



UNIVERSITETET I  
NORDLAND

## **Bacheloroppgave i Sykepleie**

|                        |                    |
|------------------------|--------------------|
| <b>Kurskode:</b>       | <b>SY180H 000</b>  |
| <b>Dato:</b>           | <b>29.04.11</b>    |
| <b>Kandidatnummer:</b> | <b>29 &amp; 50</b> |
| <b>Tittel:</b>         | <b>Angst</b>       |



# Innholdsfortegnelse

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1.0 Innledning</b> .....                              | <b>4</b>  |
| 1.1 Presentasjon av tema og problemstilling.....         | 4         |
| 1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling..... | 4         |
| 1.3 Avgrensning.....                                     | 5         |
| 1.4 Disposisjon.....                                     | 5         |
| 1.5 Definisjon av sentrale begrep.....                   | 6         |
| <b>2.0 Metode</b> .....                                  | <b>7</b>  |
| 2.2 Valg av metode.....                                  | 7         |
| 2.3 Intervju.....  | 7         |
| 2.3.1 Intervjuprosessen.....                             | 8         |
| 2.3.2 Valg av informanter.....                           | 8         |
| 2.4 Litteratur.....                                      | 9         |
| 2.4.1 Litteraturstudium.....                             | 9         |
| 2.4.2 Kildekritikk.....                                  | 9         |
| 2.5 Vitenskapsteoretisk redegjørelse.....                | 11        |
| <b>3.0 Historien</b> .....                               | <b>13</b> |
| <b>4.0 Teorikapittel</b> .....                           | <b>14</b> |
| 4.1 Årsaksforhold.....                                   | 14        |
| 4.1.1 Hva er årsaken til panikk?.....                    | 15        |
| 4.2 Stress og mestring.....                              | 15        |
| 4.3 Fysiske reaksjoner.....                              | 16        |
| 4.3.1 Fight or flight.....                               | 16        |
| 4.3.2 Hyperventilering.....                              | 18        |
| 4.4 Trening og angst.....                                | 18        |
| 4.5 Medikamenter.....                                    | 18        |
| 4.6 Eksponeringsterapi.....                              | 19        |
| 4.7 Joyce Travelbee.....                                 | 19        |
| <b>5.0 Drøftning</b> .....                               | <b>21</b> |
| 5.2 Menneske-til-menneske-forholdet.....                 | 21        |
| 5.2.1 Det innledende møtet.....                          | 22        |
| 5.2.2 Framvekst av identiteter.....                      | 23        |
| 5.2.3 Empatifasen.....                                   | 24        |

|                                  |           |
|----------------------------------|-----------|
| 5.2.4 Sympati og medfølelse..... | 25        |
| 5.3 Tiltak.....                  | 25        |
| 5.3.1 Eksponeringsterapi.....    | 25        |
| 5.3.2 Kommunikasjon .....        | 28        |
| 5.3.3 Fysisk kontakt .....       | 29        |
| 5.3.5 Puste i pose .....         | 29        |
| 5.3.6 Undervisning .....         | 30        |
| 5.4 Håpets betydning .....       | 31        |
| <b>6.0 Avslutning .....</b>      | <b>32</b> |
| <b>7.0 Litteraturliste .....</b> | <b>33</b> |
| 7.1 Pensumlitteratur .....       | 33        |
| 7.2 Selvvalgt litteratur .....   | 33        |
| 7.2.1 Bøker.....                 | 33        |
| 7.2.2 Internett.....             | 34        |
| <b>8.0 Vedlegg .....</b>         | <b>35</b> |
| 8.1 Intervjuguide.....           | 35        |

# 1.0 Innledning

Oppgavens omfang er på 9619 ord. Frykt er et naturlig fenomen som har til hensikt å beskytte og gi oss beskjed om at det kan være fare på ferde. Viser det seg at frykt oppstår tilsynelatende uten grunn, kaller vi dette angst. En angsttilstand er en kombinasjon av skrekkfylte forestillinger eller idéer og plagsomme fysiske symptomer, eksempelvis hjertebank, åndenød, svetting og skjelving (Snoek & Engedal 2000: 88-89). Å finne de utløsende årsakene til angst kan være vanskelig, men man vet at de er ofte av mer symbolsk art og ikke bevisste. Angstlidelser kan være meget plagsomme for både pasienter og pårørende, og kan lett bli en dominerende faktor i en families liv (Snoek & Engedal 2000: 89). Schmidbauer (2006: 16) forklarer at angst blir til sykdom når den vedvarer lenge, forekommer ulidelig og ukontrollerbar og opptrer uten at det eksisterer en reell trussel.

## 1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Temaet vi har valgt er angst, og problemstillingen vår er som følger:

Hvilke tiltak kan sykepleieren iverksette i møtet med en pasient som lider av panikkangst?

## 1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Årsaken til at vi valgte akkurat dette temaet med påfølgende problemstilling, dreier seg hovedsakelig om opplevde hendelser og en genuin interesse i forhold til psykiske lidelser som sådan. Vi ønsker først og fremst å styrke vår egen kompetanse på området, men også å bringe våre eventuelle funn videre til andre studenter, sykepleiere, eller bare personer som vil vite mer om akkurat det problemstillingen vår tar sikte på å belyse. Vi har begge hatt svært givende og inspirerende praksiser innenfor psykiatrisk arbeid i kommunen, men årsaken til at vi valgte akkurat denne problemstillingen har i all hovedsak blitt trigget en enkeltepisode som vi viser i sin helhet før teorikapittelet påbegynnes (jfr. 3.0).

De forskjellige angsttypene viser seg å være forholdsvis hyppige lidelser, der enkeltstående fobier er de aller vanligste. Det antas at omtrent 11 % av befolkningen vil lide som følge av en plagsom fobi i løpet av livet sitt, og nærmere 2 % vil til

enhver tid ha en fobisk lidelse. Tallene for generalisert angst er noe lavere, med en aktuell forekomst på rundt 1,6 %, mens nærmere 5-6 % av befolkningen vil oppleve lidelsen i løpet av livet. Forekomst knyttet til panikkangst vil ligge på 2-3 % i løpet av en periode på 6 måneder. Det viser seg at kvinner generelt er mer utsatt for angstlidelser enn menn, med unntak av sosial fobi. Her finner man ingen kjønnsforskjeller med tanke på hyppighet (Snoek & Engedal 2009: 89).

### 1.3 Avgrensning

Tom, som er historiens midtpunkt befinner seg i kommunehelsetjenestens sosialboliger. Vi ønsker derfor å skrive om sykepleierens rolle i forbindelse med personer med panikkangst, som i denne situasjonen, men vi vil også belyse hvilke tiltak sykepleieren kan iverksette. Vi vil se på konkrete tiltak sykepleieren kan iverksette når den panikkangsten inntreffer hos pasienten, men også hva sykepleieren kan bidra med i forbindelse med behandling og forebygging av angst. Med dette mener vi hvordan sykepleieren på en best mulig måte kan forholde seg til pasienter som opplever panikkangst, og bidra til at pasienten kan føle seg tryggere. Vi ønsker å finne ut om det finnes konkrete tiltak sykepleieren kan iverksette, slik at pasienten i større grad kan finne ro i den angstpregede situasjonen.

Gjennom boken *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* som Travelbee har skrevet, går det igjen at hun ikke verdsetter begrepet pasient, men velger å i større grad fokusere på individet bak betegnelsen (1999). Hun forklarer at det imidlertid er vanlig å omtale brukere av sosialtjenesten som pasienter (1999: 61). I og med at historiens midtpunkt er en bruker av sosialtjenesten, og samtidig til en viss grad mottar behandling, velger vi å bruke termen pasient i denne oppgaven.

### 1.4 Disposisjon

Etter innledningen følger et metodekapittel, hvor vi tar opp framgangsmåten for innhentningen av data. Videre følger hoveddelen i oppgaven, som består av et teorigapittel og et drøftningskapittel. Teorigapittelet består av en forskningsbasert litteraturred. Drøftningskapittelet dreier seg i all hovedsak om å se oppgavens problemstilling og historie i lys av vår valgte sykepleierteoretiker, og å drøfte og klargjøre hvilke tiltak som eventuelt er relevante i forhold til panikkangst. Resultatene fra intervjuet blir her sett i forhold til det relevante forskningsbaserte teorigrunnlaget.

Her blir resultatene fra intervjuene nevnt, i lys av hva teorien sier som temaet, samtidig som våre syn på saken kommer fram.

## 1.5 Definisjon av sentrale begrep

Joyce Travelbee definerer sykepleie som følgende:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleierpraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee 1999: 29).

Vi har valgt å bruke boken; Lærebok i psykiatri av Dahl et. al. sin definisjon av panikkangst, basert på et fenomenologisk og klinisk synspunkt (1998: 251).

*Panikkangst* er et angstanfall bærer preg av strek redsel, følelse av å skulle dø, miste kontrollen, bli gal eller at noe forferdelig er i ferd med å skje. Et panikkanfall kommer brått på. Det kan utløses ved at pasienten kommer inn i situasjoner som han har stor frykt for, men de kan også komme uten uventet, uten forvarsel. De fysiske kjennetegnene er trykk i brystet, svette, magesmerter, hjertebank og hyperventilering (Dahl et. al. 1998: 251).

Travelbee (1999: 99) definerer i boka *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*, ”lidelse” som følgende

Lidelse er en følelse som spenner fra en enkel, forbigående, fysisk, psykisk eller åndelig ubehag til ekstrem angst og kval. Det kan gå videre til det fortvilte ”ikke bry seg”-stadiet og ende i et ytterst stadium som preges av apatisk likegyldighet (Travelbee 1999: 99).

Ifølge Travelbee brukes begrepet *pasient* om et individ som mottar pleie og behandling av en lege eller andre helsearbeidere (1999: 61).

For å definere hva en fobi er bruker vi et sitat Hummelvoll (2000: 123) i boka Helt – ikke stykkevis og delt har hentet fra boka Nevroser av Eitinger & Rettstøl (1970): ”Fobier er tilstander som er dominert av tvangspregget frykt. Det er frykt for bestemte (i og for seg ufarlige) gjenstander og situasjoner” (jfr. i Hummelvoll 2000: 123).

## 2.0 Metode

Dalland (2007: 86) skriver i boka *Metode og oppgaveskriving for studenter* at en metode er selve redskapet som nyttes i møtet med det en vil undersøke. En metode forklarer hvordan framgangsmåten bør være i forbindelse med innhenting eller etterprøving av kunnskap. Hvilken metode som blir valgt gjøres på bakgrunn av hvorvidt den gir oss gode data og om den belyser spørsmålet vårt på en interessant og faglig måte (2007: 86).

En opererer gjerne med en begreper som kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode for å beskrive metoden. En kvantitativ metode handler om å hente informasjon i form av målbare enheter, som tar sikte på å finne gjennomsnitt og prosent av en større mengde. En kvalitativ metode handler mer om å fange opp de resultater som ikke kan måles eller tallfestes, slik som mening og opplevelser (Dalland 2007: 82).

### 2.2 Valg av metode

For å forske på tema, bestemte vi oss for å benytte oss av en kvalitativ forskningsmetode. Valget ble tatt på bakgrunn av hvilken type data vi ønsket å innhente. Dette gjorde vi fordi problemstillingen ikke involverte tallinformasjon og målbare enheter, men informasjon i form av sykepleiernes egne kunnskaper, erfaringer og arbeidsmetoder. I og med at vi ønsket å få vite mer om vår problemstilling gjennom en samtale med informantene, var det da naturlig å bevege seg i retning av en kvalitativt orientert forskningsmetode. Vi var ute etter å gå i dybden, og hente ut mange opplysninger fra få personer (Dalland 2007: 82).

Innhenting av informasjon ble derfor gjort på to tilnæringsmåter; en litterær og en intervjurelatert måte. Årsaken til at vi ikke valgte å bruke den kvantitative metoden for å forske på temaet, var blant annet at vi ikke hadde behov for å foreta regneoperasjoner for å finne svar på det vi var ute etter (Dalland 2007: 82).

### 2.3 Intervju

For å innhente informasjon som er relevant for å svare på valgt problemstilling, vurderte vi intervju av to sykepleiere med bakgrunn i psykiatri som et godt alternativ. Ifølge Dalland (2007: 158) kan et godt intervju gi oss verdifullt materiale som kan belyse problemstillingen på en god måte. Intervjuene har en halvstrukturert morfologi, noe som betyr at vi på forhånd hadde notert stikkord og åpne spørsmål som skulle

være basisen for intervjuet (Dalland 2007:148). Vi bygde innhentningen av dataen på en samtale rundt temaet, og spørsmålene ble til dels formulert underveis. Vi hadde en visjon om hva vi ville ta opp, uten at vi på forhånd hadde opparbeidet oss faste spørsmål. Dermed fikk vi fisket ut det vi trengte av relevant informasjon, i tillegg til nye kunnskaper vi ikke hadde forventet å få gjennom intervjuet. Raskt skjønnte vi at det var mye relevant kunnskap å hente i bare det å høre på hva informantene hadde å si om temaet. Underveis stilte vi spørsmål basert på det som ble fortalt og vi mener at vi fikk en større bredde og forståelse av problemstillingens tematikk ved å gjøre akkurat dette. Vi fikk svar på det vi lurte på, i tillegg til interessante momenter vi ikke hadde forestilt oss var aktuelle i utgangspunktet (Dalland 2007:148).

Når det gjelder bruk av informantene i oppgaven, mener vi det er naturlig å trekke disse inn i drøftningskapittelet, og bruke dem i forhold til de tiltakene vi eventuelt finner. Vi vil også slå sammen informasjonen vi fikk gjennom intervjuene og henweise til dem som en kilde, ettersom vi ikke er ute etter å sammenlikne informasjonen fra informantene med hverandre.

### **2.3.1 Intervjuprosessen**

Intervjuobjektene møtte vi på et av kontorene til psykiatrisk enhet på et lokalsykehus. Ettersom vi hadde to intervjuobjekter, valgte vi å intervju dem en og en. Dette gjorde vi hovedsakelig av praktiske årsaker, da den ene skulle i et viktig møte. Vi mener for øvrig at dette var fordelaktig, siden sykepleieren vi intervjuet sist har jobbet lengre innenfor psykiatrisk praksis enn den andre. Dette tror vi igjen førte til at vi kunne bygge videre på erfaringene til den mer erfarne i det andre intervjuet og eventuelt sitte igjen med en større faglig forståelse. Rent praktisk brukte vi en båndopptaker for å få en mest mulig korrekt gjengivelse av intervjuet. Vi transkriberte også intervjuene samme dag som vi utførte dem.

### **2.3.2 Valg av informanter**

Våre valgte informanter er to psykiatriske sykepleiere med årelang erfaring fra psykiatrisk praksis. Disse sykepleierne treffer vi gjennom deres arbeid på et lokalt sykehus, hvor arbeidet deres dreier seg om å møte pasienter som er innlagt i avdelingen. Vi tror at det er riktig å benytte denne typen helsearbeiderne, da disse danner selve grunnlaget for at oppgaven skal ha en sykepleierfaglig forankring. I sitt daglige virke jobber informantene tverrfaglig med sosionomer, en psykiatere,



psykologer, sykepleiere, turnusleger og vernepleiere.

## 2.4 Litteratur

### 2.4.1 Litteraturstudium

Dalland (2007: 64) forklarer at i forhold til de fleste studentoppgaver, er litteratur et viktig grunnlag. Dette er fordi kunnskapen hentes fra litteraturen og er det som problemstillingen skal drøftes i forhold til. Når det gjelder litteraturbruk, snakkes det ofte om primær- og sekundærlitteratur. Dalland (2007: 79) skriver at primærlitteratur er litteratur hvor forskeren har presentert sitt eget arbeid, som i for eksempel teoretiske artikler og originalartikler. Han skriver videre at sekundærlitteratur på den andre siden er en tolkning av andres arbeid, som for eksempel oversiktsartikler.

Vi har benyttet oss av forskningsbasert litteratur i form av artikler og fagbøker innenfor psykisk helse og angstproblematikk. Dette gjorde vi for å få større og dypere innblikk og bredde i noe av teorien bak angstproblematikk, samt avklare begreper på en nøyaktig måte. Vi benyttet oss av biblioteket, helsebiblioteket, søkemotoren *Google* og *The Cochrane library* for å hente relevante bøker og artikler. Gjennom enkeltpersoner som stilte seg villig til å låne ut bøker, fikk vi anledning til å låne boka *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* av Travelbee. Gjennom biblioteket fant vi bøker som *En hatt med slør* av Konsmo. Denne boken presenterer Benner og Wrubels teori, som blant annet tar for seg mestring. Videre fant vi bøker som *Å bekjempe panikk* av Silove & Manicavasagar, *Hva er angst* av Moxnes og *Boken om angst* av Schmidbauer på biblioteket. Resten av den skriftlige litteraturen er litteratur vi har hatt privat. Søkeordene ved søk i *The Cochrane library* var: *Anxiety exercise*, og søkeordene ved søk i *Google* var: Angst, angst og symptomer, angst og behandling, angst og medikamenter og angst og trening. Søkeordet i biblioteket var: Angst.

### 2.4.2 Kildekritikk

Kildekritikk handler om å karakterisere og vurdere den litteraturen som er brukt i prosjektet. Hensikten med dette er at leseren skal ha muligheten til se hvilke refleksjoner som er gjort og videre hvilken relevans og gyldighet litteraturen har i forhold til belysning av problemstillingen (Dalland 2007: 79). I kildekritikken har vi valgt å utdype de kildene vi har benyttet oss mest av.

Bøker som *Metode og oppgaveskriving for studenter* av Dalland (2007), *Helt – ikke stykkevis og delt* av Hummelvoll (2000) og *Menneskekroppen* av Sand m. fl. (2007), er eksempler på pensumlitteratur. Dette er bøker som inngår i sykepleierutdanningen, og er derfor kvalitetssikret gjennom Universitetet i Nordland.

Boka *Metode og oppgaveskriving for studenter* av Dalland ble skrevet i 2007, og vi mener at den inneholder en oppdatert framgangsmåte for å besvare et prosjekt på en god måte. I forhold til oppgavetekniske avklaringer underveis, er denne boken brukt. Boken er skrevet for studenter, og forfatteren er cand.polit med hovedfag i sosialpedagogikk og førsteamanuensis ved Diakonhjemmet, og vi mener derfor at det han formidler er troverdig.

Boka *Helt – ikke stykkevis og delt* av Hummelvoll fra 2000, er ikke den nyeste utgaven av boka, og det er derfor en fare for at oppdateringer og den aller nyeste forskningen ikke er tatt med. Uansett mener vi at det vi har brukt med tanke på sykepleiers fokus i forhold til Angst, er relevant i besvarelsen av problemstillingen. Boken er skrevet for sykepleiere, noe som vi mener er med å styrke viktigheten av at denne boken tas med i oppgaven.

Videre har vi også benyttet oss av litteratur som ikke er på pensumlisten, såkalt selvvalgt litteratur. Ettersom det finnes veldig mye litteratur om angst, har det vært ekstra viktig å plukke ut det som er viktigst og av relevans i forhold til oppgavens problemstilling. I boken *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* av Joyce Travelbee (1999) tar hun for seg sykepleierens mål om å skape et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient, samt menneskesyn, lidelse, håp, og kommunikasjon. Boken er beskrevet som aktuell for alle som arbeider med mennesker, og er en kjent klassiker innenfor grunnlagstenkning i sykepleie. Ettersom boken er oversatt fra engelsk til norsk, kan det være at oversetteren har misforstått ting i boken, eller oversatt feil i forhold til det som er det egentlige budskap. Utover dette, ser vi på *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* som en trygg og relevant kilde.

*Psykiatri*, skrevet av forfatterne Snoek og Engedal (2009) er også benyttet i oppgaven, og er en anbefalt grunnbok i psykiatri for de treårige helsefagutdanningene, hvilket inkluderer sykepleierstudiet. Boken tar for seg behandling av psykiske lidelser gjennom hele livsløpet, fra barn og ungdom til voksne og eldre. Snoek er overlege

med spesialistutdanning i barne- og ungdomspsykiatri, mens Engedal er psykiater og professor i psykogeriatry. På bakgrunn av dette oppfatter vi boken som en pålitelig kilde.

Utover de litterære kildene, har vi benyttet oss av oppsummert forskning og forskningsartikler. Von Knorring et. al. (2005) viser til en systematisk litteraturstudie om behandling av angst. Studien er publisert av *U.S. National Library of Medicine*, som har høye krav til kvalitet. Larun et. al. (2009) presenterer oppsummert forskning som ser på hvorvidt fysisk trening har effekt på behandling og forebygging av angst. Denne studien er publisert i The Cochrane Library som har høye kvalitetskrav til forskning. Videre har vi benyttet oss av oppsummert forskning fra *Statens beredning för medicinsk utvärdering* fra Sverige (2005). Denne rapporten omhandler behandling av angst. Studiene vi har brukt er derfor av nyere årgang, og er oppsummert forskning som har tatt utgangspunkt i mange forskningsartikler. Vi mener derfor at dataen er troverdig og holdbar for denne oppgaven.

## 2.5 Vitenskapsteoretisk redegjørelse

I et vitenskapsteoretisk perspektiv er det naturlig å se på hermeneutikken og dens fenomenologi i situasjonen. Hermeneutikken står sterkt i situasjonen jeg opplevde med Harry, da jeg tolket situasjonen ut fra min forståelse der og da. Fortolkningen min baserte seg på de kunnskaper jeg hadde om angst som teoretisk fenomen, men jeg hadde ikke opplevd å være i direkte kontakt med et menneske preget av så sterk angst før. Påstanden min om at Harry hadde angst i situasjonen, hadde sitt rotfeste i min forestilling av begrepet, tilstanden og kjennetegnene hos en angstpreget person. På bakgrunn av min kunnskap om at Harry hadde angst ovenfor hunder, var det naturlig for meg å tolke det dit hen at det var angst som lå bak de fysiske og kroppslige tegnene.

Fenomenologien handler ifølge Edmund Husserl om den tankegang at vi som mennesker ikke hører og ser tingene i våre omgivelser slik de er i seg selv, men at vi forveksler ting med vår egen oppfatning av gjenstandene (Aadland 2007: 179). Da hunden begynte å bjeffe i det fjerne, så jeg de første kliniske tegnene på at Harry hadde det tungt. Rent objektivt og positivistisk så jeg at han svettet, gikk fram og tilbake, i sirkler, sa at han måtte flykte og jeg fikk jeg inntrykket av at han følte seg i

umiddelbar fare (Aadland 2007: 22) Automatisk etter å ha observert dette, tilegnet jeg personen andre egenskaper enn hva jeg kunne se med det blotte øye, noe som bringer oss inn på det ukjente – det vi ikke kan se, men fortolke basert på menneskelig bevissthetsutøvelse (Aadland 2007: 179).

## 3.0 Historien

... som følger var en virkelig hendelse jeg opplevde i min praksis i psykiatrisk helsetjeneste. Tom som er hovedpersonen i historien, sliter med sterk angst ovenfor hunder. Han tar også benzodiazepin ved behov. I hverdagen blir Tom urolig når det går mennesker med hunder i bånd på veien utenfor huset Tom. Tom sin angst kan også eksempelvis bli utløst hvis han overhører at noen snakker om hunder. Utredninger som er gjort, har vist at angstformen Tom har en forbi for akkurat hunder.

Som et miljøterapeutisk tiltak som hadde til hensikt å eksponere en bruker av kommunepsykiatrien for frisk luft og naturopplevelser, ble jeg bedt om å ta Tom med på en grilltur. Dette var omtrent midt i min praksis ute i kommunehelsetjenesten. Det var en godværsdag i Sundfjord, og etter at vi hadde kjørt i vel over en time, parkerte vi bilen og begynte å gå innover mot et naturområde. Etter at vi hadde slått leir og fyrt opp engangsgrillen, hørte vi svak bjeffing fra en eller flere hunder langt vekk. Jeg regnet avstanden for å være minst en kilometer unna, men følte og oppfattet raskt at Tom begynte å bli svært engstelig. Han var våt i pannen, hyperventilerte, gikk i sirkler og jeg opplevde han som tydelig redd. At Tom hadde angst for hunder var noe jeg var klar over, men jeg koblet ikke dette før noen sekunder etter at Tom viste meg tegnene på at han var redd. Plutselig begynte Tom å bevege seg lengre inn i terrenget, bak en knaus og mumlet noe om at han måtte flykte. Det virket som om han prøvde å gjemme seg. For å roe ned situasjonen, gikk jeg sakte etter Tom mens jeg snakket rolig med ham og prøvde å ufarliggjøre situasjonen. Jeg forklarte at hunden var på en slik avstand at den umulig kunne utgjøre en fare for verken han eller meg, og at hunder generelt er snille dyr som ikke ønsker å skade mennesker. Deretter poengterte jeg at det var båndtvang på denne tiden av året og at det ikke var noen hunder som var ute etter å angripe han. Deretter gikk klappet jeg han på skulderen og sa at det kom til å gå bra. Tom viste meg da tegn på at han var roligere, og kom sakte sigende fram fra baksiden av knausen han hadde søkt tilflukt bak. Jeg opplevde han fortsatt som engstelig og redd, men mer adekvat og rolig enn han hadde vært. Etter omtrent fem minutter opphørte bjeffingen og Tom kunne endelig slappe av.

## 4.0 Teorikapittel

### 4.1 Årsaksforhold

En angsttilstand kan være vanskelig å årsaksforklare, og de ulike forklaringsmodellene danner grunnlag for hvilke behandlingstiltak som er aktuelle. Den forklaringsmodellen tar for seg kroppen og dens ulike signalstoffer. Denne forklaringsmodellen kan gi oss en god forståelse av kroppens fysiske symptomer, men gir oss imidlertid ikke noe svar på hvorfor kroppens signalstoffer aktiveres (Snoek & Engedal 2000: 90).

Den psykodynamiske forståelsesmodellen går ut på at angsten blir utløst og opprettholdt av fortrenge og ubevisste konflikter. Det viser seg at en del mennesker med angstlidelser opptrer noe forsiktig og kontrollert, da de er redde for sin og andres aggresjon. Redsel for å bli sint eller miste kontrollen kan være stor, men mange har samtidig en sterk kontroll over sine egne handlinger. Enkelte mennesker kan se ut til å ha fordeler av angsten som de kanskje ikke ville fått på en annen måte, og dette kalles sekundærgjavnst. Ved hjelp av terapi, forsøker en å bevisstgjøre de underbevisste konfliktene. Her er målet å vise pasienten at han har mulighet til å mer hensiktsmessig konfliktløsning (Snoek & Engedal 2000: 90).

Den læringsteoretiske forståelsesmodellen tar for seg at angst er en lært reaksjon. Her kan eksempelvis andre mennesker være en stimuli. Viser det seg at en gjentatt situasjon får samme negative reaksjon gang etter gang, vil dette kunne fungere på en måte som forsterker angsten. Økt angst kan videre føre til unngåelsesatferd, som igjen blir en belønning fordi angsten da opphører (Snoek & Engedal 2000: 90).

Til slutt har vi den kognitive forståelsesmodellen, som tar utgangspunkt i at det ikke er begivenheten i seg selv, men personens tolkning av hendelsen som skaper opplevelser og følelser. Vi sier at det dannes et kognitivt skjema, som ved angstlidelser er knyttet til opplevelser av fare, som for eksempel sykdom, skade eller død. Angstfølelsen oppstår da situasjonen blir tolket feil. Angstens kognitive skjema opprettholdes ved at personen kun oppfatter den delen av situasjonen som bekrefter faresignalene, noe man kaller "tunnelsyn". Dette ser man ofte i sammenheng der pasient eller pårørende mottar sensitiv eller alvorlig informasjon. Det alvorlige og

negative i budskapet blir hørt, men ikke mulighetene. Som sykepleier er det derfor viktig å gi grundig informasjon til pasient og pårørende, gjerne flere ganger for å forsikre at budskapet er oppfattet (Snoek & Engedal 2000: 90).

#### 4.1.1 Hva er årsaken til panikk?

Angstlidelser kan være akutte eller kroniske. En akutt angstlidelse kalles gjerne et panikkanfall. Hvis lidelsen blir kronisk, kalles dette en panikk lidelse. Når det er snakk om hva som forårsaker panikkanfall og panikk lidelser, finnes det flere viktige faktorer som er verdt å nevne. En nøyaktig kombinasjon av disse faktorene varierer fra person til person, men det kan være nyttig å tenke på at det er en årsakssammenheng som består av tre generelle deler, som progressivt bygger opp under panikken (Silove & Manicavasagar 2008: 24).

- Noen mennesker er sårbare, enten som følge av deres konstitusjon, eller på grunn av deres tidligere opplevelser i livet. Dette kan være med på å gjøre det lettere å få angst.
- Videre har vi de umiddelbare stressfaktorene, også kalt de utløsende faktorene, som forårsaker et plutselig panikkanfall.
- Til slutt er det verdt å nevne at vi har flere ting som sørger for å opprettholde prosessen, såkalte opprettholdende faktorer. Disse opprettholdende faktorene fører ofte til en ond sirkel som gjør panikkanfallene verre og mer hyppige (Silove & Manicavasagar 2008: 24).

## 4.2 Stress og mestring

I boka *En hatt med slør* av Kongsmo (1995), er det vist til en definisjon av stress og en av mestring, utarbeidet av Benner og Wrubel i boka *The Primacy Of Caring*. Disse følger.

Stress defineres som et sammenbrudd i det som er meningsfullt, det man forstår og ens jevne fungering, noe som medfører at man opplever smerte, tap og utfordringer. Man trenger å sørge og utvikle nye forståelsesmåter og ferdigheter (referert i Kongsmo 1995: 84).

Det folk gjør når det de opplever som meningsfullt blir revet opp og deres vanlige fungering bryter sammen. Fordi målet med mestring er å finne mening igjen, er ikke mestring en rekke strategier som folk kan velge fritt blant uten begrensninger. Mestring er alltid begrenset av de meningsinnholdene og konsekvensene som er

knyttet til det som anses som stressende (referert i Kongsmo 1995: 84).

Mestring er altså det en gjør med stresset (Kongsmo 1995: 84). Benner og Wrubel mener at mennesker mestrer stress på ulike måter ut fra sin livsverden, kroppslige ferdigheter, hva som er viktig for det enkelte individ, deres historie og nåværende situasjon (Kongsmo 1995: 84-85). Videre forklarer de at for å hjelpe et menneske, er det først og fremst viktig å forstå hvordan personen opplever sin egen situasjon og historie. Det er også viktig å klargjøre hvilke muligheter han selv opplever at han har. Ved å bruke dette som grobunn kan en kanskje hjelpe pasienten til å skape flere muligheter ved å veilede, fortolke og trene ham til å lære flere ferdigheter, eller rett og slett ved å gi omsorg (Kongsmo 1995: 84-85). Manglende tilhørighet og en opplevelse av meningsløshet er den største trusselen mot mestring, derfor er det å hjelpe pasienten med å finne mening, en svært viktig oppgave for sykepleieren (Kongsmo 1995: 92).

### 4.3 Fysiske reaksjoner

Snoek og Engedal (2009: 91) skriver i boka Psykiatri at angstlidelser kan både være akutte eller kroniske. Ser man på den akutte angstlidelsen kalles dette gjerne for et panikkanfall. Hvis lidelsen dreier mot kronisk gjennom en fobisk utvikling, omtales dette som en panikk lidelse.

#### 4.3.2 Fight or flight

Kroppens nervesystem er delt inn i sentralnervesystemet og det perifere nervesystemet. Videre deles det autonome nervesystemet inn i det sympatiske og det parasympatiske nervesystem (Sand et. al. 2006: 105-106). Det sympatiske og parasympatiske nervesystemet styrer motoriske nervefibrer til kjertler, glatt muskulatur og hjertet. Det parasympatiske nervesystemet er koblet inn når kroppen hviler, mens det sympatiske nervesystemet aktiveres i krisesituasjoner (Sand et. al. 2006: 106).

Det sympatiske nervesystemet er også med å påvirke utskillelsen av hormoner som bidrar til at kroppen er bedre rustet til å møte en stressituasjon. Hvis mennesket blir truet slik at det sympatiske nervesystemet aktiveres, vil hjertet pumpe mer blod og blodet vil bli ledet vekk fra innvollsorganene og ut til skjelettmusklene. Videre økes



pustefrekvensen og anatomiske forhold for ventilasjon forbedres, slik at oksygentilførselen økes. Den intense svettingen hjelper kroppen å bli kvitt overskuddsvarme som er et resultat av den økte energiomsetningen (Sand et. al. 2006: 138-139).

I forhold til panikkanfall står det videre i boka *Lærebok i psykiatri*, av Dahl et. al. (1998: 258), at et panikkanfall fører til en rask utvikling av det autonome nervesystemet og psykiske symptomer. Et slikt anfall kan deles inn i to typer. Den ene formen for et panikkanfall er et resultat av et stimuli pasienten selv vet om, mens den andre kommer ubevisst over pasienten. Varigheten av et slikt anfall kan være mellom fem til tjue minutter og det er uvanlig at det varer opptil en time. Et slikt anfall kan føre til at mange pasienter blir utmattet i alt fra timer til dager etter at anfallet er over (Dahl et. al. 1998: 258).

Når det gjelder pasientens psykiske opplevelse av anfallet, starter dette ofte med raskt økende symptomer. Pasienten vil oppleve en ekstrem frykt og føle seg truet ved at en katastrofe eller fare kommer påtrengende. Når pasienten opplever den sterke angsten, vil han ha konsentrasjonsvansker og være forvirret. Pasienten kan også få en følelse av endret kroppstørrelse eller endrede omgivelser. De somatiske konsekvensene er som nevnt i avsnittet ovenfor (Dahl et. al. 1998: 258).

For pasienten oppleves angst- eller panikkanfallet som svært dramatisk, og et slikt anfall fører til at en rekke kroppslige symptomer settes i sving. Disse symptomene kan videre føre til at pasienten velger å oppsøke en lege, da han mistenker at han kan ha fått en fysisk sykdom. De typiske kjennetegnene på et panikkanfall er følgende: Svimmelhet, hjertebank, svetting, risting, kvalme, åndenød, brystmerter, kvelningsfølelser og en følelse av å være utenfor seg selv. Pasienten kan også få en frykt for å miste kontroll eller å bli gal, prikking, kaldsvetting, nummenhet, gåsehud og frykt for å dø (Snoek & Engedal 2009: 91).

Den fobiske utviklingen som nevnt ovenfor, er et resultat av pasientens gjentatte opplevelser med de faktorene og stedene som har utløst angstanfallet. Når pasienten begynner å unngå å besøke de stedene han har hatt angstanfall knyttet til, og begynner å unngå dem, kalles dette fobisk unngåelsesatferd. Dette fører over tid til at pasienten unngår å besøke disse stedene, noe som ofte resulterer i at pasienten nærmest blir innesperret i sitt eget hjem. Dette vil igjen ha store konsekvenser for resten av

familien (Snoek & Engedal 2009: 91).

### **4.3.2 Hyperventilering**

Hyperventilering er det samme som overpusting, altså det å puste for mye. Dette er en nokså vanlig reaksjon på stress, og man trenger ikke nødvendigvis å være plaget av angst for å ha opplevd dette. Er en imidlertid meget stresset eller har sterk angst, kan dette føre til at respirasjonen blir forstyrret (Norsk Helseinformatikk 2010).

Når disse anfallene inntreffer vil pasienten ofte være uvitende over hva som egentlig skjer. Det er da viktig å berolige, og gjøre pasienten oppmerksom på sitt overanstrengte pustemønster. Man bør forsøke å få pasienten til å slappe av og puste rolig. Mange føler at det hjelper å feste blikket på magen, da man på denne måten enkelt kan følge med sitt eget respirasjonsmønster. Det er viktig å ha en støttende rolle. Noen har opplevd liknende anfall tidligere, og kan kanskje stanse eller begrense anfallet selv ved å overtale seg selv til å puste rolig selv om de opplever lufthunger (Norsk Helseinformatikk 2010).

### **4.4 Trening og angst**

Systematisk fysisk trening og fysisk aktivitet, bidrar til å redusere angsten (Hummelvoll 2000: 118). Oppsummert forskning viser at det er for lite forskning til at dette kan konkluderes, men det tyder på at fysisk aktivitet har en positiv innvirkning på angst (Larun, L. et. al. 2009)

### **4.5 Medikamenter**

Medisiner viser seg å ha god virkning ved de fleste angstlidelsene vi har, bortsett fra agorafobi. Det er viktig at medikamentene tas i form av en kur til angsten er blitt borte, og helst i noen måneder etterpå. Årsaken til dette er at hvis en slutter for tidlig med medisinen, øker sjansen for at angsten kommer tilbake. Det er vanlig å behandle angst med medikamentgruppene; selektive serotonin-reopptakshemmere (SSRI), trisykliske antidepressiver (TCA) og benzodiazepiner (Pfizer 2010).

Når det gjelder selve gjennomføringen av den medikamentelle behandlingen, er den i stor grad avhengig av om pasienten selv går med på dette frivillig. En eventuell tvangsmedisinering kan oppfattes som et overtramp på pasientens integritet, samt utgjøre en traumatisk opplevelse for både pasient og personal, og bør derfor unngås.

Det er i vesentlig grad viktig at samarbeidet mellom pasient og sykepleier er nært. Som sykepleier har man dessuten en viktig rolle når det gjelder undervisning av pasient og pårørende, når det gjelder bruk av medikamenter (Hummelvoll 2000: 481-482).

#### 4.6 Eksponeringsterapi

Eksponeringsterapi går ut på at pasienten kontrollert og systematisk utsettes for situasjoner, for eksempel dyr eller gjenstander som personen er redd for (Rådet for psykisk helse 2010).

Videre gjennom en omfattende svensk litteraturstudie i 2005, gikk det fram at eksponeringsterapi har vitenskapelig støtte ved behandling av panikkklidelser og agorafobi, dette med og uten innblanding fra psykoterapi (von Knorring et. al. 2005). Oppsummert forskning fra SBU (2005) i Sverige viser også at blant annet eksponering, hvor pasientene lærer seg å håndtere det som utløser frykten, har en god og varig effekt ved spesifikk fobi.

#### 4.7 Joyce Travelbee

For å sikre den sykepleiefaglige forankringen av prosjektet, har vi valgt å se problemstillingen i lys av en sentral sykepleieteoretiker og hennes teori. Joyce Travelbee ble født i USA og ferdiggjorde sin sykepleierutdanning i 1926. Til daglig jobbet hun som psykiatrisk sykepleier og som lærer ved sykepleierutdanningen. I 1971 begynte hun på en doktoravhandling i sykepleie, men døde samme år (Travelbee 1999: 5-6). Vi har valgt å bruke hennes teori om medmenneskelige aspekter i sykepleie, da vi mener denne teorien inneholder mye av nøkkelen til å besvare problemstillingen (jfr. 5.2).

Gjennom boken *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* av Travelbee (1999: 61), går det igjen at hun ikke verdsetter begrepet pasient, men at hun i større grad velger å fokusere på individet bak betegnelsen. Travelbee (1999: 61) skriver at det er vanlig å omtale brukere av sosialtjenesten som pasienter.

Travelbee (1999: 136) skriver at kommunikasjon kan være både verbal og non-verbal. Verbal kommunikasjon foregår ved hjelp av ord, enten skriftlig eller muntlig. Non-verbal kommunikasjon er all kommunikasjon uten bruk av ord, slik som ansiktsuttrykk

og kroppsbevegelser. Dette kan være for eksempel gråting, skriking eller stønning. Andre typer non-verbal kommunikasjon kan skje ved hjelp av overføring av symboler, musikk, miming, bilder eller dans (Travelbee 1999: 136).

Travelbee (1999: 117-118) skriver at håpet er en mental tilstand kjennetegnet av et ønske om å oppfylle eller nå fram til et mål, kombinert med en grad av forventning om at det en ønsker eller jobber mot ligger innen rekkevidde og er oppnåelig. I noen håpssituasjoner er målene urealistiske, men fortsatt virkningsfulle. Videre skriver hun at håpet alltid er knyttet til en forventning om at andre vil komme en til unnsetning, og til en subjektiv kunnskap basert på en opplevd personlig erfaring

Menneskesynet til Travelbee (1999: 5-6) handler om at hvert enkelt individ er unikt som på samme tid er likt, men også ulik alle andre. Sentralt i teorien hennes er at sykepleien ikke skal ha handlinger som mål i seg selv, men som et middel i å hjelpe et annet menneske. I drøftningen vil vi belyse Travelbee sine synspunkter på kommunikasjonsprosessen og håpet og det hun kaller menneske-til-menneske-forholdet, samt de ulike fasene i etableringen av dette (Travelbee 1999: 172).

## 5.0 Drøftning

Drøftningskapittelet har vi valgt å dele i to deler. Først vil vi se på hvordan sykepleieren kan skape et menneske-til-menneske-forhold med pasienten, og hvilken betydning dette har for sykepleiens oppgaver i denne situasjonen (jfr. 3.0). Deretter vil vi komme inn på hvilke tiltak som er relevante for å dempe angstopplevelsen hos pasienten. Her vil vi trekke inn de kunnskapene vi fikk gjennom intervjuene. Vi mener at med tanke på problemstillingens oppbygning, er dette den mest hensiktsmessige måten å angripe drøftningen på. I den første delen av drøftningen (jfr. 5.2) velger vi også å bruke jeg-formen. Dette er fordi det er kun en sykepleier av gangen som forholder seg til Tom, og *vi*-termen vi har brukt til nå vil være uhensiktsmessig i denne sammenhengen.

Siden historien gjenspeiler en episode som skjer over et relativt kort tidsrom, mener vi at det ikke er realistisk å kun forholde oss til denne i seg selv. Vi velger derfor å ikke låse oss fast til dette tidsrommet, men diskutere hvordan et slikt forhold kan bygges med pasienten i hverdagen. Travelbee (1999: 171) viser til at et menneske-til-menneske-forhold bygges gjennom samhandling med den syke, på daglig basis.

### 5.2 Menneske-til-menneske-forholdet

Travelbee (1999: 171) sin ene grunntanke når det gjelder menneske-til-menneske-forholdet, er at sykepleieren og den syke oppfatter og forholder seg til hverandre som unike menneskelige individer, og ikke som pasient og sykepleier. Hun vektlegger at fasadene som pasient og sykepleier må overskrides før de kan se på hverandre som individer. Hensikten med dette forholdet er å hjelpe et menneske eller en familie med å forebygge og mestre sykdom og lidelse, og finne mening med slike erfaringer. Det er dette som til sist er sykepleierens hensikt og mål.

Den andre grunntanken Travelbee (1999: 172) presenterer er som nevnt at menneske-til-menneske-forholdet bygges gjennom fire forutgående og sammenhengende faser, mellom sykepleier og den han har omsorg for. Disse fasene kan bygges opp i ulikt tempo, og er som følger; (1) det innledende møtet, (2) framvekst av identiteter, (3) empati og til slutt (4) som er sympati og medfølelse (1999: 172). Disse fasene vil resultere i det overordnede målet for sykepleie, altså opplevelsen av gjensidig

forståelse og kontakt.

### 5.2.1 Det innledende møtet

Gjennom det første møtet mellom sykepleieren og den personen som trenger sykepleie, utspiller det seg visse følelser. Disse følelsene dannes på bakgrunn av de antakelsene og meningene det bygges opp mellom partene. Travelbee (1999: 186) viser videre til at observasjonen er det aller første og viktigste trinnet i sykepleierprosessen. Den første observasjonen danner førsteinntrykket og er grunnlaget for den vurderingen partene gjør seg imellom, basert på verbal og non-verbal kommunikasjon. Førsteintrykket baseres gjerne på bakgrunns erfaringer som sykepleieren og den pleietrengende har fra relasjoner til andre mennesker på godt og vondt. Dette betyr at sykepleieren må se forbi pasienten og inn til mennesket bak (Travelbee 1999: 186).

Da jeg først møtte Tom, gjorde jeg meg opp noen ubevisste meninger. Jeg hadde for forhånd fått vite at han hadde litt problemer med språket, det vil si at han snakket veldig fort og utydelig, og at han derfor kunne virke litt redusert kognitivt. Jeg så på Tom som en som trengte sosial støtte, men ikke som en pasient (jfr 1.5). Under sykepleierutdanningen har vi lært å behandle alle mennesker likt og med respekt. Derfor prøvde jeg fremfor alt å se Tom som det selvstendige og unike individet han er. Det var for meg viktig å prøve å bevare verdigheten hans, gjennom å overse kommunikasjonsvanskene hans, som jeg raskt opplevde som noe av det han slet mest med.

Travelbee (1999: 187) poengterer at i dette innledende møtet ser den syke på sykepleieren som en *sykepleier*, og sykepleieren oppfatter den syke som en *pasient*. Dette er fordi partene ser på hverandre som stereotyper og i liten grad som unike individer. Jeg mener at dette i mer eller mindre grad kan være individuelt betinget, og at dette kan avhenge av hvilken innstilling sykepleieren møter pasienten med. Som sykepleierstudent i møtet med Tom, så jeg ikke på Tom som en pasient eller en stereotyp, men som en person.

Videre viser Travelbee (1999: 187) til at det er først når de begynner å betrakte hverandre som individer, at stereotypene forsvinner. Det er når sykepleieren begynner å oppfatte den syke som et unikt individ, og den syke begynner å oppfatte

sykepleieren på lik måte, at forholdet går over i neste trinn, hvor begge identiteter starter å vise seg (Travelbee 1999: 188).

I følge Travelbee (1999: 187-188) handler det altså om å se mennesket bak problemet, og ikke problemet i seg selv. Jeg fant dette vanskelig da problemet hans var så åpenbar sosial karakter, men gjorde jeg så godt jeg kunne. Jeg oppfattet Tom som forholdsvis reservert og litt skeptisk til den nye mannen som sto i gangen hans, men at han etter hvert virket mer avslappet.

### **5.2.2 Framvekst av identiteter**

Ifølge Travelbee (1999: 188-189) betraktes hver part i forholdet i mindre grad som en kategori, men i større kraft av sin egen identitet. Dette betyr at den syke og sykepleieren begynner å verdsette hverandre som unike menneskelige individer. Det skapes en tilknytning mellom partene og de opplever å rette tanker og følelser mot hverandre, for igjen å motta inntrykk av den andres personlighet. Nå begynner sykepleieren å oppfatte hvordan individet bak pasienten oppfatter situasjonen. Den syke på sin side oppfatter sykepleieren i større grad som et selvstendig individ og ikke som en personifikasjon av alle sykepleiere. Forholdet er nå i en mellomfase som danner grunnlaget for empati og gjensidig forståelse (Travelbee 1999:189).

Gjennom min praksis var jeg daglig på besøk hos Tom i forbindelse med hjelp til spesielle gjøremål og generelt tilsyn. Etter hvert oppdaget jeg at vi hadde noen felles interesser, blant annet fotball og gitarspilling. Gjennom sangstunder i stua og ball-lek i hagen, oppdaget jeg at disse felles interessene dannet grobunn for et gjensidig tillitsforhold. Jeg følte at vi kom nærmere hverandre når vi gjorde en aktivitet vi begge hadde glede av. Dette tror jeg bidro til at individet Tom kom mer fram. Samtidig er jeg overbevisst om at Tom så meg som noe mer enn bare en sykepleierstudent, men et individ som han stadig ble tryggere på.

Jeg begynte å se og vurdere likhetene mellom meg selv og Tom, noe som ifølge Travelbee (1999: 192) er avgjørende for utviklingen av empati som hun beskriver som den neste fasen. Travelbee (1999: 192) forklarer videre at framveksten av identiteter fortsetter til et virkelig forhold er etablert, da dette er en forutsetning for at empatien skal kunne etableres.

### 5.2.3 Empatifasen

Empati er en prosess hvor mennesket er i stand til å begripe en annen persons psykiske tilstand (Travelbee 1999: 202). Travelbee (1999: 196) mener at det ikke nytter å vise empati hvis sykepleieren ikke har et ønske om å forstå den syke. Å ha et slikt ønske kan være motivert av ulike faktorer som for eksempel ønske om å hjelpe andre, eller av ren nyskjerrighet.

Forutsetningene for at det skal utvikles empati mellom to parter, bestemmes til dels av likheten mellom de to individene. Empati er også avhengig av likheter mellom partenes erfaringer, og begrenses av ens personlige bakgrunn. Dette betyr at det er urealistisk at sykepleieren kan føle empati med alle syke (Travelbee 1999: 195). Travelbee forklarer videre at godt voksne pleiemedhjelpere ofte har en større evne til å vise empati, da de har en bredere erfaringsbakgrunn enn sykepleierstudenter (Travelbee 1999: 195-196).

Som en relativt ung sykepleierstudent, har jeg begrenset livserfaring sammenliknet med en rutinert sykepleier. Jeg mener det var viktig å fokusere på de aktivitetene og interesseområdene vi begge hadde en interesse for. At dette var en forutsetning for å utvikle empati, var ikke noe jeg reflekterte over i praksisen. Dette er noe jeg nå ser samsvarer med Travelbee sin teori (jfr. 4.7). Jeg mener også det at jeg er en mann bidro til at jeg og Tom relativt raskt kom på samme bølgelengde.

Etter hvert som jeg og Tom ble bedre kjent, følte jeg at de formelle linjene mellom han, som bruker av sosialtjenesten, og meg som sykepleierstudent ble mer og mer visket vekk. Jeg var fortsatt bevisst på min rolle som sykepleierstudent, men vi hadde et mye mer avslappet forhold og jeg følte at jeg i større grad kunne føle med Tom, og den tilstanden han var i. Dette mener jeg hovedsakelig kom av at jeg hadde tilbrakt så mye tid sammen med han, at jeg hadde lært ham å kjenne.

Empatien som oppstår mellom sykepleieren og pasienten, går ut på at en tar del i den andres sinnstilstand uten at en tenker og føler som den andre. Empati er å *ta del*, men samtidig står utenfor selve objektet for empatien. Har sykepleieren empati med den syke, vil den fornemme nøyaktig den andres indre opplevelse på et gitt tidspunkt, noe som fører til at en er i stand til å forutsi hvordan den andres adferd kommer til å bli. (Travelbee 1999: 193).



Hvis vi ser på historien slik den er fortalt (jfr. 3.0), ser vi at når Tom og jeg hørte den første bjeffingen av hunden, registrerte jeg en del av det ubehaget Tom hadde. Selv om angstopplevelsen i seg selv var urealistisk for meg, siden jeg ikke har en fobi for hunder, sanset jeg noe av frykten til Tom og forutså reaksjonen hans. Forutseingen av reaksjonen hans mener jeg delvis kom av at jeg har et teoretisk grunnlag for å vite hva som skjer med en person som får panikkangst.

#### **5.2.4 Sympati og medfølelse**

Etter empatiprosessen kommer det Travelbee (1999: 200-201) kaller sympati og medfølelse-fasen. Denne fasen representerer at sykepleieren har et grunnleggende ønske om å lindre plagene hos pasienten. Hun sier at sympati og medfølelse går ut på at en oppriktig føler at den andres plager og ulykker, plager en selv, og ønsker å hjelpe personen som har det vondt. Varmen i sympatien kan formidles verbalt eller non-verbalt, men ofte er det sykepleierens væremåte som formidler medfølelsen, eventuelt mangelen på denne.

Siden jeg ikke sliter med en angst for hunder og ikke kan relatere til akkurat dette, ble ikke min sympati trigget av akkurat dette. Det som gjorde at min sympati og medfølelse ble en realitet, var hvordan den fysiske reaksjonen til Tom begynte å utarte seg. Hvis en ser på hvordan en person kan oppleve panikkangst (jfr. 1.5), blir det blant annet beskrevet som en følelse av å dø. Gjennom det empatiske forholdet jeg hadde opparbeidet meg til Tom, registrerte jeg at Tom hadde et stort ubehag. Sympatien og medfølelsen som tok meg da Tom begynte å trekke seg lengre bak i terrenget og puste veldig fort (jfr. 3.0), var sterk og jeg følte et ønske om å hjelpe han så godt jeg kunne.

Travelbee vektlegger at opplevelsen av gjensidig forståelse og kontakt er det overordnede målet for sykepleie, og at det er et resultat av oppnåelse av de fire fasene i menneske-til-menneske-forholdet (Travelbee 1999: 211). Om vi hadde en gjensidig forståelse og kontakt, vet jeg ikke. Jeg opplevde dette, basert på det forholdet vi etter hvert fikk, men jeg fikk aldri vite hvordan Tom egentlig så på meg.

### **5.3 Tiltak**

#### **5.3.1 Eksponeringsterapi**

Eksponeringsterapi dreier seg som nevnt i kapittel 4.6, om å systematisk og

kontrollert utsette seg for dyr eller gjenstander en har angst for. Tom lider av en spesifikk forbi ovenfor hunder (jfr. 3.0), og i henhold til nyere forskning innenfor behandling av slike lidelser, viser det seg at eksponeringsterapi har en god effekt (jfr. 4.6).

Gjennom intervjuene viste det seg at eksponeringstrening er noe sykepleierne har god erfaring med. Det understrekes også at denne type angstrening har en mer varig og permanent effekt enn medikamentell behandling, da det tar problemet med roten og ikke demper det midlertidig. Medikamenter bør heller nyttes i korte perioder, her eventuelt i en oppstartsfase av en behandling. Videre gjennom intervjuene kom det fram at eksponeringstrening kan gi viktig lærdom som pasienten kan ta med seg senere i livet. Dette er fordi pasienten har lært seg å takle liknende situasjoner før og vil være bedre rustet til å mestre dem.

Som vi ser framgår det at systematisk eksponering for de angstfremkallende faktorene, har god og varig effekt ved behandling av panikktilstander og fobi. Vi tror derfor at det i henhold til den omfattende og relevante forskningen som er gjort, er viktig å prøve ut dette tiltaket som et ledd i å hjelpe Tom med å takle angsten sin. Repål (2004: 32-33) skriver at i eksponeringstrening vektlegges det systematisk trening og planlegging i forkant, slik at en i større grad skal kunne mestre det å være i en angstpreget situasjon inntil angsten har avtatt noe. Han skriver videre at for å kunne drive eksponeringstrening, er det viktig at en deler opp årsakene til angsten i mindre deloppgaver. Hummelvoll (2000: 117) viser til at konfrontasjonene med de angstprovoserende faktorene bør skje gradvis.

Hummelvoll (2000: 117) beskriver angstreningen over to trinn, og sier at rolle- og situasjonsspill vil kunne være til god nytte. For Tom vil dette bety at sykepleieren tar opp situasjonen som omhandler hunder og som utløser angst hos ham. Resultatet av dette vil i etterkant være grobunn for en samtale om temaet. Andre trinn vil være at Tom begynner å trene konkret i forhold til å tåle hunder på ordentlig (Hummelvoll 2000: 117).

Hummelvoll (2000: 117) viser til at dersom pasienten samarbeider med psykiatrisk sykepleier i kommunehelsetjenesten, kan det være hensiktsmessig å bryte angstsirkelen ved å lage en konkret plan for dagen. Denne planen skal inneholde en

oppgave som skal utføres. Etter hvert som angsten blir mer håndterlig, økes vanskelighetsgraden.

For Tom mener vi det derfor er mest hensiktsmessig å lage en plan som tar sikte på en gradvis økning av hans toleransenivå for hunder. Et eksempel på en slik plan vil har vi hentet fra psykolog Nibe, Skåksrud (2010).

- Trinn 1: Tegn en hund på et stykke papir.
- Trinn 2: Les og lær om hunder.
- Trinn 3: Se på fotografier av hunder.
- Trinn 4: Se på videoer av hunder.
- Trinn 5: Observer en hund gjennom et lukket vindu.
- Trinn 6: Observer en hund gjennom et delvis åpent vindu.
- Trinn 7: Observer en hund i bånd fra 30 meters avstand.
- Trinn 8: Observer en hund i bånd fra 15 meters avstand.
- Trinn 9: Få en hjelper til å gå med en hund i bånd på 6-7 meters avstand.
- Trinn 10: Få en hjelper til å gå med en hund i bånd på 2-3 meters avstand.
- Trinn 11: Klapp en valp i bånd.
- Trinn 12: Lek med en valp med en hjelper til stede.
- Trinn 13: Klapp en voksen hund i bånd.
- Trinn 14: Lek med en voksen hund med en hjelper til stede.
- Trinn 15: Lek med en voksen hund alene.
- Trinn 16: Lek med to voksne hunder.

(Nibe, Skåksrud 2010)

Etter hver treningsøkt skriver Hummelvoll (2000: 117) at sykepleieren hjelper pasienten med å lufte tanker og følelser, med tanke på hva som gikk bra og hva som

kunne gått bedre. Sykepleieren må også være tilgjengelig for praktisk og emosjonell støtte.

### **5.3.2 Kommunikasjon**

Travelbee (1999: 136-144) understreker at sykepleierens oppgave er å lede, planlegge og tilrettelegge kommunikasjonen med den syke, slik at den tjener sykepleierens hensikt og mål. Videre sier hun at kommunikasjon en viktig prosess i etableringen av menneske-til-menneske-forholdet noe vi har nevnt tidligere (jfr. 5.2). Med dette som bakgrunn, vil vi se på hvordan kommunikasjonen kan påvirke angst som et hensiktsmessig tiltak.

Ifølge Hummevoll (2000: 112-113) kan sinnsro hos sykepleieren kan være med på å redusere opplevelsen av angst hos pasienten. Han viser videre til at angst lett kan overføres, og at angst hos personalet lett kan smitte fra person til person. Personalet må altså mestre sin egen angst og usikkerhet for å kunne formidle ro og trygghet til pasienten. Bruk av korte og enkle setninger, samt å la stemmen virke beroligende er tiltak han mener sykepleieren bør iverksette i møtet med en angstpreget pasient.

Da jeg hørte hunden bjeffe i det fjerne (jfr. 3.0) og oppdaget at Tom fikk et angstanfall, ble jeg konfrontert med min egen usikkerhet på situasjonen. Jeg opplevde ikke Tom som direkte truende, men var mer skeptisk til hva han kunne finne på. Han kunne legge på sprang innover i skogen eller det mer ekstreme – å nytte alle midler for å beskytte seg selv. Det jeg opplevde var en kamp mot min egen usikkerhet. At angst smitter var noe jeg på forhånd hadde lært, derfor var jeg bevisst på min egen reaksjon og prøvde å skjule min egen usikkerhet ved å snakke rolig og oppføre meg deretter. Hummelvoll (2000: 112-113) skriver at på samme måte som angst smitter mellom mennesker, kan angst gjøre dette, og igjen forsterke angsten. Jeg opplevde at Tom ble roligere da jeg fokuserte på at stemmebruken og kroppsspråket mitt ikke skulle formidle min egen uro, men en ro som hadde til hensikt å trygge ham.

Da vi gjennom intervjuet beskrev historien (jfr. 3.0) for intervjuobjektene, og forespurte om det var relevante tiltak som kunne nyttes i situasjonen, ble det blant annet sagt at uskadeliggjøring av situasjonen ikke var hensiktsmessig. I denne pasientsituasjonen var det ingen reell fare til stede, men pasienten ville likevel oppleve situasjonen som virkelig og truende. Dette fører til at det blir vanskelig å

overbevise personen om at situasjonen ikke utgjør en fare, da pasienten opplever trusselen som virkelig og truende uansett. Forslaget den psykiatriske sykepleieren var at sykepleieren for eksempel tok hunden og holdt den fast, eller satte den i et bur mens pasienten så på.

### **5.3.3 Fysisk kontakt**

Ifølge Travelbee (1999: 136) er non-verbal kommunikasjon, all kommunikasjon uten bruk av ord (jfr. 4.1). I det øyeblikket jeg klappet Tom på skulderen ble det utvekslet non-verbal kommunikasjon. Gjennom intervjuene ble det sagt at et hensiktsmessig tiltak i forhold til å roe en pasient med akutt angst, kan for eksempel være å klappe personen på skulderen, holde i hånden eller rundt pasienten, siden noen synes dette virker beroligende. Intervjuobjektene understreker at graden av kroppslig kontakt avhenger av hvor godt sykepleieren kjenner pasienten, og kan ikke nyttes bestandig. Ifølge Hummelvoll kan ro og situasjonskontroll overføres fra en person til en annen, ved at sykepleieren eksempelvis holder rundt personen. Hummelvoll (2000: 113) skriver at det å kjenne en annen persons kroppsvarme kan virke beroligende for personen med angst. Ha sier videre at fysisk kontakt er også med å opprette tillit mellom sykepleieren og pasienten.

I tilfellet med Tom (jfr. 3.0), begrenset kroppskontakten seg til noen klapp på skulderen. Tom var veldig urolig og jeg holdte litt avstand til ham da jeg ikke var helt sikker på hvordan han kom til agere mot meg. Det var først da jeg opplevde at han virket roligere at jeg klappet ham på skulderen.

### **5.3.5 Puste i pose**

Dersom anfallet ikke kan stanses ved beroligelse, er det fornuftig å forsøke å puste ut og inn i en pose som holdes løst foran munnen. Dette er fordi pasienten som et resultat av angsten, hyperventilerer og puster inn for mye oksygen. Ved å puste i en pose får han tilbake noe av den CO<sub>2</sub> som pustes ut, noe som resulterer i at pH-balansen i blodet utjevnes og symptomene forsvinner (Hummelvoll 2000: 113).

Å puste i pose som et tiltak for å dempe den akutte angsten, var et tiltak som ble tatt opp av intervjuobjektene. De hadde omentrent utelukkende god erfaring med dette tiltaket ovenfor pasienter med panikkangst, og at dette var noe som hjalp pasienten med å gjenvinne roen.

En annen teknikk har som hensikt å påvirke respirasjonsmønsteret uten ved bruk av pose. Dette går ut på å veilede og støtte pasienten til å ta dype åndedrag, slik at pasienten får et naturlig respirasjonsmønster (Hummelvoll 2000: 113). Dette vil igjen føre til at pasienten får en økt følelse av kontroll og mestring, noe som kan øke følelsen av selvaktelse. Sykepleierne vi intervjuet forklarte at det er mange ganger hensiktsmessig at pasienten setter seg ned og legger hendene sine på magen, for slik å kunne kjenne sitt eget respirasjonsmønster. Dette vil i sin tur gjøre pasienten mer klar over sin egen respirasjon og overfører fokuset fra angsten til at det pustes roligere og dypere. Norsk Helseinformatikk (2010) skriver at det også kan være hensiktsmessig at pasienten også ser på sin egen mage mens han hyperventilerer (jfr. 4.3.2).

Haugen (2010) fra magasinet *Scandinavian update magazine* gir et motsvar til bruk av denne teknikken. Han skriver at hvis en ikke vet sikkert at pasienten hyperventilerer (jfr. 4.3.2) på grunn av et angstanfall, kan det å puste i en papirpose som holdes tett om munnen være farlig. Dette begrunnes med at om en feiltolker hyperventileringen til en alvorlig syk pasient som angstutløst, vil en i verste fall kunne ta livet av pasienten.

Vi ser at det er ulike oppfatninger på hva som er riktig å gjøre. Vet en ikke sikkert om hyperventileringen er angstutløst og pasienten fortsetter å puste, vil det verste som kan skje ifølge Haugen (2010) være at personen besvimer. Vi tror det heller kan være mer hensiktsmessig å la pasienten fokusere på å ta dype, kontrollerte åndedrag og legge hendene på magen, som nevnt tidligere. Dette er fordi vi ikke har funnet ut at dette kan være skadelig for pasienten, men at det har en beroligende effekt.

### **5.3.6 Undervisning**

Hummelvoll (2000: 113-118) skriver at det er viktig at pasienten får undervisning om at psykiske følelser kan utslag som fysiske symptomer. Han peker videre på at hvis pasienten ikke har hatt et angstanfall før, er det viktig å få en lege til å avklare om grunnen er kroppslig sykdom. Hvis ikke, må pasienten forsikres om dette og at problemene ligger på det psykiske plan (jfr. 4.3.2).

Pasienten bør undervises og oppmuntres til å utøve fysisk aktivitet, da dette er en måte å redusere angsten på (Hummelvoll 2000: 118). Hvis pasienten tar medikamenter, må han vite hvorfor dette er viktig og hvordan det virker (Hummelvoll 2000: 118).

Hummelvol (2000: 481) poengterer videre at dersom sykepleieren kan drøfte med

pasienten fordelene og ulempene med medikamentet, vil dette sannsynligvis være med å styrke samarbeidet.

Vi tror derfor at dersom Tom undervises om hva angst er, vil han også være bedre rustet til å takle angsten, selv når det ikke er en sykepleier til stede.

#### 5.4 Håpets betydning

Travelbee (1999: 123) forklarer at det er sykepleierens rolle å hjelpe pasienten til å opprettholde håpet og unngå håpløshet. Videre er det viktig å hjelpe pasienten som opplever håpløshet med å gjenvinne håpet.

Dette gjør sykepleieren hovedsakelig ved å være tilgjengelig og lytte til pasienten når han for eksempel snakker om sin angst eller frykt (Travelbee 1999: 123). I forhold til psykiatrisk sykepleie mener vi derfor at for å motivere Tom til å takle angsten og hvordan han kan mestre den, er håpet en viktig støttespiller. Travelbee (1999: 117) skriver at håpet er en tilstand hvor ønsket om å oppnå et mål ligger innenfor rekkevidde (jfr. 4.6). Tom har uttrykt ovenfor meg at han ønsker å bli kvitt angsten, og derfor mener vi at det er sykepleierens oppgave å underbygge dette så langt vi kan.

## 6.0 Avslutning

Gjennom vårt arbeide med å besvare problemstillingen på en best mulig måte, har vi fordypet oss i noe av den litteraturen og forskningen som er gjort på området. Under litteratursøket fant vi store mengder forskning og litteratur om angst, og utfordringen ble avgrensning. For å forankre prosjektet sykepleierfaglig, har vi brukt Joyce Travelbee og hennes teori. Vi har drøftet hennes teori om menneske-til-menneske-forholdet (jfr. 5.2) opp mot historien (jfr. 3.0) og fått et dypere perspektiv på relasjonen mellom sykepleier og pasient, og hva dette igjen betyr for reduksjonen av angst hos pasienten. Etter den sykepleierfaglige forankringen har vi sett på om det finnes konkrete tiltak i forhold til panikkangst. Gjennom vårt arbeide med prosjektet på et forskningsbasert, litterært og et intervjurelatert plan, har vi funnet noen tiltak som kan være hensiktsmessige i møtet lidelsen. Det som det eventuelt kan forskes mer på i et senere prosjekt kan være medikamentell behandling og eksponeringsterapi i samhandling, samtaleterapi/gruppeterapi og sykepleierens undervisningsrolle i forhold til angst.



## 7.0 Litteraturliste

### 7.1 Pensumlitteratur

Aadland, E. (2007) *"Og eg ser på deg...": Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2007) *Metode- og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal

Hummelvoll, J. K. (1997) *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal

Sand, O. et. al. (2007) *Menneskekroppen: Fysiologi og anatomi*. Oslo: Gyldendal

### 7.2 Selvvalgt litteratur

434 sider selvvalgt litteratur.

#### 7.2.1 Bøker

Dahl, A. et. al. (1998) *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget. (Kap. 13. 25 sider).

Konsmo, T. (1995) *En hatt med slør... Om omsorgens betydning for sykepleie: En presentasjon av Benner og Wrubels teori*. Otta: Trulte Konsmo og TANO. (Kap. 2. 24 sider)

Repål, A. (2004) *Angst: Om angst – opplysning*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk opplysning. (20 sider)

Schmidbauer, W. (2006) *Boken om angst*. Oslo: Andersen & Butenschøn. (Kap. 1. 16 sider)

Silove, D. & Manicavasagar, V. (2008) *Å bekjempe panikk*. Trondheim: Tapir. (Kap. 3. 14 sider)

Snoek, J. E. & Engedal, K. (2000) *Psykiatri: Kunnskap, forståelse, utfordringer*. Trondheim: Akribe. (kap. 6. 22 sider).

Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold ti sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget. (287 sider)

## 7.2.2 Internett

Haugen, J. (2010) *Han bare puster litt fort, hyperventilerer...* [Online] Tilgjengelig fra <[http://www.scandinavianupdate.org/magazine/imgs/pdf/SUM10\\_011\\_haugen.pdf](http://www.scandinavianupdate.org/magazine/imgs/pdf/SUM10_011_haugen.pdf)> [21. Mars 2011] (6 sider).

von Knorring, L., Thelander, S. & Pettersson, A. (2005) *Treatment of anxiety syndrome. A systematic literature review. Summary and conclusions by the SUB.* [Online] Tilgjengelig fra <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16408394?dopt=Abstract>> [25. Mars 2010] (1 side)

Larun, L. et. al. (2009) *Exercise in prevention and treatment of anxiety and depression among children and young people.* [Online] Tilgjengelig fra <<http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD004691/frame.html>> [6. April 2011]. (6 sider)

Nibe, Skåksrud, K. (2010) *Behandling av fobier.* [Online] Tilgjengelig fra <<http://oslo-psykologene.no/fobier/behandling-av-fobier>> [30. Mars 2011] (3 sider)

Norsk Helseinformatikk (2010) *Hyperventilering.* [Online] Tilgjengelig fra <<http://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/angsttilstander/hyperventilering-7428.html>> [6. April 2011] (3 sider)

Pfizer.no (2010) *Behandling: Hvilke typer behandling finnes det?* [Online] Tilgjengelig fra <[http://www.pfizer.no/templates/Page\\_\\_\\_\\_470.aspx](http://www.pfizer.no/templates/Page____470.aspx)> [9. April 2010] (2 sider)

Rådet for psykisk helse (2010) *Eksponeringsterapi.* [Online] Tilgjengelig fra <<http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=29877>> [2. April 2010] (1 side)

SBU Kunskapscentrum för hälso- och sjukvården (2005) *Behandling av ångestsyndrom.* [Online] Tilgjengelig fra <<http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Behandling-av-angestsyndrom/>> [21. April 2011] (4 sider)

## 8.0 Vedlegg

### 8.1 Intervjuguide

- Hvordan vil du forholde deg til en pasient med akutt angst/angstanfall i avdelingen, hva vil du gjøre for å berolige pasienten?
- Hva gjør du for å få pasienten rolig?
- ”Vi forteller pasienthistorien”
- Hva tenker du om å prøve å uskadeliggjøre situasjonen for pasienten?
- Ser dere framgang med slik angstrening?
- Tenker du at miljøterapi er bedre enn medikamentell behandling?
- Hva tenker du er mest hensiktsmessig av miljøterapi og medikamentell behandling i det lengre løp?
- Er det noen tilfeller at dere gir pasienten medikamenter for å dempe den akutte fasen, for så å starte opp med miljøterapi?