

UNIVERSITETET I  
NORDLAND

SY 180H 000

## BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

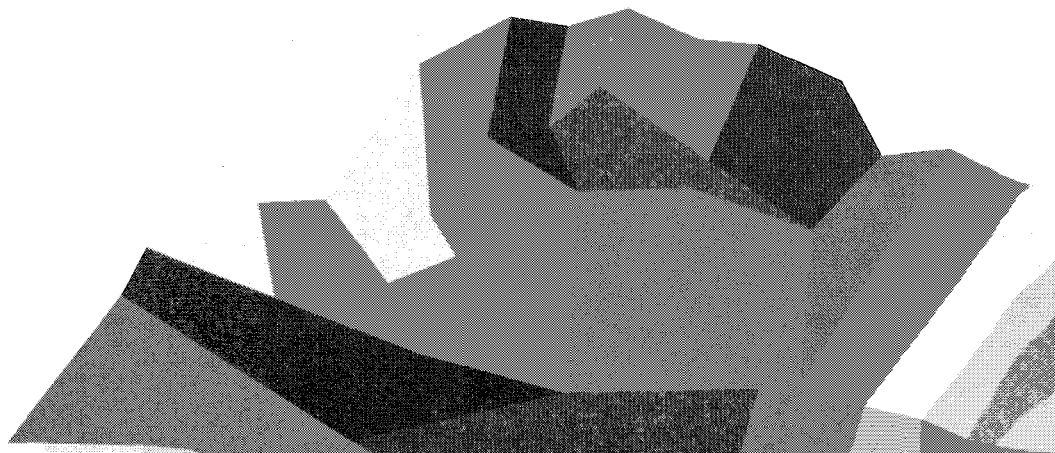
*”Hvordan kan sykepleier gjennom god kommunikasjon fremme trygghet og mestring hos pasienter i den preoperative fase?”*

[Møb. Line]

Kandidatnummer: 26

Kull 08 vår

Dato for innlevering: 28. Oktober 2011



*Det krever en stor lytter for å høre  
hva som faktisk sies,  
en enda større for å høre  
hva som ikke sies,  
men som kommer til uttrykk i talen*

*-Richard Palmer-*

## INNHALDSFORTEGNELSE

1.0	INNLEDNING.....	4
1.1	Bakgrunn for valg av tema. ....	4
1.2	Presentasjon av problemstilling.....	4
1.3	Avgrensning av oppgaven. ....	5
1.4	Oppgavens disposisjon. ....	5
2.0	METODE.....	7
2.1	Hva er en metode? .....	7
2.2	Vitenskapsteoretisk forståelse. ....	7
2.3	Valg av metode. ....	8
2.4	Søkehistorikk. ....	8
2.5	Litteratur og kildekritikk.....	9
2.6	Etiske overveielser.....	10
	TEORIDEL.....	11
3.0	JOYCE TRAVELBEES SYKEPLEIETEORI .....	11
3.1	Definisjon på sykepleie.....	11
3.2	Menneske-til-menneske-forholdet.....	12
3.3	Å bruke seg selv terapeutisk. ....	12
3.4	Travelbee om kommunikasjon. ....	13
4.0	TRYGGHET .....	14
5.0	MESTRING .....	15
6.0	KOMMUNIKASJON .....	16
6.1	Definisjon .....	16
6.2	Verbal kommunikasjon.....	16
6.3	Nonverbal kommunikasjon.....	17

DRØFTINGSDEL .....	18
7.0 Å VÆRE KIRURGISK PASIENT.....	18
7.1 Pasienthistorie.....	18
7.2 Hvordan kan pasienten oppleve stress og angst i preoperative fase? .....	19
7.3 Monas opplevelse av frykt og angst i hennes preoperative fase.....	20
8.0 SYKEPLEIERENS MØTE MED OPERASJONSPASIENTEN .....	23
8.1 Det innledende møtets betydning for pasientens opplevelse av trygghet.....	23
8.2 Hvordan kan sykepleier bruke sine kommunikasjonsferdigheter målrettet for å redusere pasientens stressnivå?.....	24
8.3 Hvordan kan sykepleier formidle kunnskap for å fremme kontroll og mestring hos pasienten? .....	29
9.0 AVSLUTNING.....	33
LITTERATURLISTE.....	34

## 1.0 INNLEDNING

Antall ord i oppgaven: 9893

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema.

Denne oppgaven er først og fremst en avsluttende eksamen ved sykepleierutdanningen som må være bestått for å få autorisasjon som sykepleier. I den forbindelse har jeg valgt å skrive om et tema som både interesserer og engasjerer meg. Jeg ble veldig opptatt av dette temaet da jeg selv var i praksis på kirurgisk avdeling og var vitne til en rekke pasientsituasjoner som fikk meg til å reflektere over hvordan ting kunne ha blitt gjort annerledes. Operasjonspasienter utgjør en stor andel av pasientene som er innlagt i norske sykehus. Et kirurgisk inngrep kan være til stor belastning for et menneske, både fysisk og psykisk. Det er mange faktorer som kan bidra til utrygghet og stress i forkant av et inngrep, noe jeg ved flere anledninger var vitne til i løpet av min praksis. Jeg mener at en viktig sykepleieroppgave vil være å bidra til å fremme trygghet og mestring hos pasienter i denne fasen. Jeg har i fremtiden lyst å jobbe med kirurgiske pasienter. Derfor har jeg et ønske om å tilegne meg mer kunnskap og innsikt slik at jeg på best mulig måte kan være forberedt til å møte den aktuelle pasientgruppen når jeg er ferdig utdannet sykepleier. Jeg anser denne oppgaven som en mulighet for meg til å kunne fordype meg i en del av fagfeltet jeg synes virker spennende og utfordrende.

### 1.2 Presentasjon av problemstilling.

Jeg ønsker å fremme en bevisstgjøring blant sykepleiere på hvordan vi kan bruke kommunikasjon som et verktøy for å fremme trygghet og mestring hos denne gruppen pasienter.

Som et utgangspunkt i denne fordypningsoppgaven har jeg valgt problemstillingen:

***”Hvordan kan sykepleier gjennom god kommunikasjon fremme trygghet og mestring hos pasienter i den preoperative fase?”***

### 1.3 Avgrensning av oppgaven.

Dette er et omfattende tema og på grunn av oppgavens omfang må jeg avgrense den en god del. Jeg skal konsentrere meg om pasienter i den preoperative fasen. Jeg vil ikke gå særlig inn på den pre eller -postoperative fasen i forbindelse med et kirurgisk inngrep, men blir å nevne dem kort for at oppgaven skal bli oversiktlig. Jeg forholder meg til elektive inngrep, dette fordi jeg har erfart at akutte operasjoner har begrenset tidsramme preoperativt. Jeg blir kun å ta for meg det psykososiale aspektet ved operasjonspasienten, ikke fysiske forberedelser eller fysiske reaksjoner i forbindelse med operasjonen. Jeg skal ikke konsentrere meg om en bestemt type operasjonspasienter. Dette begrunner jeg med at operasjonspasienter har mange fellestrekk når det gjelder hvordan de opplever den preoperative fasen enten det er et lite eller stort inngrep de skal gjennom. På grunn av oppgavens omfang velger jeg også å utelukke pasienter med tilleggsdiagnoser. Jeg blir ikke å nevne pårørende i oppgaven fordi oppgaven er rettet mot sykepleiers kommunikasjon i samhandling med pasienten. Jeg har i oppgaven valgt å bruke begrepene ”pasient” og ”sykepleier”. For å gjøre det litt lettere språkmessig har jeg enkelte steder i oppgaven valgt å referere pasienten eller sykepleieren som ”hun” eller ”han”.

### 1.4 Oppgavens disposisjon.

Jeg har videre valgt å dele oppgaven inn i tre hoveddeler som består av en metodedel, en teoridel og en drøftningsdel. I *metodedelen* vil jeg gjøre rede for hvilken metode jeg har benyttet som framgangsmåte for oppgaven og min begrunnelse for dette. Videre følger søkehistorikk, litteratur og kildekritikk samt etiske overveielser jeg har gjort hensyn til i oppgaven. I *teoridelen* har jeg tatt med relevant teori om trygghet, mestring, kommunikasjon og sykepleierteori som videre er med på å belyse temaet. I *drøftningsdelen* har jeg startet med å presentere en fortelling fra praksis som jeg prøver å følge som en ”rød tråd” gjennom drøftningsdelen. Med bakgrunn i teori og mine egne erfaringer fra praksis ønsker jeg å gi en forståelse hvordan pasienten kan oppleve den preoperative fasen på sykehuset. Jeg har også sett på det innledende møtets betydning for pasientens trygghet og forsøkt å diskutere hvordan sykepleier kan redusere stress hos pasienten ved bruk av hensiktsmessig kommunikasjon. Til slutt i drøftningsdelen har jeg sett på hvilke faktorer

som kan bidra til å hjelpe pasienten å mestre situasjonen han opplever.

I *avslutningen* oppsummerer jeg oppgaven i korte trekk sammen med en avsluttende kommentar. I tillegg har jeg utarbeidet en litteraturliste med alfabetisk oversikt over pensumslitteratur og annen litteratur jeg har brukt for innhenting av data til oppgaven min.

## **2.0 METODE**

### **2.1 Hva er en metode?**

Metode er et viktig redskap for hvordan man skal gå fram for å samle inn relevant data for å løse en oppgave (Dalland 2007) og kan defineres som:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Aubert 1985:196).

Det skilles mellom to metodiske retninger; den kvantitative og den kvalitative metoden. Den kvantitative metoden skjer uten direkte kontakt med feltet og gir oss målbare resultater i form av tall, som videre gir oss mulighet til å finne det som er representativt. Ved å benytte denne metoden går man i bredden og undersøker et vidt spekter av forekomster. Den kvalitative metoden brukes til å samle inn data som kan beskrive fenomener som ikke lar seg måle eller tallfestes. Man er i direkte kontakt med feltet og går i dybden for å innhente mange opplysninger om få undersøkelsesenheter. Slik får man frem det som er særegent og som gir sammenheng og helhet samtidig som at metoden gir en forståelse av resultatet (Dalland 2007).

### **2.2 Vitenskapsteoretisk forståelse.**

Det skilles mellom to hovedsyn på hvordan kunnskap blir til; positivisme og hermeneutikk. Positivisme er forankret i den naturvitenskapelige tradisjon som er opptatt av det som kan observeres og regnes ut med våre logiske sanser (Dalland 2007). I denne tradisjonen blir erfaring sett på som kilden til kunnskap (Thornquist 2003). Hermeneutikk betyr fortolkningslære, den handler om å tolke og forstå grunnlaget for menneskelig eksistens. Ved å fortolke kan man tydeliggjøre eller gi mening til det som virker uklart, uforståelig, kaotisk eller selvmotsigende. Hermeneutikken forklarer mennesket som et tenkende, skapende, handlende og villende vesen (Dalland 2007). Mitt valg av metode bygger på et hermeneutisk kunnskapssyn. Ved hjelp av denne metoden kan jeg nærme meg en forståelse av hvordan pasientene opplever sin situasjon i den preoperative fasen.



### **2.3 Valg av metode.**

Som rammeverk for min metode har jeg brukt Dalland (2007) ”*Metode og oppgaveskrivning for studenter*”.

Som utgangspunkt for denne oppgaven har jeg valgt å bruke opplevelser og erfaringer fra egen praksis. Dette fordi det skaper en virkelighetsnær tilnærming og får frem pasientens egne følelser og reaksjoner. Ut over det har jeg valgt å benytte meg av litteraturstudie basert på en kvalitativ metode som fremgangsmåte for min oppgave. I en litteraturstudie settes kunnskap fra skriftlige kilder i system ved å samle inn, gå kritisk gjennom og sammenfatte datamaterialet. Målet er ikke å legge frem ny kunnskap, men nye opplysninger kan fremkomme fra tidligere beskrevet materiale. Det finnes visse kriterier for at en oppgave bygd på denne metoden skal bli vellykket. En må ha klart for seg hva en skal skrive om og foreta riktige søkinger i litteraturen. Kriteriene for å vurdere kvaliteten på litteraturen bør være tydelige og den skriftlige fremstillingen må være ryddig og strukturert (Magnus og Bakketeig 2000). Bruk av denne metoden har ført til at jeg har hatt lett tilgang til datamateriale fra pensumsbøker og aktuell faglitteratur som jeg har funnet på biblioteket samt publisert forskning på internett.

### **2.4 Søkeshistorikk.**

For å finne litteratur som var relevant for oppgavens problemstilling har jeg brukt pensumslitteratur fra sykepleieutdanningen samt benyttet meg av Universitetets bibliotek.

Jeg har også benyttet meg av Norsk sykepleierforbund og Lovdata.no for å innhente relevante kilder. Disse anser jeg som seriøse og troverdige nettsider.

Jeg har søkt i forskjellige databaser som BIBSYS, NORART, PUBMED, SWEMED+, BioMed Central og Helsebiblioteket. Søkeord jeg har brukt er: Norske: kirurgisk inngrep, preoperativ sykepleie, kommunikasjon, informasjon, trygghet, sykehus, stress, mestring og mestre. Engelske ord jeg har søkt på er: patient, surgery, preoperative care, anxiety, stress og coping. Jeg har søkt både på ordene alene og i kombinasjon med hverandre.

## 2.5 Litteratur og kildekritikk.

Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det vil si å karakterisere og vurdere kildene man bruker (Dalland 2007). I løpet av prosessen med å finne litteratur oppdaget jeg at det finnes et stort mangfold og spennevidde i litteratur innenfor emnet. Dette gjorde det litt vanskelig med hensyn til hva jeg skulle velge å bruke. Med utgangspunkt i problemformuleringen har jeg forsøkt å velge teori jeg mener best svarer til min problemstilling.

Av kildene jeg har benyttet, vil jeg trekke frem Eide & Eide (2009). *Kommunikasjon i relasjoner* er en forskningsbasert fagbok om kommunikasjon i sykepleie. Forfatterene presenterer blant annet teori om kommunikasjon og et bredt spekter av kommunikasjonsferdigheter man bør beherske som sykepleier. I sykepleieperspektiv har jeg i min oppgave valgt å ha med Joyce Travelbees sykepleieteori. Hun har et spesielt fokus på kommunikasjon, etablering av relasjoner og terapeutisk bruk og av seg selv. Jeg anser dermed hennes teori som nyttig og relevant for min problemstilling. Jeg har brukt boken *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1999) som er en oversettelse av Travelbees bok *Interpersonal aspects in nursing* (1966). Jeg har benyttet Kari Mari Thorbjørnsens oversettelse ettersom jeg synes Travelbees originalversjon er omfattende og vanskelig å oversette. Som et supplement i drøftningsdelen har jeg benyttet meg av boka *"En hatt med slør"*, som er en presentasjon av Benner og Wrubels teori om stress og mestring. Den er skrevet på norsk av Trulte Kongsmo og er ikke en ren oversettelse fra forfatterne. Jeg mener at Kongsmo har et godt forhold til teorien og får fram det mest vesentlig i forhold til deres teori.

Bruk av sekundærlitteratur kan ha ført til at stoffet kan være farget av oversetternes synspunkter og meninger, eller at oversettelsene er feilaktige. Men jeg mener selv at jeg ikke hadde gjort bedre oversettelser enn det forfatterne har gjort. Noe av litteraturen er forholdsvis gammel. Jeg har likevel valgt å ta det med fordi det til stadighet henvises i annen litteratur av nyere dato og anerkjente forfattere. Jeg anser det derfor for å være gjeldene.

Jeg har nøye vurdert kildene jeg har hentet på internett fordi mye av stoffet der er kan ha tynn vitenskapelig forankring og kan gi feil informasjon. I søk etter vitenskapelige

forskningsartikler har jeg sett på kriterier som om det er relevant i forhold til problemstillingen min, seriøsitet og om det er kvalitetssikret av fagredaksjoner. Det vil si at jeg har gått kritisk gjennom artikkelen, dens litteraturliste samt forfatterens bakgrunn for å finne ut om de oppfyller krav og innhold som en vitenskapelig artikkel skal ha og om de er godkjent av eksperter innenfor fagfeltet. De vitenskapelige og faglige artiklene jeg valgte å ha med forteller om hvordan pasienter i den preoperative fasen opplevde følelsen av stress før et inngrep, hvilke faktorer som bidro til utrygghet, hvordan sykepleiere kan bidra for å fremme trygghet og hva som bidro til mestring i den preoperative fasen. Jeg vil spesielt trekke frem artikkelen til Grønnestad og Blystad (2004) som i sin kvalitative studie har foretatt intervju av pasienter ved et norsk sykehus. De belyser i hvilken grad informasjon pasientene får i forbindelse med operasjon har innvirkning på opplevelsen av trygghet og evnen til å mestre situasjon.

## **2.6 Etiske overveielser.**

I oppgaven har jeg brukt mine egne observasjoner og erfaringer fra praksis. I henhold til personopplysningsloven § 1 som har til formål å beskytte den enkelte mot krenkelse av personvernet gjennom behandling av personopplysninger (Justis- og politidepartementet 2000), har jeg i min oppgave brukt oppdiktete navn i pasienthistoriene mine. Jeg har også anonymisert praksissted og ansatte ved praksisstedet slik at det ikke skal være mulig å kjenne igjen personer eller sted. Jeg har også gjort hensyn til hvordan jeg har benyttet og presentert øvrige kilder. Ut i fra dette har jeg ingen etiske betenkeligheter med å skrive oppgaven slik jeg har gjort det.

## TEORIDEL

### 3.0 JOYCE TRAVELBEES SYKEPLEIETEORI

#### 3.1 Definisjon på sykepleie.

Joyce Travelbee var en amerikansk sykepleier som levde fra 1926 til 1973. I tillegg til å arbeide som psykiatrisk sykepleier jobbet hun også som lærer i sykepleierutdanningen (Jensen 1999). Hennes filosofi og sykepleietenkning har fortsatt stor innflytelse innenfor sykepleieutdanningen i Norge. Travelbee retter spesielt sin oppmerksomhet mot de mellommenneskelige forhold ved sykepleien, og begrepet og ”å bruke seg selv terapeutisk” har en sentral plass i hennes tenkning. Travelbee ser på hvert menneske som en unik person der ingen er like. Hun mener at alle mennesker i løpet av livet vil oppleve lidelse som en del av eksistensen og at denne erfaringen vil oppleves veldig personlig. I møtet med sykdom, lidelse og smerte har mennesker en tendens til å søke etter en mening. Hennes sykepleieteori bygger på et eksistensialistisk menneskesyn der sykepleie handler om å hjelpe den syke til å finne mening med den situasjonen han befinner seg i. Travelbee mener at sykepleierens mål og hensikt bare kan oppnås gjennom etablering av et menneske-til-menneske-forhold (Kristoffersen 2005).

Travelbees definisjon på sykepleie:

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

Slik jeg forstår Travelbee er hun opptatt av at sykepleieren skal hjelpe pasienten å finne en mening med det han opplever i forbindelse med sykdom, utredning og behandling, og på den måten hjelpe han til å mestre denne situasjon. For at dette skal skje er det nødvendig å etablere det hun kaller for menneske-til-menneske-forholdet.

### **3.2 Menneske-til-menneske-forholdet.**

Travelbee sier at menneske-til-menneske-forhold er ”*En eller flere opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og den som er syk, eller har behov for sykepleierens tjenester*” (Travelbee 1999:41). Disse opplevelsene og erfaringene kjennetegnes ved at individets, familiens eller samfunnets behov for sykepleie, blir ivaretatt. En sykepleier som innehar og benytter seg av en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer og som samtidig har evne til å bruke seg selv terapeutisk, vil dermed kunne ivareta disse behovene. Forutsetningen for å kunne etablere et menneske-til-menneske-forhold er at sykepleier og pasient ikke oppfatter og forholder seg til hverandre som ”sykepleier” og ”pasient”, men som unike individer. Forholdet bygges opp dag for dag og all kontakt mellom sykepleier og pasient kan være et steg videre mot dette (Travelbee 1999). I følge Travelbee etableres forholdet gjennom flere faser i en interaksjonsprosess; det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt (Kristoffersen 2005). Kontaktetableringen avhenger av sykepleierens evne til å anvende en disiplinert tilnæringsmåte sammen med terapeutisk bruk av seg selv (Travelbee 1999).

### **3.3 Å bruke seg selv terapeutisk.**

Travelbee fokuserer på at en profesjonell sykepleier bør inneha evnen til å bruke seg selv terapeutisk. Når sykepleieren anvender disse evnene, bruker hun i samhandling med pasienten bevisst sin egen personlighet og egne kunnskaper for å fremme forandring hos den syke. Å bruke seg selv terapeutisk er avhengig av at sykepleieren har selvinnsett, selvforståelse og vet hvordan innvirkning egen atferd har på andre mennesker. I tillegg må hun ha innsikt i hva det innebærer å være menneske, ha forståelse for menneskelig atferd og evner til å tolke og forutse andres atferd (Travelbee 1999).

### **3.4 Travelbee om kommunikasjon.**

Travelbee fremhever kommunikasjon som et av sykepleierens viktigste redskap i etableringen av et menneske-til-menneske-forhold. Ved hjelp av kommunikasjonen kan sykepleieren lære pasienten å kjenne, slik at hun kan kartlegge hans særegne behov, noe som er nødvendig for å kunne planlegge og utføre pasientens sykepleiebehov. Slik jeg ser det har Travelbee lagt spesielt vekt på en rekke kommunikasjonsteknikker og ferdigheter som sykepleieren må lære seg for å oppnå sykepleierens mål og hensikt. Hun sier imidlertid at bruken av disse teknikkene ikke må gå på bekostning av det som for sykepleieren er spontant og naturlig i samhandling med pasienten (Kristoffersen 2005).

I sykepleiesituasjoner kan kommunikasjon brukes til enten å komme nærmere andre mennesker eller til å støte dem bort. Hvis sykepleierens grunnholdning til pasienten preges av likegyldighet og manglende engasjement, kan hun ikke bruke kommunikasjonsteknikker til å oppnå ønskelig kontakt i en samhandling som ikke fungerer. Utbyttet av teknikkene er derimot stor når sykepleieren er bevisst på hvorfor hun bruker dem og hva hun vil oppnå med dem. For å kunne anvende kommunikasjonsteknikkene målrettet og effektivt forutsetter det at sykepleieren har evne til, og kan benytte en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte i kombinasjon med terapeutisk bruk av seg selv (Travelbee 1999).

#### 4.0 TRYGGHET

Å føle trygghet er en viktig del av livet vårt og en grunnleggende del av vår tilværelse (Thorsen 2011). Det er en personlig opplevelse, og har betydning for vår evne til å være alene og vårt forhold til andre mennesker. Vi har behov for å oppleve tilværelsen som stabil, strukturert og meningsfull. Trygghetsbegrepet kan deles i to dimensjoner; den indre og den ytre tryggheten (Blix og Breivik 2006).

Den indre trygghet sees på som den grunnleggende tryggheten. Den blir ofte blir grunnlagt i barneårene gjennom en trygg oppvekst der opplevelse av tilhørighet, fellesskap, frihet, ansvar, felles verdier og normer er viktige faktorer. Vi kan også tilegne oss indre trygghet gjennom erfaringer som når man kommer positivt ut av en opplevd krise. Dette kan bidra til at man blir tryggere i møte med nye problemer og utfordringer. Den ytre tryggheten er en form for situasjonstrygghet som relateres til livet vi lever og vår samhandling med omgivelsene. Vi opplever situasjoner som trygge eller utrygge, noe som i stor grad påvirker oss ved sykdom (Blix og Breivik 2006).

Den ytre trygghet omfatter flere dimensjoner; kunnskap-og kontrolltrygghet, stole på andre-trygghet og relasjonstrygghet. Kunnskaps- og kontrolltrygghet handler om å ha kunnskap og kjennskap for hvordan ting er og hva som skjer. En forutsigbar fremtid er et element som bidrar til følelsen av trygghet. Ved å få informasjon, kunnskap, bekreftelse og erfaring kan pasienten oppleve denne tryggheten. Stole på andre-trygghet handler om forventninger om å få hjelp når man er i vanskelige situasjoner og at de som skal hjelpe mestrer situasjonen. Relasjonstrygghet er knyttet til de man har nære og sosiale relasjoner til. At man har familie og venner i nærheten når man trenger dem, for eksempel ved sykdom og kriser (Blix og Breivik 2006).

Trygghet er elementært i etablering av relasjoner og samhandling mellom sykepleier og pasienten. Vi mennesker er avhengige av hverandre og når man i samhandling med andre mennesker utleverer oss til den andre, kan trygghet eller utrygghet oppstå (Blix og Breivik 2006).

## 5.0 MESTRING

Lazarus og Folkman definerer mestring som:

Kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å takle spesifikke ytre eller indre krav som oppleves belastende, eller som overskrider ens ressurser (referert i Valeberg 2011:314).

Knardal (1998) sier at det å mestre en stressfylt situasjon har sammenheng med pasientens forståelse av hva som skjer og konsekvensene det får. Mennesker mestrer stress forskjellig på bakgrunn av sine tidligere erfaringer, kroppslige kunnskaper, omfanget av den nåværende situasjon og hva som betyr noe for den enkelte. Lazarus og Folkman skiller mellom to måter å mestre stress på; problemfokuset og emosjonelt fokusert mestring (referert i Valeberg 2011).

Ved å bruke problemfokuset mestring kartlegger man situasjonen ved å hente inn informasjon og støtte og ut i fra det velge mellom ulike alternativer for å gjøre noe med eller forandre situasjonen. Ved emosjonelt fokusert mestring anser man ikke situasjonen som foranderlig, men prøver i stedet å forandre på seg selv og hvordan man ser på problemet ved å ta i bruk forsvarsmekanismer, forandre sin tenkemåte eller fokusere på de positive faktorene (Valeberg 2011).



## 6.0 KOMMUNIKASJON

### 6.1 Definisjon

Ordet kommunikasjon stammer fra det latinske ordet *communicare* som betyr ”å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med” (Eide og Eide 2009:17). Begrepet kommunikasjon kan defineres som:

Kommunikasjon er en type samhandling der to eller flere mennesker sender og mottar budskap, og der begge parter både presenterer seg selv og sitt budskap og foretar fortolkninger av den andre (Håkonsen 2003:239).

I et kommunikasjonsforhold er det alltid minst to parter som står i et gjensidig påvirknings- og utviklingsforhold til hverandre, der budskapet kan inneholde ulike typer sammensatte tegn og signaler som må fortolkes. Møtet med den andre part kan oppleves på ulike måter avhengig av hvordan vi tolker disse signalene. Det er dette som danner grunnlaget for tillit og mistillit, nærhet og avstand, samarbeid og konflikter (Eide og Eide 2009). Det finnes to grunnelementer innenfor kommunikasjon; verbal og nonverbal kommunikasjon (Hansen 1995).

### 6.2 Verbal kommunikasjon.

Verbal kommunikasjon er den kommunikasjonen som skjer muntlig eller skriftlig ved hjelp av ord (Travelbee 1999). Vi mennesker bruker det verbale språket for å dekke vårt behov for å utveksle tanker, meninger og ideer. For at vi skal kunne samarbeide er det vesentlig at vi kan overføre informasjon til hverandre. Talespråket blir dermed et redskap for å formidle denne informasjonen. Ordene våre er symboler som svarer til meningsinnholdet i det vi formidler. Vi har alle vår personlige stil når det gjelder språkbruk, ordene kan brukes ulikt og tolkes ulikt fra person til person. Hvordan vi oppfatter budskapet den andre prøver å uttrykke har sammenheng med stemmevolum, tonefallet ordene blir uttalt med og hvilke nonverbale uttrykk som følger med (Hansen 1995).

### 6.3 Nonverbal kommunikasjon.

Nonverbal kommunikasjon er det som formidles uten ord, blant annet ved hjelp av gester, kroppsbevegelser og ansiktsuttrykk (Travelbee 1999). Store deler av vår kommunikasjon foregår nonverbalt og den må fortolkes. Nonverbal kommunikasjon er et responderende språk, det vil si at det forteller noe om begge partene som er i dialog. I sammenheng med det vi uttrykker verbalt, kan nonverbal kommunikasjon ha to funksjoner; den kan være med på å understreke det vi sier med ord slik at det er overensstemmelse mellom det vi uttrykker verbalt og nonverbalt; *kongruens*. Eller i motsatt fall, at det ikke stemmer overens, slik at det vi uttrykker nonverbalt motstrider med det vi sier med ord; *inkongruens*. Nonverbale uttrykksformer avslører ofte våre spontane reaksjoner, reaksjoner som man ikke er bevisst på selv. Nonverbale uttrykk formidler ofte mer direkte og tydeligere enn det ord gjør, derfor er det ofte det nonverbale som har størst gjennomslagskraft i inkongruente budskap. Det er nettopp disse faktorene som fører til tillit eller mistillit i relasjoner mellom mennesker (Eide og Eide 2009).

## DRØFTINGSDEL

### 7.0 Å VÆRE KIRURGISK PASIENT

#### 7.1 Pasienthistorie.

*Gjennom min praksis som sykepleierstudent på kirurgisk avdeling treffer jeg "Mona" som skal gjennom et planlagt inngrep. En operasjon som jeg personlig anser som et lite "rutineinngrep". Hun innskrives dagen før operasjonen og skal overnatte i avdelingen. Samme ettermiddag som Mona ankommer sengeposten får hun samtale med anestesilege samt operatøren som skal foreta inngrepet på henne. Videre blir det tatt blodprøver og gjort en rekke preoperative forberedelser som er prosedyre i forbindelse med hennes operasjon. Jeg har nattevakt påfølgende natt og har fått ansvaret for å foreta de resterende preoperative forberedelsene, tidlig på morgenen før Mona skal til operasjonsenheten. Etter jeg har utført de nødvendige prosedyrene, sitter vi og småprater om hverdagslige ting som ikke har med inngrepet å gjøre. Jeg opplever henne som rolig og fattet. Mona ser trøtt ut, så jeg spør henne om hun har sovet godt. Hun ser på meg og sier: "huff, nei, jeg har ligget våken store deler av natten og gruet meg!" Hun blir stram i ansiktet ser tankefull ut i rommet. Jeg spør henne hvorfor hun gruer seg. Hun forteller meg at sykepleieren som hadde ansvar for henne kvelden før, i forbifarten hadde fortalt at det var et alvorlig inngrep hun skulle gjennom. Mona hadde gjennom natten grublet over disse uttalelsene, noe som har forstyrret nattesøvnens hennes. Etter det har ingen tatt seg tid til å snakke eller spørre henne om hvordan hun har det. Mona sitter igjen med en usikkerhet som har forstyrret nattsøvnens og gitt henne en følelse av utrygghet. Hun forteller videre at dette er en ny og særdeles uvant situasjon for henne. Hun har aldri vært innlagt på et sykehus før, knapt nok besøkt noen som hadde vært innlagt. Det kommer frem i samtalen at Mona i utgangspunktet er en sterk person som er vant til å takle problemer på en god måte og at hun er den som "står oppreist" i kriser. Hun forteller meg at hun var svært nervøs for det forestående inngrepet og begynner å gråte. Mona føler seg hjelpsløs og er redd for å legge livet sitt i andres hender.*

## 7.2 Hvordan kan pasienten oppleve stress og angst i preoperative fase?

Når en pasient for første gang er innlagt på sykehus og skal opereres vil jeg tro at det kan ha stor innvirkning på hans psykiske tilstand og at det kan sette i gang en rekke følelsesmessige reaksjoner. Valeberg hevder at for de fleste mennesker vil det å bli operasjonspasient være en ny opplevelse, noe som innebærer en ny og uvant rolle. En del pasienter kan føle en lettelse hvis oppholdet fører til at smerter og ubehag lindres, i motsetning representerer sykehusoppholdet en stressfaktor og usikkerhet (2004). I praksis så jeg hvordan pasienter kunne reagere på å være innlagt på sykehus, og at dette var svært individuelt. Deres normale hverdagsrytme endrer seg og sosial omgang med familie og venner begrenses. I tillegg opplever flere pasienter ubehag og smerter i forbindelse med sykdom, nødvendige undersøkelser og prosedyrer. Jeg har sett at disse faktorene kan føre til varierende grad av engstelse og bekymring.

Enkelte hendelser i menneskers liv kan medføre endringer i deres livssituasjon som er vanskelige å mestre. Slike situasjoner kan føre til stress. Bernstein (1978) definerer stress som: *”Spesifikke stimuli som representerer en trussel mot organismens biologiske integritet”* (referert i Holm og Kummeneje 2009:17-18). Psykologiske stressreaksjoner kan være tilbaketrekning, frustrasjon, angst, uro, sinne, aggresjon, benekting, tristhet, depresjon og redusert evne til rasjonell tankegang (Hansen 2009). Jeg har erfart at enkelte operasjonspasienter føler seg hjelpeløse og opplever tap av kontroll. Dette har kommet til uttrykk gjennom psykologiske stressreaksjoner, noe jeg tror påvirker deres selvfølelse og identitet. Valeberg påpeker at for de fleste pasienter er dette er forbigående opplevelser (2011).

Det skilles mellom begrepene ”frykt” og ”angst”. Angst utløses først og fremst av det som for pasienten føles ukjent og utrygt, mens frykt er mer konkret, pasienten vet og kan sette ord på hva han er redd for (Kjøllesdal 2005).

Angst kan defineres som: *”En subjektiv erfaring karakterisert ved spenning, rastløshet og uro, utløst av en reell eller imaginær fare som truer behovsoppfyllelsen ”*(Travelbee 1999:264). I forbindelse med pasienter i preoperativ fase brukes begrepene om hverandre fordi de begge beskriver følelser pasienten kan få når han kommer i ukontrollerbare situasjoner som han ikke har erfaring eller kunnskaper til å mestre (Kjøllesdal 2005).

Pasientens angstnivå kan sees i sammenheng med hans tanker om den forestående operasjonen. (Almás og Berntzen 2001). Ved en planlagt operasjon går jeg ut i fra at pasienten i forkant av inngrepet har tenkt over det han skal igjennom og at det da kan være ubehagelig tanker som dukker opp. Hvis pasienten tidligere har hatt skremmende opplevelser i forbindelse med operasjoner kan jeg tenke meg at han er nervøs for å oppleve det på nytt. Jeg har selv hørt pasienter dele sine skremmende opplevelser i forbindelse med sine inngrep, og jeg vil tro at andres skrekkhistorier kan påvirke operasjonspasienter i stor grad. Jeg husker at for en tid tilbake omtalte media en rekke inngrep som var blitt gjort og at flere pasienter var blitt feilbehandlet. Dette tror jeg vil være med på å øke pasientens frykt før inngrepet.

Atskillelse fra sine nærmeste, følelsen av å være avhengig av andre, sammen med frykt for smerter og ubehag i forbindelse med operasjonen er faktorer jeg mener kan forsterke pasientens fryktfølelse. I studiet til Williams m.fl (2008) om pasienters velvære på sykehus fremkommer det at pasienter opplevde redusert personlig kontroll og tap av verdighet når de var avhengige av andre. Jeg mener at frykten vil øke ytterligere hvis pasienten ikke har tro på at han skal greie å håndtere situasjonen.

### **7.3 Monas opplevelse av frykt og angst i hennes preoperative fase.**

For Mona var dette en helt ny opplevelse som i stor grad preget henne på det psykiske plan. Hun hadde ingen erfaring med å være operasjonspasient. Mona mente at på grunn av sin "sterke" psyke hadde hun gått ut i fra at hun skulle mestre situasjonen på en problemfri måte. Dette viste seg å bli en helt annen opplevelse enn hun hadde forestilt seg.

Når en pasient skal opereres er det mange faktorer som spiller inn. Pasienten kan oppleve både fysiologisk og psykologisk stress, og disse vil påvirke hverandre. Hvis pasienten reagerer uhensiktsmessig på en psykologisk belastning, vil han ha redusert motstandskraft i situasjoner med fysiologisk stress (Kjøllesdal 2005). I en studie Berg m.fl (2006) gjorde om hvordan preoperativ informasjon kan redusere angst hos operasjonspasienter, kom det fram at mange pasienter som skal gjennom et kirurgisk inngrep opplever angst og uforutsigbarhet. De psykologiske elementene som er fremtredende er tap av kontroll,

irritasjon og usikkerhet. Slike faktorer er kjent for å bidra til postoperative komplikasjoner som forsinket sårtilheling og økt behov for beroligende og smertestillende medikamenter.

I historien om Mona kan jeg kjenne igjen disse reaksjonene som Berg m.fl. beskriver. Hun opplevde at hun holdt på å miste kontrollen fordi hun skulle legge livet sitt i kirurgenes hender. Hun følte seg engstelig og usikker med hensyn til det forestående inngrepet. Valeberg hevder at den syke på en måte overlater seg selv i helsepersonellens varetekt fordi fagpersonene innehar mer kunnskap og kyndighet (2004). Jeg vil tro at dette gjør noe med selvfølelsen og følelsen av å mestre. Dette var ikke lett for Mona som var vant til å takle vanskelige situasjoner på egen hånd. I følge Lazarus og Folkman fører opplevelsen av trussel til at sentrale verdier og behov er truet. I preoperativ fase vil opplevelsen av trussel være spesielt knyttet til den biologiske integriteten. Pasienten kan føle at fysiske behov blir truet eller at livet, helsen og livskvaliteten er truet av selve inngrepet eller utfallet av inngrepet (Kristoffersen 2011). Jeg tror dersom Mona har hatt erfaringer med å være operasjonspasient, ville hun kanskje ikke fått så sterke reaksjoner. Da hadde hun kanskje hatt kjennskap til hva hun skulle gjennom, og dermed greid å slappe mer av.

Mona hadde ligget våken og grublet på det forestående inngrepet store deler av natten. Etter at sykepleieren hadde fortalt at det var en alvorlig operasjon hun skulle gjennom, hadde mange skremmende tanker dukket opp. Hun hadde fundert på ting som kunne gå galt under inngrepet, og dette hadde bare "ballet på seg". Dette gjorde Mona usikker og utrygg. Mona fortalte meg at hun egentlig burde ha tenkt bedre over dette før innleggelsen, men siden hun hadde erfaringer med å takle vanskelige situasjoner på en god måte, hadde hun bare skjøvet tanker rundt operasjonen til side og fortrenget dem. Dette tror jeg kan være en medvirkende årsak til at hun reagerte som hun gjorde. Jeg mener Mona kunne hatt bedre forutsetninger for å takle situasjonen hvis hun på forhånd hadde tenkt over den.

Erfaringsmessig må mange pasienter gjennom en rekke forberedelser i form av ubehagelige prøver, undersøkelser og prosedyrer i forkant av en operasjon. Mona ga ikke uttrykk for dette, men jeg erfarte at mange andre pasienter opplevde noen av forberedelsene som ubehagelige. Disse faktorene mener jeg vil kunne øke pasientens stressnivå. Jeg vet at sykepleiere ofte har en hektisk arbeidsdag på sengepostene. Dette er elementer jeg mener pasienter lett legger merke til, og som kan forsterke det preoperative stresset. For mange pasienter kan det nok være vanskelig å ta kontakt med personalet hvis de opplever at de har det travelt. Akkurat dette opplevde Mona kvelden før operasjonen, at

en sykepleier fortalte at hun skulle gjennom en alvorlig operasjon, uten at hun tok seg tid sammen med henne. Mona nevnte at hun ikke tok kontakt med sykepleierne fordi hun ikke ville "være til bry" eller "mase" på personalet da hun merket hvor hektisk de hadde det. Jeg mener at Mona absolutt hadde behov for at sykepleieren tok seg tid til å sette seg ned for en liten samtale, og som igjen kunne bidratt til at hun ble tryggere. Almås og Berntzen sier derimot at en moderat grad av stress mobiliserer krefter og øker kroppens beredskap til å møte de påkjenningene et kirurgisk inngrep innebærer. Men hvis pasienten har vært engstelig og usikker lang tid i forveien, kan store deler av energien blitt brukt opp. Dette kan gjøre pasienten mindre rustet til å stå i mot eventuelle komplikasjoner som skulle oppstå i forbindelse med inngrepet (2001).

En del pasienter frykter de ikke skal våkne opp etter inngrepet eller at de skal dø på operasjonsbordet (Almås og Berntzen 2001). Når angst for anestesi og operasjonen øker, kan det kognitive tankemønsteret endre seg slik at mulighetene for å mestre situasjonen på en hensiktsmessig måte reduseres (Kjøllesdal 2005). Jeg vil tro at for mange kan tanken på å få anestesi være nifs, med hensyn til følelsen av ikke å ha kontroll over seg selv. I samtale med Mona kom det frem at hun gruete seg til narkosen. Hun var engstelig for at den ikke skulle fungere, og at hun dermed ble liggende våken under operasjonen slik at hun kjente smertene og ikke hadde muligheter til å si fra om det. I tillegg var hun redd noe skulle gå galt under inngrepet og at kirurgene ikke skulle greie å gjøre henne frisk. Disse faktorene medførte en stor psykisk belastning for Mona. Hun var engstelig og utrygg i sin situasjon.

## 8.0 SYKEPLEIERENS MØTE MED OPERASJONSPASIENTEN

### 8.1 Det innledende møtets betydning for pasientens opplevelse av trygghet.

Joyce Travelbees syn på sykepleie handler om å hjelpe den syke til å finne mening i den situasjonen han befinner seg i. Dette skjer gjennom etablering av et menneske-til-menneske forhold (Kristoffersen 2005). Et menneske-til-menneske-forhold er i utgangspunktet en eller flere opplevelser og erfaringer som foregår mellom sykepleieren og pasienten. Det er en gjensidig prosess der forholdet etableres og bygges opp av begge parter, men det er den profesjonelle sykepleierens ansvar å etablere og holde forholdet ved like. Etableringen av menneske-til-menneske-forholdet starter med det innledende møtet mellom sykepleieren og pasienten, der førsteinntrykket er av stor betydning for begge parter (Travelbee 1999).

I en kvalitativ studie som Hassel m.fl (2002) gjorde for å forbedre rutinene ved mottak av elektive pasienter, fremgår det at pasientenes første møte med avdelingen var med på å forme deres inntrykk av sykehuset. De trekker fram at pasientenes opplevelse av å bli ”møtt som menneske” og ikke ”et nummer i rekken” var veldig betydningsfullt i deres første møte med avdelingen. At personalet var smilende, vennlig og forberedt på at pasienten ankom fikk dem til å føle seg velkommen.

Når jeg treffer pasienten for første gang bør jeg være smilende og vennlig, håndhilse og presentere meg på en høflig måte. Jeg mener det viser at jeg har respekt for pasienten slik at hun kan få et godt førsteinntrykk av meg. Dette mener jeg vil være tillitsskapende. Jeg tror at det har mye å si for oppholdet videre at pasienten føler seg godt mottatt og sett som et menneske, og ikke bare en av flere pasienter, noe som også er i tråd med Travelbees sykepleiefilosofi. Videre nevner Travelbee at en under det innledende møtet trekker slutninger og dømmer den andre personen på grunnlag av motpartens ”stikkord” og tegn. Pasientens førsteinntrykk av sykepleieren bestemmes ofte av pasientens tidligere erfaringer (Travelbee 1999). Får Mona et godt førsteinntrykk av meg vil jeg tro det kan baseres på at hun forbinder meg med noen hun har et nært forhold til eller at jeg bekrefter henne som et unikt individ. Er derimot førsteinntrykket dårlig kan det skyldes at Mona tildeler meg karaktertrekk fra noen hun har en dårlig relasjon til. Dette mener jeg er faktorer som er med på å påvirke hennes første møte med meg som sykepleier.



I praksis erfarte jeg at en stor andel av kirurgiske pasienter har en omfattende sykdomsproblematikk som innebærer at de senere vil trenge flere operasjoner. Jeg tror at dersom pasienten får et godt inntrykk av personalet på den aktuelle sengeposten, vil det føre til mindre engstelse og utrygghet ved senere innleggelser. Får derimot pasienten et dårlig førsteinntrykk tror jeg det vil kunne føre til at han blir usikker og mister tilliten til personalet. Å ha tillit til den personen som skal hjelpe er helt essensielt for at pasienten kan føle trygghet. Jeg mener derfor at det er av stor betydning å skape et godt inntrykk i det første møtet med pasienten.

Tillit handler om å få sine forventninger innfridd og kan defineres på denne måten: ”*en forvissning om at andre har kompetanse til å ta vare på deg, og at de gjør det når du ikke klarer det selv*” (Moesmand og Kjøllesdal 2005:241). I oppbyggingen av et tillitsforhold mener jeg at mine holdninger vil være avgjørende. Det å vise en omsorgsfull væremåte, vise respekt for pasienten ved å tiltale vedkommende med navn viser at jeg snakker med, og ikke til pasienten. Moesmand og Kjøllesdal sier videre at en bør være lydhør og oppmerksom ovenfor den andre. Jeg må vise ærlighet, høflighet, at man er til å stole på og holder det man lover (2005). Når alle disse elementene er tilstedet tror jeg pasienten vil tørre å åpne seg og fortelle meg om sine følelser.

I praksis opplevde jeg at elektive pasientene er kort tid i avdelingen før inngrepet, mange kommer ikke før samme dagen som operasjonen skal utføres. Jeg anser derfor tiden for å kunne etablere et menneske til menneske forhold som relativt kort. For å få til denne kontakten med pasienten bør jeg ha gode kommunikasjons- og samhandlingsferdigheter og bruke dem hensiktsmessig.

## **8.2 Hvordan kan sykepleier bruke sine kommunikasjonsferdigheter målrettet for å redusere pasientens stressnivå?**

Kommunikasjon er viktig i samhandlingen mellom mennesker i ethvert samfunn (Hansen 1995). I all samhandling mellom sykepleier og pasient foregår det en kontinuerlig kommunikasjon, både bevisst og ubevisst. All kontakt sykepleieren har med pasienten er en anledning til å bli kjent med han som person og til å fastsette og ivareta hans behov, og på den måten kan de etablere et menneske-til-menneske-forhold. Det er slik sykepleieren kan oppnå det som Travelbee mener er sykepleierens mål og hensikt. Kommunikasjonens

kraft kan ha stor innvirkning på graden av nærhet til pasienter i sykepleiesituasjoner, ved at den enten kan føre mennesker nærmere eller lengre fra hverandre (Travelbee 1999).

Å ha gode kommunikasjonsferdigheter mener jeg vil være vesentlig i samhandlingen mellom meg og Mona, og kan være avgjørende for hvordan samtalen mellom oss blir. Det er en forutsetning for meg til å forstå henne slik at jeg kan hjelpe og støtte henne på en god måte. I følge Travelbee kan kommunikasjonsteknikker ha stor betydning når sykepleieren vet hvorfor hun bruker dem, og er bevisst på hva hun ønsker å oppnå med dem. Bruk av kommunikasjonsteknikker forutsetter at sykepleieren bruker en intellektuell tilnæringsmåte i kombinasjon med å bruke seg selv terapeutisk (1999). Med dette mener hun at jeg som sykepleier må inneha kunnskaper om kommunikasjon og kunne anvende disse for å oppfylle det som er sykepleierens mål og hensikt.

Fra arbeidslivet har jeg ved flere anledninger erfart at det å småprate med pasienten om hverdagslige ting kan føre sykepleieren nærmere pasienten. Jeg mener det viser at man er interessert og engasjert i pasienten som person og ikke bare en pasient med en diagnose. Hvis man starter en samtale med litt småprat har jeg erfart at er med på å skape kontakt og pasienten begynner gjerne å snakke litt om seg selv og det han opplever. Jeg tenker at dette er det Travelbee mener er terapeutisk bruk av seg selv.

Å kommunisere nonverbalt er en grunnleggende og profesjonell ferdighet som sykepleiere hele tiden bruker i samhandling med pasienten (Eide og Eide 2009). I møte med Mona bør jeg være bevisst på hvordan jeg uttrykker meg nonverbalt fordi det signaliserer hvilken innstilling jeg har til å lytte og hjelpe henne. Jeg mener dette har betydning for i hvilken grad hun føler seg trygg og ivaretatt. I følge Eide og Eide er nonverbale signaler ofte flertydige og kan være vanskelige å fortolke. Våre evner til å tolke dem varierer fra person til person, og avhenger av de erfaringene vi har (2009). Når jeg kommuniserer med Monas mener jeg det er viktig å være åpen og varsom for de signalene hun sender ut slik at jeg oppfatter henne rett.

Gjennom den verbale kommunikasjonen tar vi i bruk språk og tegn for å formidle et budskap. Ved å utveksle andre signaler gjennom mitt kroppsspråk, ansiktsuttrykk, blikkontakt, berøring og stemmebruk benytter jeg meg av den nonverbale kommunikasjon. Disse formene for kommunikasjon utfyller hverandre. Vår nonverbale kommunikasjon kan

brukes som et hjelpemiddel i oppbyggingen av relasjoner og har stor betydning for i hvilken grad pasienten føler tillit og trygghet (Eide og Eide 2009). I møte med Mona bør jeg være bevisst på de signalene jeg sender ut, og hvordan disse kan påvirke henne positivt eller negativt. Å benytte den nonverbale kommunikasjonen på en bevisst og god måte ovenfor Mona mener jeg kan styrke tillitsforholdet mellom oss, og på den måten legge grunnlaget for en god relasjon. Hvis jeg derimot ikke er bevisst på hvordan jeg uttrykker meg nonverbalt og sender ut tvetydige signaler, tror jeg at det lett kan oppstå missforståelser. Dette kan føre til at Mona føler utrygghet og mister tilliten til meg, noe som igjen kan svekke relasjonen. At hun føler tillit til meg som fagperson mener jeg er en forutsetning for å kunne gi henne best mulig pleie og omsorg. Ved å være bevisst på hvordan jeg bruker kroppen min, kan jeg skape en god ramme rundt kommunikasjonen.

Å opptre rolig og avslappet i samtalen mener jeg har mye å si for pasientens trygghetsfølelse. Hvis jeg haster inn på pasientrommet og gir uttrykk for at jeg har det travelt, tror jeg pasienten selv blir stresset og usikker. Som student var jeg privilegert til å ta meg god tid til pasientene. I Monas tilfelle vil jeg tro at det var av stor betydning at jeg satte meg ned med henne, og at dette ga uttrykk for at jeg hadde god tid. Hun åpnet opp for vanskelige følelser som hun delte med meg. Dette fikk jeg bekreftet av Mona dagen etter operasjonen da hun takket meg for at jeg hadde tatt meg tid til henne. Jeg har erfart at dette kan være vanskelig i en travel sykehushverdag med stadige krav om effektivitet. Jeg mener at selv om man har det travelt, bør man ikke vise det til pasienten, men heller prøve å opptre rolig og balansert.

Eide og Eide hevder at ansiktsuttrykket ofte er det første man legger merke til når man møter et menneske. Når jeg kommer inn på pasientværelset vil mitt ansiktsuttrykk observeres og tolkes av pasienten, enten bevisst eller ubevisst. Ofte kan ansiktsuttrykket vårt fortelle mer enn man ønsker å formidle (2009). Det er dermed viktig at jeg som sykepleier er oppmerksom på hva jeg formidler. At jeg kommer inn på pasientrommet blid og smilende, mener jeg kan smitte over på pasienten slik at hun blir rolig og trygg. Er blikket mitt strengt og munnen min stram, tror jeg pasienten blir usikker. I følge Eide og Eide kan en velge om en vil la sine følelser komme til uttrykk nonverbalt (2009). For å gjøre et bevisst valg i forhold til dette, kan jeg kjenne etter hvordan ansiktsmuskulaturen strammes og slapper av i de ulike pasientsituasjonene. Som sykepleier bør jeg også være bevisst på at mine ansiktsuttrykk kan tolkes feil av pasienten. Å samsvare de nonverbale

signalene med det jeg sier, kan gjøre det lettere for Mona å forstå budskapet i det jeg formidler. På den måten kan jeg unngå feiltolkninger og tvil fra henne, samtidig mener jeg det vil styrke hennes tillit til meg, og relasjonen mellom oss. Ved å studere pasientens ansiktsuttrykk kan jeg skaffe meg informasjon om hennes følelser og reaksjoner.

Jeg må også ta hensyn til at jeg kan tolke pasientens nonverbale uttrykk feil. Dette erfarte jeg i praksis da en annen pasient, en ung dame, "Heidi" ble innlagt. Omstendigheter gjorde at hun måtte tilbringe noen dager i avdelingen før operasjonen. Av personalet ble hun oppfattet som stille og beskjeden, nærmest litt "skjør" personlighet. Heidi skulle gjennom en stor og omfattende operasjon. Jeg opplevde at personalet hadde dårlig tro på at hun skulle takle det på en grei måte. Ut i fra kroppsspråket kunne vi lese at hun var engstelig og redd. Personalet diskuterte Heidis situasjon, og var enige om å ta ekstra godt vare på henne ved å gi henne god informasjon og mye støtte. Jeg opplevde videre at pleierne var veldig "vare" i nærheten av henne og nærmest veide ordene sine. Hennes primærsykepleier satte av ekstra god tid til Heidi for en forberedende samtale dagen før operasjonen. Da kom det frem at hun overhodet ikke gruet seg for inngrepet. Dette hadde hun tenkt over, og følte seg veldig trygg. Operasjonen gikk helt problemfritt og den postoperative fasen forløp uten komplikasjoner. Heidi hadde utrolig pågangsmot og var raskt oppe på beina igjen. Dette er et eksempel på at man kan tolke pasienters nonverbale uttrykk feilaktig. Jeg tror det hadde vært en fordel om personalet hadde pratet med henne om hennes tanker om inngrepet på et tidligere tidspunkt. At personalet var vare og veide ordene sine i samhandling med henne, tror jeg hadde innvirkning på hvordan hun opplevde den preoperative fasen på avdelingen.

Unnvikende blikkontakt vil kunne føre til at pasienten føler seg oversett (Eide og Eide 2009). I samhandling med Mona mener jeg det vil være viktig å få henne til å føle seg sett. Dette innebærer at jeg ser Mona i øynene når jeg snakker med henne. Jeg vil tro at pasienter reagerer ulikt på dette. Hvis Mona oppfatter blikket mitt som stirring eller at jeg flakker med blikket tror jeg hun blir usikker og utrygg på meg.

Berøring er en nonverbal kommunikasjonsform som kan være med på å skape nærhet til og trygghet hos pasienten. Ved berøring kan sykepleieren vise empati og medfølelse samtidig som at det er et virkemiddel for å komme nærmere pasienten (Eide og Eide 2009). Dersom pasienten er engstelig vil jeg tro at det kan føles betryggende å bli holdt i hånden eller bli strøket på armen. I møte med Mona kan jeg gjennom berøring oppdage om hun har fysiske tegn på stress, for eksempel at hun er kald og svett inni hendene. På en annen side tror jeg

det ikke er alle som reagerer likt på dette. Mange pasienter synes kanskje at det å bli holdt i hånden er tillitsskapende, men for noen kan det kanskje føles unaturlig. Dette mener jeg sykepleieren bør ha i bakhodet hvis hun skal benytte seg av denne kommunikasjonsformen.

Klangen i stemmen vår kan si mye om oss. Den kan uttrykke ro eller uro, oppmerksomhet eller avstand (Eide og Eide 2009). Hvordan pasienten oppfatter stemmen min mener jeg vil påvirke hans trygghetsfølelse. Har jeg et hevet og kvass stemmeleie kan Mona føle engstelse og usikkerhet, i motsetning vil hun bli rolig og trygg når jeg snakker med en rolig og mild stemme. Dette har jeg for øvrig erfart ved flere anledninger, både i praksis og i mine år som yrkesaktiv i helsevesenet. I følge Eide og Eide gjelder det å finne en naturlig og henvendt form ved bruk av stemmen vår (2009).

Travelbee vektlegger riktig bruk kommunikasjonsteknikker for å lette samtalen med pasienten (1999). Jeg har erfart at det ikke er alle pasienter som åpner seg for det de har på hjertet. Noen kan være veldig tilbakeholdne med å dele det de opplever. Ved bruk av spørsmål eller åpne utsagn som ”og så...” og ”du sa at...” kan hjelpe Mona til å fortelle videre. Travelbee mener disse teknikkene kan fungere som brobyggere eller overgangsfaser for å få pasienten til å fortsette å fortelle (1999). Sammen med bevisst bruk av stemmen og andre nonverbale kommunikasjonsformer mener jeg dette kan være en god måte å få Mona til å snakke videre om hva som plager henne. Ved å bruke ikke-ord som ”mm” og ”hm” sammen med nikking eller risting på hodet kan jeg vise at jeg lytter og bekrefter det Mona forteller. Ved å gjenta ord hun bruker mener jeg kan være et godt virkemiddel for å få henne til å fortelle mer. I følge Eide og Eide kan stillhet sammen med ”ikke-ord” kan også ha motsatt virkning. De kan være både utfordrende og provoserende (2009). Dette mener jeg at man som sykepleier bør være bevisst på.

En annen teknikk er speiling eller parafrasering, der en kan gjenta motpartens ord eller utsagn i spørsmålsform (Travelbee 1999). Hvis jeg vrir litt på historien om Mona og spør henne ”hvordan har natten vært?” vil hun kanskje svare: ”ikke noe god”. Ved bruk av parafrasering ville jeg spurt: ”ikke noe god?”, dette kunne ha ført til at hun fortsatte å fortelle; ”Nei, jeg fikk nesten ikke sove fordi jeg har ligget og tenkt på inngrepet jeg skal ha i morgen”. På denne måten kan jeg få Mona til å fortsette å snakke om hva som plager henne. Her viser jeg også at jeg er interessert i å vite hvorfor Mona hadde sovet dårlig, noe jeg mener kan styrke relasjonen mellom oss og samtidig fremme hennes trygghetsfølelse.

Travelbee hevder at dette er en vanskelig teknikk og for å bruke den må sykepleieren kunne tenke seg til hvilke utsagn som mest sannsynlig vil egne seg til å bruke for at pasienten skal utdype seg nærmere (1999). Å speile følelser og inntrykk kan etter min mening være gode hjelpemidler i samtale med slike pasienter. For eksempel; ”Du virker litt nedfor i dag, er det noe galt?” På den måten speiler jeg hennes følelser og gir henne anledning til å snakke om dem. Dette kunne ha vært hensiktsmessig i møte med Heidi. På den måten kunne personalet fått bekreftet eller avkreftet sine antagelser om hvordan hun egentlig opplevde situasjonen.

### **8.3 Hvordan kan sykepleier formidle kunnskap for å fremme kontroll og mestring hos pasienten?**

Selv om sykepleieren greier å bidra til å redusere stress hos pasienten, vil jeg tro at det alltid vil være grader av stress igjen hos de fleste pasienter. Da vil det være viktig å hjelpe pasienten til å mestre slikt stress. Valeberg sier at mennesker har ulike måter å takle stress på, og det er ikke mulig på forhånd å anse hva som er god mestring for den enkelte pasient (2011). Lazarus og Folkman hevder at mennesker kan mestre stress ved å involvere og engasjere seg eller ved å distansere og trekke seg tilbake (Konsmo 1995).

Når jeg skal hjelpe Mona å mestre sin stressfylte situasjon, må jeg først få en forståelse hvordan hun opplever sin nåværende situasjon. I tillegg må jeg finne ut hvilke muligheter hun selv anser hun har for å mestre den. På bakgrunn av dette kan jeg hjelpe Mona å finne mestringsstrategier ved å fortolke, veilede og trene henne til å lære nye ferdigheter. Konsmo hevder at måten pasienten opplever det preoperative stresset på avgjør hennes muligheter for å mestre. Dette henger sammen med pasientens tidligere erfaringer i vanskelige situasjoner, hennes kunnskaper om kroppen, innholdet i situasjonen og hva hun bryr seg om (1995). Som sykepleier mener jeg det er viktig å forstå hvordan disse faktorene kan påvirke pasientens muligheter til å mestre. Ved å lytte til det Mona forteller, hvordan hun uttrykker seg verbalt og nonverbalt kan jeg kartlegge hvordan hun oppfatter inngrepet hun skal gjennom og hvilke følelser hun sliter med. Videre må jeg vurdere Monas angstnivå. Jeg mener at dette forutsetter at jeg som sykepleier har kunnskaper om angst og hvordan angsten kan komme til uttrykk. I følge Travelbee kan sykepleieren ved å observere pasientens atferd trekke slutninger om hennes sannsynlige angstnivå, og

sammen med pasienten få bekreftet eller avkreftet disse slutningene (1999). I forhold til Mona tolket jeg hennes nonverbale uttrykk som at hun var engstelig, noe jeg fikk bekreftet i samtalen med henne.

I en ny og ukjent situasjon mangler pasienten kunnskaper til å forstå den og forutsetninger til å håndtere den. Som sykepleier vil man ofte finne ut at pasientens opplevelse av trussel bærer i mangelfull kunnskap, fantasier eller feilaktige forestillinger. Manglende kunnskaper og ferdigheter kan føre til høyt stressnivå og mest sannsynlig vil pasienten benytte en passiv og unnvikende mestringsstrategi som er emosjonelt orientert (Kristoffersen 2011). Å ha kunnskaper om det som skal skje vil jeg tro kan forsterke Monas opplevelse av å ha kontroll. Ved å øke hennes kunnskapsnivå kan hun greie å håndtere situasjonen sin bedre og kanskje selv innse at hun har muligheter til å mestre den, noe som kan føre til at hun vurderer situasjonen på nytt. Mona vil kanskje da oppleve situasjonen som en utfordring i stedet for en trussel. Hvis Mona opplever situasjonen som mindre truende vil hun mest sannsynlig velge en aktiv og direkte strategi som er problemfokuset. Dette mener jeg er mest hensiktsmessig for henne.

Stress i forkant av operasjonen kan oppleves skremmende og meningsløs. En følelse av manglende tilhørighet og meningsløshet er de viktigste truslene mot mestring (Konsmo 1995). Grønnestad og Blystad viser i sin studie hvordan pasienter opplever informasjonen de får i forbindelse med operasjon. Pasientene fremhever at å få informasjon fra personalet gir en opplevelse at personalet har kunnskaper og kompetanse. Dette øker pasientenes tillit til personalet og bidrar til å skape trygghet (2004). Jeg mener at det er viktig at Mona har en forståelse om hva som skjer under operasjonen. Jeg må finne ut om hun har mangelfulle kunnskaper, eller har skremmende fantasier om hvordan inngrepet vil arte seg. Jeg må kartlegge hvilke kunnskaper Mona har fra før og om hun har behov for ytterligere informasjon. Ved å snakke med henne om inngrepet kan jeg gi henne de kunnskapene hun mangler. At Mona får kunnskaper om det hun skal gjennom mener jeg kan være med på redusere angsten og gi henne en følelse av mening, kontroll og tilhørighet. Når jeg skal hjelpe Mona med å øke sin kunnskap mener jeg det er viktig at jeg er trygg på mine pedagogiske evner og at jeg har de fagkunnskapene som trengs. Er jeg usikker på mine egne kunnskaper og måten jeg formidler den på, tror jeg pasienten fort legger merke til det og blir usikker. I Granum og Halses undersøkelse angående pasientundervisning fremkommer det fra sykepleierne er opptatt av å ha kunnskaper og kompetanse om det de

underviser pasienten i, samt evner til å formidle disse kunnskapene (2010). Travelbee påpeker at pasienten trenger forvissning om at hun kommer til å få kompetent, dyktig og medfølelse omsorg og pleie (1999).

Nordby belyser i sin artikkel noen sentrale kommunikasjonsbetingelser som sykepleiere bør være oppmerksom på. Han vektlegger betydningen av at sykepleieren og pasienten har et felles språk. Hvis sykepleier ikke formidler et budskap som pasienten forstår, så finnes det ikke en felles språkplattform. (Nordby 2008) Her mener jeg det er lett å glemme at pasienter kan ha liten forståelse av medisinsk uttrykk. For noen kan det også være flaut å spørre hva uttrykkene betyr. Eide og Eide skriver at profesjonell kommunikasjon er litt forskjellig fra kommunikasjonen vi til bruker i dagliglivet (2009). Når jeg skal formidle mine kunnskaper til Mona bør vi ha en felles språkplattform. Som sykepleier er det viktig å være bevisst på at pasienter som ikke har en helsefaglig utdanning eller jobber innenfor helse, kanskje ikke kjenner til den samme fagterminologien som sykepleierne gjør. Jeg mener derfor at det er derfor vesentlig at jeg bruker et språk som Mona forstår. Å fortelle Mona at under hun operasjonen får operert inn et sårdrøn vil kanskje føre til at hun ikke forstår hva jeg snakker om. Dette mener jeg vil gjøre henne mer utrygg. For at min kunnskapsformidling skal ha betydning for pasienten mener jeg dette vil være avgjørende å spørre om hun forsto det jeg formidlet eller om det var noe hun syntes var uklart. På den måten kan jeg få rettet opp i eventuelle missforståelser. Nordby trekker også frem viktigheten av at sykepleieren har pasientens fulle oppmerksomhet. Hvis pasienten har problemer med å fokusere og nedsatt evne til å tenke rasjonelt og bearbeide informasjon som gis, kan det hende at informasjonen ikke har nådd frem (Nordby 2008). Under samtalen er det viktig at jeg bare konsentrerer meg om pasienten og ikke holder på med andre ting, slik at budskapet blir forstått. Å tilpasse informasjonen til pasienten mener jeg er av stor betydning, som å gi Mona kunnskap hun faktisk har behov for samtidig som jeg ikke overlesser henne med informasjon hun ikke har bruk for eller ikke greier å huske. Siden Mona er i en stressfylt situasjon kan jeg tenke meg at det kan være vanskelig å få med seg all informasjonen jeg gir, derfor vil det være vesentlig at jeg gjentar den kunnskapen jeg formidler.

I praksis opplevde jeg at mange pasienter selv ikke tar initiativ til samtale med personalet. Derfor mener jeg det er viktig at sykepleieren er på tilbudssiden og tar initiativ til å snakke med pasienten. Dette er også i samsvar med Helsepersonelloven som sier at: ”*Den som yter*



*helsehjelp, skal gi informasjon til den som har krav på det...*” og Pasientrettighetsloven som sier at: ” *Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen*” (Helse- og omsorgsdepartementet 1999).

For pasientene er det betydningsfullt å oppleve at de selv kan gjøre noe for å påvirke situasjonen i positiv retning (Kristoffersen 2011). Får Mona kunnskaper om det hun opplever, får være delaktig i beslutninger og muligheter til å gjøre noe selv med situasjonen, vil jeg tro det vil øke hennes opplevelse av å ha kontroll. Dette kan kanskje være med på å styrke hennes forutsetninger om å mestre. For å gjøre dette kan jeg så langt det lar seg gjøre, etterkomme eventuelle ønsker hun måtte komme med. Ved å gi Mona en aktiv rolle i den preoperative fasen vil jeg tro det kunne føre til at hun opplever mindre smerter etter inngrepet og raskere rehabiliteres. Jeg mener at det krever at Mona selv må gjøre en innsats hvis det skal lykkes.

## 9.0 AVSLUTNING

Med denne oppgaven har jeg forsøkt å belyse hvordan sykepleieren gjennom god kommunikasjon kan fremme trygghet og mestring hos pasienter i den preoperative fase. Jeg mener at sykepleiere på en kirurgisk avdeling har mye å bidra med for at pasientene skal føle seg tryggere i den preoperative fasen og for å kunne mestre sin situasjon bedre. Hvordan det første møtet med sykepleieren finner sted kan være avgjørende for hvordan pasienten opplever tiden før inngrepet. Det er da viktig at sykepleieren er bevisst på hvordan hennes egen holdning og atferd kan påvirke pasientens angstnivå. Å forstå hvordan pasienten opplever sin situasjon kan gjøre sykepleiere i bedre stand til å iverksette tiltak for å bedre den. Jeg mener at ved å inneha gode kommunikasjonsferdigheter og kunne bruke dem riktig i samhandling med pasienten, har stor betydning for hans trygghetsfølelse og opplevelsen av å mestre sin situasjon.

Ved å benytte en kvalitativ metode som fremgangsmåte, gjorde at jeg fikk gå i dybden på stoffet og bli godt kjent med teorien. Pasienthistoriene mener jeg har bidratt til å gjøre oppgaven mer virkelighetsnær fordi den får frem deres subjektive følelser og opplevelser. Jeg føler at gjennom arbeidet med denne oppgaven har fått belyst problemstillingen min og fått frem det jeg ønsket. Jeg sitter igjen med masse ny kunnskap på området, noe jeg mener vil gjøre det lettere i møte med denne pasientgruppen som ferdig utdannet sykepleier. Jeg ser at kunnskapen jeg har tilegnet meg også kan benyttes i samhandling med andre pasientgrupper, ikke bare med pasienter i den preoperative fasen.

## LITTERATURLISTE

### Pensumlitteratur:

- Almås, H., Berntzen. (2001) *Generell preoperativ sykepleie*. I: Almås,H. (red) *Klinisk sykepleie 1*. 3.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Blix, E.S., Breivik, S. (2006) *Basisbok i sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Dalland, O.(2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Eide, H., Eide, T. (2009) *Kommunikasjon i relasjoner*. 2.utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Håkonsen, K.M. (2003) *Innføring i psykologi*. 3.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kristoffersen, N.J (2005) *Teoretiske perspektiver på sykepleie*. I: Skaug, E.A (red) *Grunnleggende sykepleie bind 4*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thornquist, E. (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

### Selvvalgt litteratur:

- Aubert, V.(1985) *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget AS. s.196.  
**(1 side)**
- Berg,A., Fleischer,S., Koller,M., Neubert,T.M. (2006) *Preoperative information for ICU patients to reduce anxiety during and after the ICU-stay: protocol of a randomized controlled trial*. Publisert i BMC Nursing 2006,5:4. (online)  
Tilgjengelig fra: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6955-5-4.pdf>  
(26 oktober 2011)  
**(7 sider)**
- Granum, V., Halse, K.(2010) *Pasientundervisning krever kunnskap*. Publisert i sykepleien 2010 98 (15) s 62-64 (online) Tilgjengelig fra:  
<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/577196/pasientundervisning-krever-kunnskap> (18 oktober 2011)  
**(3 sider)**

- Grønnestad, B.K., Blystad, A (2004) *Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon. –En kvalitativ studie*. Publisert i: *Vård i Norden* 2004. nr 4. s.4-8.  
**(5 sider)**
- Hansen, I. (1995) *Kommunikasjon*. I: Kristoffersen, N.J. (red) *Generell sykepleie bind 2*. Oslo: Universitetsforlaget AS. s.63-109.  
**(47 sider)**
- Hansen, I. (2009) *Operasjonspasientens psykososiale behov*. I: Hansen, I. *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS. s.99.  
**(1 side)**
- Hassel, N., Owesen, M.S, Angelsen, A., Haug, E.S. (2002) *Tanker og ønsker ved elektiv innleggelse –en kvalitativ kartlegging*. Publisert i *sykepleien* 2002 nr 90 s 54-58. (online), Tilgjengelig fra:  
[http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/119370/tanker-og-onsker-ved-  
elektiv-innleggelse-en-kvalitativ-kartlegging](http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/119370/tanker-og-onsker-ved-<br/>elektiv-innleggelse-en-kvalitativ-kartlegging) (18 oktober 2011)  
**(5 sider)**
- Holm, S., Kummeneje, I.(2009) *Pre- og postoperativ sykepleie*. 2.utgave. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. s.17-18.  
**(2 sider)**
- Jensen, K.O. (1999) *Norsk forord*. I: Travelbee, J (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oversatt av Thorbjørnsen, K.M. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. s 5  
**(1 side)**
- Kjøllesdal, A. (2005) *Operasjonspasienten*. I: Moesmand, A.M., Kjøllesdal, A. *Å være akutt og kritisk syk*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. s.207-236.  
**(30 sider)**
- Kristoffersen, N.J. (2011) *Stress og mestring*. I: Skaug, E.L (red) *Grunnleggende sykepleie bind 3*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. s134-196.  
**(63 sider)**
- Kongsmo, T.(1995) *En hatt med slør... Om omsorgens betydning for sykepleie –en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. Otta: TANO AS. s.5, 86, 96.  
**(3 sider)**

- Magnus, P., Bakketeig, L.S. (2000) *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.  
**(1 side)**
- Moesmand, A.M., Kjøllesdal, . (2005) *Å være akutt og kritisk syk*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. s.241-242.  
**(2 sider)**
- Nordby, H. (2008) *Oppfatter pasienten det du sier?* Sykepleien 2008 96(15) s 68-71. (online) Tilgjengelig fra:  
<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/117354/oppfatter-pasienten-det-du-sier?> (18 oktober 2011)  
**(4 sider)**
- Thorsen, R (2011) *Trygghet*. I: Skaug, E-A. (red) *Grunnleggende sykepleie bind 3*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. s 106-132.  
**(27 sider)**
- Travelbee, J (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oversatt av Thorbjørnsen, K.M. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. s.29-48, 135-166,171-217, 263-276.  
**(113 sider)**
- Valeberg, B.T (2011) *Stress og mestring*. I: Hovind, I.L (red) *Anestesisykepleie*. 2.utgave. Oslo: Askribe AS. S.311-316  
**(6 sider)**
- Williams, A.M., Dawson, S., Kristjanson, L.J., (2008) *Exploring the relationship between personal control and the hospital environment*. Journal of Clinical Nursing Volume 17, Issue 12. s 1601–1609.  
**(9 sider)**

Sum selvvalgt litteratur: 330 sider.

### **Lover og forskrifter:**

- Helse- og omsorgsdepartementet (1999) *Lov om helsepersonell*. (online)  
Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html#10> (18 oktober 2011)
- Helse- og omsorgsdepartementet (1999) *Lov om pasientrettigheter. Pasientens rett til informasjon*. (online) Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-063-003.html#3-2> (18 oktober 2011)
- Justis- og politidepartementet (2000) *Lov om behandling av personopplysninger*. (online) Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/tl-20000414-031-001.html#1> (18 oktober 2011)