal (2015) mener at en av de viktigste redskapene i lindring av en angstlidelse er at sykepleier møter denne pasientgruppen ved hjelp av kommunikasjon. Det er da forutsetning at sykepleier er responderende og bekreftende i samtalen (s. 448). Dette skriver også Travelbee (1999), da hun mener at sykepleier må respektere, oppfatte og være responderende i samtalen. Det er da en forutsetning at sykepleier ser Lise som en unik person, og klarer å se mennesket bak lidelsen (s. 140). Dette viser også forskningsartikkel tre av Halldorsdottir (2008) som skriver at sykepleier må være åpen i kommunikasjonen (s. 643-649). Travelbee (1999) beskriver kommunikasjon som en prosess som kan ta tid, fordi Lise må skape tillit til sykepleier, før en deler noe meningsfylt (s. 137). Erfaring fra praksis tilsier også at en må være responderende og bekreftende i samtale med denne pasientgruppen. En annen sykepleier møtte Lise med respekt og åpenhet i praksis, og vi vil fortelle hva som hendte. Vi erfarte at Lise fikk mer tillit til sykepleier, da det ble utført en støttende samtale. Lise åpnet seg opp, og satt ord på sine følelser og opplevelser. Sykepleier responderte med varme og forståelse. Dette tolker vi som at sykepleier hadde klart å skape tillit hos Lise. Noe vi også tenker var med på å redusere angstlidelsen hennes. På en annen side tenker vi at hvis en ikke er bekreftende og responderende i møte med Lise, vil hun kanskje ikke klare og sette ord på sine følelser til lidelsen. Dette kan kanskje igjen føre til at Lise lider i stillhet, da hun ikke får hjelp. Dette skriver også Kvaal (2015), da hun skriver at de fleste angstpasienter ofte lider i stillhet (s. 447).

Norouzinia, Aghabarari, Shiri, Karimi & Samami (2016) viser at de fleste tidligere studier har rapportert om svake sykepleier-pasient-forhold. En av grunnene til dette var at pasienter følte sykepleiere manglet forståelse for pasienten sine behov, men også mangel på kommunikasjonsferdigheter (s. 65-74). Hummelvoll (2016) skriver at et sykepleier-pasient-

forhold dannes på grunnlaget av pasientens behov for hjelp. Dette vil si at sykepleier må tilpasse omsorgen, eller møte Lise etter hvordan lidelsen påvirker henne. Dette er en prosess som bygger på et samspill mellom sykepleier og pasient, hvor sykepleier må vurdere behandlingsmåter underveis i møte med lidelsen (s. 38). Vi tolker det som vesentlig at sykepleier møter Lise gjennom et sykepleier-pasient-forhold, da dette danner grunnlaget for Lise sitt behov for hjelp.

Ifølge Hummelvoll (2016) er nøkkelen til å lindre angst trygghet og sikkerhet, og oppgaven til sykepleier er ikke å benekte angsten til pasienten, men heller støtte opp pasienten å erkjenne den og forholde seg til den (s. 163-165). Studiet "Critical care nurses' beliefs about and reported management of anxiety" av Frazier, Moser, Daley & McKinley (2003) viste at sykepleier må gi trygghet til pasienten, for å kunne lindre angsten (s. 19-27). Hvis vi skulle satt oss i Lise sin situasjon, ville vi kanskje hatt problemer med å føle trygghet eller sikkerhet til en sykepleier som ikke anerkjenner våre tanker og følelser. Hummelvoll (2016) skriver dette betyr at sykepleier møter pasienten i den situasjon eller opplevelsen hun har, og danner en ekte og gjensidig respekt for hverandres integritet. Her kan sykepleier anerkjenne Lise sine opplevelser og følelser, da vi tolker dette kan være med på å skape trygghet og tillit mellom pasient og sykepleier (s. 39-40). Dette skriver også Halldorsdottir (2008) fra forskningsartikkelen "*The dynamics of the nurse-patient-relationship*". Hun skriver at pasienter rapportere at sykepleier-pasient-forhold ga de en følelse av sikkerhet, oppmuntring og selvtillit, og at manglende sykepleier-pasient-forhold ga de en forstyrrende opplevelse av behandlingen. Samtidig skriver Halldorsdottir (2008) at sykepleier kan gjøre en stor forskjell i pasientens helse, ved at en klarer å etablere en velfungerende sykepleier-pasient-forhold (s. 643-649). For å lindre angsten til Lise, tenker vi det er en forutsetning at sykepleieren møter Lise med likeverdighet.

Det Hummelvoll (2016) har skrevet, kan tyde på at en god tilnærming til Lise kan være å lytte til hennes ønsker. Det Hummelvoll (2016) mener med dette er at en må være åpen for ulike måter som Lise prøver å gjøre seg forstått på, både verbalt og nonverbalt (s. 40). På en side vil dette si at en lytter til pasientens tanker og følelser. På den andre siden må en møte Lise med nærværenhet, som vil si at sykepleier møter Lise på en ekte måte. Dette skriver også Hummelvoll (2016) vil kunne skape et godt grunnlagt for møte mellom Lise og sykepleier (s. 40). Vi har erfart at å lytte er en viktig prosess mellom sykepleier og pasient, fordi en da kanskje kan forstå hvilke tanker og følelser Lise har.

Kristoffersen & Nortvedt (2015) skriver at sykepleier sine holdninger og væremåte er til stede enten vi vil eller ikke (s. 107-108). Ut i fra teorien, tolker vi det som at holdninger og væremåte er vesentlig for Lise sin selvaktelse og signifikans. Hummelvoll (2016) skriver at selvaktelse handler om hvordan vedkommende oppfatter sitt egenverd. Selvaktelsen vil påvirke tankeprosessen, emosjoner, lengsler, verdier og mål. God og økt selvaktelse er preget av en person som føler seg elsket og respektert av andre. Dårlig og redusert selvaktelse er preget av tap av kjærlighet eller mangel på respekt (s. 138). Hummelvoll (2016) skriver at signifikans betyr at vedkommende har en mening for noen, og dette kan føre til at en føler seg verdifull (s. 40). Derfor tolker vi det som at det er essensielt at sykepleier møter Lise med en aksepterende holdning, da god selvaktelse og signifikans kan gi mestring og selvtillit samt gi livet mening. Samtidig vil mestring og selvtillit ha stor innvirkning for å klare og lindre den moderate angsten til Lise. Studiet "*Communication Barriers Perceived by Nurses and Patient*" av Noroziana, Aghabarari, Shiri, Karimi & Samani (2016) skriver om hvor viktig det er å møte pasienten med gode holdninger, og ikke være dømmende for at sykepleier-pasient-forholdet skal fungere (s. 65-74).

Kristoffersen & Nortvedt (2015) skriver å opptre profesjonelt handler om å dyrke sin egen oppførsel i sin yrkesutøvelse, å være oppmerksom overfor den syke (s. 107). I møte med Lise opplevde vi at sykepleier ikke møtte Lise på en profesjonell måte, da hun kom med utsagn som virket nedverdiggende for pasienten. Eide & Eide (2017) mener at god profesjonell kommunikasjon innebærer gjerne at sykepleier åpner med et åpent spørsmål (s. 21). Her tenker vi at sykepleier kunne åpnet med et spørsmål, for eksempel. "Hvordan har du det i dag, Lise?" og lyttet aktivt, og vist forståelse både verbalt og nonverbalt. I praksis opplevde vi at sykepleieren ble utålmodig, og væremåten ble tilsvarende. I slike situasjoner har vi erfart at det er viktig at sykepleier tilpasser seg etter situasjonen, og opptre profesjonelt i sin yrkesutøvelse.

Travelbee (1999) skriver at kommunikasjon er sykepleieren sitt viktigste redskap i møte med pasienten (s. 135). Kristoffersen (2015) skriver at det er gjennom kommunikasjon sykepleier vil bli kjent med Lise som person, og dette er viktig for å få dekket Lise sine behov (s. 221). Travelbee (1999) skriver at kommunikasjon er en måte å meddele tanker og følelser, og dette preges av en gjensidig prosess mellom sykepleier og Lise (s. 136). Eide & Eide (2017) mener at mennesker uttrykker ønsker gjennom verbal kommunikasjon, og da formidles innholdet

gjennom ord (s. 21). Den nonverbale kommunikasjonen er som regel mer sammensatt, da denne avslører sykepleiers spontane reaksjoner (s. 135).

Fagartikkelen *“Using health psychology to help patients: Common mental health disorders and psychological distress”* av Barley & Lawson (2016) skriver at nonverbal kommunikasjonsferdigheter er like vesentlig som verbal kommunikasjon (s. 966-974). Sammendraget av forskningen vi har laget, kan også tyde på at sykepleiere må bli mer bevisst på hvordan de anvender verbal og nonverbal kommunikasjon, samt at en må trene opp disse ferdighetene. Vi har erfart at den verbale kommunikasjonen er viktig i møte med Lise, men den nonverbale kommunikasjonen er kanskje enda viktigere å tenke over som helsepersonell. Vi tenker at ikke alle er klar over hvor viktig den nonverbale kommunikasjonen er i møte med pasienter. Den nonverbale kommunikasjonen kan avsløre hva en egentlig tenker i en bestemt situasjon, for det om den verbale kommunikasjonen sier noe annet. Eide & Eide (2017) er enige her, og skriver at nonverbal og verbal kommunikasjon er med å bygge opp tillitt, trygghet og motivasjon. Derfor er det vesentlig for sykepleiere å trene opp slike kommunikasjonsferdigheter. Dette skriver også Travelbee (1999) da hun mener at sykepleiere alltid må utvikle sine kommunikasjonsferdigheter og evner (s. 138).

Vi ønsker å vise til et annet eksempel i møte med angst pasienten Lise. Hvis sykepleier kommer inn på rommet til Lise, og sier “Hei, hvordan går det med deg i dag?” er dette verbal kommunikasjon. Lise svarer “ikke bra”, og sykepleier responderer ved å se i veggen og uttrykker et bekymret ansiktsuttrykk, og nikker nonverbalt og svarer “Jeg skjønner” verbalt. I denne situasjonen svarer sykepleieren Lise verbalt, men den nonverbale kommunikasjonen gir uttrykk for noe annet. Her ville vi ha forstått det slik at sykepleier er uengasjert eller avvisende, da hun ser i veggen og ikke møter blikket til pasienten. Dette skriver også Eide & Eide da de skriver at sykepleiere sine ansiktsuttrykk vil avsløre de spontane reaksjonene på kommunikasjonen (s. 135).

Hummelvoll (2016) skriver at avledningsteknikker fungerer for å avlede pasienten bort fra angsten eller symptomene. Erfaringer vi har fra praksis viser at dette ikke alltid er nøkkelen for å lindre angstlidelsen. Det vi har erfart tilsier at en må møte angsten, å finne strategier for å jobbe med den. Hvis en skal bruke avledningsteknikker hver gang angsten blir fremtredende vil en kanskje ikke klare å lindre eller behandle den (s. 165). Dette er en

forutsetning at angsten ikke er veldig fremtredende på det gitte tidsrommet, da pasienten blir mindre mottakelig for informasjon jo sterkere angsten er (Hummelvoll, 2016 s. 155). I Lise sin situasjon fungerte ikke avledningsteknikker på dette tidspunktet, men vi erfarte at det å få en større forståelse og årsaker til angsten fungerte bedre. Lise fikk satt ord på hvorfor angsten kom, og hva hun følte når angsten ble mer fremtredende. Samtidig fikk hun bekreftelse, informasjon og veiledning i forhold til den moderate angsten av sykepleier. Lise hadde mye fokus på hva hun ikke fikk til under denne samtalen, men sykepleier forsøkte å øke bevisstheten rundt hvilke egne ressurser hun hadde. Vi opplevde at Lise fikk mer innsikt og forståelse for hvordan lidelsen påvirket hennes hverdag. Vi har erfart at angstdempende strategier kan være med på å lindre den moderate angsten til Lise (Aarøe & Øiesvold, 2014. s. 82-83). Vi vil forsøke å vise hvordan en slik samtale i møte med Lise kan foregå, med utgangspunkt i boken til Aarøe & Øiesvold (2014):

Sykepleier: Du sier du ikke ønsker å gå ut i fellesmiljøet. Hva tror du kan være årsaken?

Lise: Hvis jeg går ut i fellesmiljøet, tror jeg at noe fælt blir å skje.

Sykepleier: Hva tror du blir å skje?

Lise: Jeg tror jeg kommer til å dumme meg ut, eller ikke få puste.

Sykepleier: Hva får deg til å tro dette?

Lise: Fordi jeg kommer til å bli stresset og etter dette føle at jeg mister kontrollen.

Sykepleier: Har du tidligere opplevd at du mister kontroll, når du er ute blant andre?

Lise: Nei.

Sykepleier: Hva gjør du når du føler du mister kontrollen?

Lise: Jeg prøver å flykte fra situasjonen.

Sykepleier: Hvor sikker er du på at du kommer til å miste kontrollen?

Lise: Veldig sikker.

Sykepleier: Hvordan kan du være så sikker på at du kommer til å miste kontrollen, når du ikke har opplevd å miste kontrollen blant andre før?

Lise: Jeg kan kanskje ikke være helt sikker, men jeg kan ikke se for meg noen andre utfall.

Sykepleier: Vil det si at når du står overfor samme situasjon, så flykter du?

Lise: Ja, det var jo det som har reddet meg tidligere.

Sykepleier: Reddet deg fra hva?

Lise: Fra å miste kontroll.

Sykepleier: Hva føler du når du mister kontrollen?

Lise: Det er vanskelig å sette ord på, men jeg føler at jeg mister meg selv.

Sykepleier: Om du hadde mistet kontroll, hva ville skjedd da, tenker du?

Lise: Jeg ville ha dummet meg ut i fellesmiljøet foran andre, og det ville ha blitt oppstyr.

Sykepleier: Ok. Kanskje vi stopper litt der. Du er altså veldig sikker på at du kommer til å miste kontrollen, til tross da du ikke har opplevd det. Dette høres litt ut som en antakelse for meg, da du antar du vil miste kontrollen. Derfor kan vi forsøke å teste dette ut.

Lise: Hvordan skal vi gjøre det?

Sykepleier: Vi kan gå ut i fellesmiljøet sammen å se bare vi to, litt senere på kvelden da det ikke er noen der (Aarøe & Øiesvold, 2014. s. 82-83).

I møte med Lise ser vi på en denne samtalen som en bedre løsning. Det er ikke en selvfølge at Lise hadde svart slik, men sykepleier kunne forsøkt å gjennomføre en slik samtale. Lise får satt ord på sine følelser, tanker og opplevelser til angsten under denne samtalen. En slik samtale kan være en angstdempende strategi, da Lise alltid har forsøkt å flykte fra situasjoner som utløser angsten. Hvis hun flykter fra enhver situasjon som utløser angst, skriver Aarøe & Øiesvold (2014) at dette vil vedlikeholde angsten (s. 82-83). Det vi prøver å få til i denne samtalen er å lindre den moderate angsten, ved at hun kan føle litt på hvordan det er i fellesmiljøet når det bare er to til stede. Ved å gjøre dette kan Lise kanskje se at hun ikke mister kontrollen (Aarøe & Øiesvold, 2014. s. 82-83).

6.0 Konklusjon

Vi har kommet fram til at det finnes svar på vår problemstilling.

Hvordan kan sykepleier, ved hjelp av kommunikasjon lindre moderat angst hos pasient?

Etter å ha vurdert framlagt teori, forskning og egne erfaringer er det mulig at kommunikasjon kan lindre moderat angst hos pasienter. Forskningen vi har funnet, kan tyde på at ulike kommunikasjonsferdigheter kan fungere lindrende i møte med angstpasienter. Ved at sykepleier blir mer bevisst og benytter ulike kommunikasjonsstrategier i møte med pasienten, kan dette tyde på at en kan lindre den moderate angsten til pasienten. Funnene i forskningen, viser at kommunikasjonsferdigheter blant sykepleiere kan bli bedre for å lindre moderat angst. Slik vi forstår det kunne god kommunikasjon ha lindret angsten til Lise.

For at sykepleiere skal kunne lindre den moderate angsten, forstår vi det sånn at en kan etablere et tillitsforhold til pasienten. Dette kan gjøres effektivt ved et menneske-til-menneske-forhold, og sykepleier-pasient-forhold. For at dette skal fungere, er det essensielt å se pasienten som en unik person og etablere et samspill mellom pasient og sykepleier. Å lindre angst handler om å se pasientens behov, men også se mennesket bak lidelsen, i tillegg til at pasienten skal føle seg trygg og ivaretatt. Det er også vesentlig å anerkjenne pasientens følelser og opplevelser rundt lidelsen.

Etter å ha jobbet med dette temaet ser vi hvor viktig kommunikasjon er for å lindre den moderate angsten hos pasienter. Samtidig ser vi det er et behov for videre forskning på hvilke kommunikasjonsferdigheter som mangler, samt at det kan tyde på sykepleier sine kunnskaper kan økes på dette området.

7.0 Litteraturliste

Aarøe, R. & Øiesvold, M. (2006). *Tenk hvis ... hva så?*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Barley, E. & Lawson, V. (2016). Using health psychology to help patients: common mental health disorders and psychological distress. *British Journal of Nursing*, 25 (17):966-974.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.17.966>

Brinchmann, B, S. (2014). De fire prinsippers etikk - velgjørenhet, ikke skade og rettferdighet. I B, S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (5. utg., s. 83-92). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tuft, P, A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt forlag AS.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2016). *Generelle forskningsetiske retningslinjer, 2016*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2015). *Kvantitativ metode, 2015*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnæringer/Kvantitativ-metode/>

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010). *Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder – likheter og forskjeller, 2010*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/1-Kvalitative-og-kvantitative-forskningsmetoder--likheter-og-forskjeller>

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner*. (3. Utg.). Oslo:Gyldendal Akademisk.

Folkehelseinstituttet. (2015). *Fakta om angstlidelser, 2015*. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/angstlidelser---faktaark/>

Folkehelseinstituttet. (2015). *Psykisk helse hos voksne, 2015*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/psykisk-helse-hos-voksne---folkehel/>

Folkehelseinstituttet. (2014b). *Sjekkliste for vurdering av prevalensstudie, 2014*. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/verktoy/sjekkliste_prevalensstudier_2006.pdf

Folkehelseinstituttet. (2014a). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning, 2014*. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/verktoy/sjekkliste-kvalitativ-2014.pdf>

Fraizer, S., Moser, Debra, K., Daley, L, K., & McKinley, S. (2003). Critical care nurses' beliefs about and reported management of anxiety. *American Journal of Critical Care*. 12(1), 19-27. Hentet fra <https://search.proquest.com/docview/227844284/fulltext/53DEF4BDC8B34A4CPQ/1?accountid=42560>

Global Journal of Health Science (u.å). *Global Journal of Health Science, u.å*. Hentet fra <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs>

Halldorsdottir, S. (2008). The dynamics of the nurse–patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient’s perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22:4, 649 - 652. Doi: 10.1111/J.1471– 712.2007.00568.

Helsebiblioteket. (2014). *Kritisk vurdering, 2014*. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering>

Helsebiblioteket. (2016). *Pico. 2016*. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Hummelvoll, J.K. (2016). *Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utgave) Oslo: Gyldendal Akademisk

Kildekompasset (2015). *Hva er fagfelle vurdering?, 2015*. Hentet fra <http://kildekompasset.no/kildekritikk/ord-uttrykk/hva-er-fagfelle vurdering.aspx>

Kildekompasset (2016). *Vil du vite mer?*, 2016. Hentet fra <http://kildekompasset.no/kildekritikk/vitenskapelige-artikler/vil-du-vite-mer.aspx>

Kildekompasset (2015). *Vil du vite mer? - Hvordan vurderer du om en bok kan vurderes som kilde?* 2015. Hentet fra <http://kildekompasset.no/kildekritikk/boeker/vil-du-vite-mer.aspx>

Kristoffersen, N. J., Breievne, G. & Nordtvedt, F. (2015). Lidelse, mening og håp. I Kristoffersen, N. Nordtvedt, F & Skaug, E-A (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 3*. (2. Utg., s. 265) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. & Skaug, E-A. (2015). Om sykepleie. I Kristoffersen, N. Nordtvedt, F & Skaug, E-A (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. (2. Utg., s. 17-18) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2015). Sykepleie- kunnskap og kompetanse. I Kristoffersen, N. Nordtvedt, F & Skaug, E-A (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. (2. Utg., s. 180) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2015). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N. Nordtvedt, F & Skaug, E-A (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. (2. Utg., s. 213-221) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kroenke, K. Spitzer, R, L. Williams, J, B. Monahan, P,O. & Löwe, B. (2007). Anxiety disorder in primary care: Prevalence, Impairment, Comorbidity and Detection. *American college of Physicians*, 146:5, 317-325. DOI: 10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Nasjonal rammeplan for sykepleiere*. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Kvaal, K. (2015). Angst og depresjon. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, H, A. (Red.), *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten*. (2. Utg., s 447-448). Oslo Gyldendal Akademisk.

Lov om straff, LOV-2005-05-20-28. (2017). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28>

Norouzinia, R., Aghabarari, M., Shiri, M., Karimi, M. & Samami, E. (2016). Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients. *Global Journal of Health Science*, 8:6, 65-74. <http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p65>

Nortvedt, P. (2016). *Omtanke - En innføring i sykepleiens etikk*. (2. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2018). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Psykisk helse. (2015). *Angst, 2015*. Hentet fra <https://psykiskhelse.no/angst>

Roberge, P., Hudon, C., Pavilanis, A., Beaulieu, M-C., Benoit, A., Brouillet, H & Boulianne, I. (2016). A qualitative study of perceived needs and factors associated with the quality of care for common mental disorders in patients with chronic diseases: the perspective of primary care clinicians and patients. *BMC Family Practice*. 17:134, s. 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0531-y>

Torbjørnsen, T. (2016). Ritualer og åndelig omsorg. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, H, A. (Red.), *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten*. (2. Utg., s 545). Oslo Gyldendal Akademisk.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. (2011). Lokalisert på: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Vedlegg 1 -Presentasjon av forskning

Tekst	Database	Søkeord	Begrensninger	Tittel	Treff	Forfatter, årstall
Tekst 1 Søkt: 30.01.18	PubMed	Anxiety, Long-term conditions, risk factors, nurse	Utgitt mellom 2008-2018 Fulltekst, fag-artikkel	Using health psychology to help patients: common mental health disorders and psychological distress	4	Barley, & Lawson, 2016.
Tekst 2 Søkt: 25.01.18	Cinahl	nurse, communication, patient, anxiety	Utgitt mellom 2003-2018 Fulltekst, forskning	Critical care nurses' beliefs about and reported management of anxiety	38	Frazier, Moser, Daley, & McKinley, 2003.
Tekst 3 Søkt: 15.01.18	SweMed +	nurse-patient relationship	Utgitt mellom 2008-2018 Fulltekst, Fag-artikkel	The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient's perspective	25	Halldorsdottir, 2008.
Tekst 4 Søkt: 25.01.18	Cinahl	Anxiety disorder, prevalence, therapy, primary care, patient outcomes, impairment	Utgitt mellom 2007-2018 Forskning	Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection.	4	Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan & Löwe, 2007.

<p>Tekst 5</p> <p>Søkt: 24.01.18</p>	<p>PubMed</p>	<p>communication skills, nurse-patient relationship</p>	<p>Utgitt mellom 2008-2018 Gratis fulltekst. Forskning</p>	<p>Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients</p>	<p>45</p>	<p>Norouzinia, Aghabarari, Shiri, Karimi, & Samami, 2016.</p>
<p>Tekst 6</p> <p>Søkt: 19.01.18</p>	<p>PubMed</p>	<p>anxiety disorder, primary care, patient experience, treatment, quality improvement</p>	<p>Utgitt mellom 2008-2018 Gratis fulltekst. Forskning</p>	<p>A qualitative study of perceived needs and factors associated with the quality of care for common mental disorders in patients with chronic diseases: the perspective of primary care clinicians and patients</p>	<p>3</p>	<p>Roberge, Et. al. 2016.</p>

Vedlegg 2 Pico- skjema

Artikkel 1, Barley, & Lawson, 2016: Using health psychology to help patients: common mental health disorders and psychological distress

Patient / Problem/ Population	Intervention	Comparison	Outcome
Angst, kronisk sykdom	Sykepleier		Risiko faktorer
Anxiety, Long-term conditions	Nurse		Risk factors

Artikkel 2, Frazier, Moser, Daley, & McKinley, 2003: Critical care nurses' beliefs about and reported

Patient / Problem/ Population	Intervention	Comparison	Outcome
Angst, pasient	Kommunikasjon		Sykepleier
Anxiety, patient	Communication		Nurse

Artikkel 3, Halldorsdottir, 2008: The dynamics of the nurse–patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient’s perspective

Patient / Problem/ Population	Intervention	Comparison	Outcome
Pasient	Sykepleier		Forhold
Patient	Nurse		Relationship

Artikkel 4, Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan & Löwe, 2007: Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection.

Patient / Problem/ Population	Intervention	Comparison	Outcome
Angstlidelse, prevalens	Svekkelse, terapi		Pasientutfall, primæromsorg
Anxiety disorder, prevalence	Impairment, therapy		Patient outcomes, primary care

Artikkel 5, Norouzinia, Aghabarari, Shiri, Karimi, & Samami, 2016: Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients

Patient / Problem/ Population	Intervention	Comparison	Outcome
Sykepleier-pasient	Forhold		Kommunikasjonsferdigheter
Nurse-patient	Relationship		Communication skills

Artikkel 6, Roberge, Et. al. 2016: A qualitative study of perceived needs and factors associated with the quality of care for common mental disorders in patients with chronic diseases: the perspective of primary care clinicians and patients

Patient / Problem/ Population	Intervention	Comparison	Outcome
Angstlidelse	Behandling, forbedring av kvalitet		Pasienterfaringer, primæromsorg
Anxiety disorder	Treatment, quality improvement		Patient experience, primary care

(Kunnskapsbasert praksis, 2012), (Helsebiblioteket, 2016).

Vedlegg 3 - Sjekkliste for kvalitativ forskning

Sjekkliste for kvalitativ forskning av: A qualitative study of perceived needs and factors associated with the quality of care for common mental disorders in patients with chronic diseases: the perspective of primary care clinicians and patients (2016)

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er formålet med studien klart formulert? • Er det oppgitt en problemstilling for studien?	Ja X	Uklart O	Nei O
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? • Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?	Ja X	Uklart O	Nei O

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? • Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?	Ja X Kommentar:	Uklart O	Nei O
4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? • Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? • Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? • Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta?	Ja X Kommentar:	Uklart O	Nei O

<ul style="list-style-type: none"> • Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks.kjønn, alder,osv.)? 	
<p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er metoden som ble valgt god for å belyse problemstillingen? • Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. • Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? • Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? 	<p>Ja X Uklart O Nei O</p> <p>Kommentar:</p>
<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). • Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? • Er motstridende data tatt med i analysen? • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<p>Ja X Uklart O Nei O</p> <p>Kommentar:</p>
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<p>Ja X Uklart O Nei O</p> <p>Kommentar:</p>

<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? 	<p>Ja X Uklart O Nei O Kommentar:</p>
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? • Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite? 	<p>Ja X Uklart O Nei O Kommentar: Studiet har blitt godkjent av den etiske komité. Alle deltakerne i studien har fått skriftlig informasjon og samtykket skriftlig til å bidra forskerne.</p>

HVA ER RESULTATENE?

<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan du oppsummere hovedfunnene? • Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? 	<p>Ja X Uklart O Nei O Kommentar: Kommunikasjon og samarbeid mellom primærhelsetjenesten må forbedres.</p>
--	---

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? • Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? 	<p>Kommentar: Funnene i studiet viste at helhetlig omsorg og kommunikasjon manglet blant helsepersonell.</p>
--	---

(Folkehelseinstituttet, 2014a)

Vedlegg 4 - Sjekkliste for vurdering av prevalensstudie

Sjekkliste for vurdering av prevalensstudie: Critical care nurse's beliefs about and reported management of anxiety (2003)

Innledende spørsmål

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja X	Uklart O	Nei O
2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?	Ja X	Uklart O	Nei O

Kan du stole på resultatene

3. Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?	Ja X	Uklart O	Nei O
4. Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?	Ja X	Uklart O	Nei O
5. Er det gjort rede for om respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert?	Ja X	Uklart O	Nei O
6. Er svarprosenten høy nok?	Ja O	Uklart O	Nei X
7. Bruker studien målemetoder som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?	Ja X	Uklart O	Nei O
8. Er datainnsamlingen standardisert?	Ja X	Uklart O	Nei O
9. Er dataanalysen standardisert?	Ja X	Uklart O	Nei O

Hva forteller resultatene

10. Hva er resultatet i denne studien?	Mesteparten av sykepleierne som responderte, antok at behandling av angst er viktig og gunstig. Kommunikasjon, informasjon og medikamentell behandling er gode strategier for å lindre angst hos alle pasienter.
Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?	De fleste sykepleiere kan ha rapportert deres vanlige metoder til angstpasienter, og derfor fullførte de kanskje ikke de ulike strategiene som er beskrevet i studiet. Derfor vil ikke studiet vise hvordan de møtte pasientene, men bare handlinger de rapporterte.

11. Kan resultatene overføres til praksis?	Ja X	Uklart O	Nei O
12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?	Ja X	Uklart O	Nei O

(Folkehelseinstituttet, 2014b).