



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 23.02.12

Kandidatnr.: 49

Antall ord: 7712

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Pasienter som skal til operasjon utgjør en stor andel av innleggelsene i norske sykehus. Medisinske fremskritt har ført til en betydelig økning i nivået av elektiv kirurgi som gjennomføres som dagkirurgi og med minimalt sykehusopphold. På tross av slike fremskritt, har den preoperative psykologiske omsorgen holdt seg relativt statisk (Mitchell, 2003). Et kirurgisk inngrep kan være til stor belastning både fysisk og psykisk, og for mange pasienter er ventetiden før operasjonen preget av usikkerhet og nervøsitet, noe jeg også har erfart i praksis.

Hensikt: Hensikten med denne studien er å øke min kunnskap og forståelse for hva en sykepleier kan gjøre for å fremme trygghet hos kirurgiske pasienter i den preoperative fasen. Av den grunn lyder problemstillingen: «Hvordan kan sykepleier fremme trygghet hos kirurgiske pasienter i den preoperative fasen?».

Metode: I denne studien blir det brukt litteraturstudie som metode. Data er samlet inn gjennom eksisterende litteratur og forskningsartikler. Å bruke litteraturstudie som metode er et krav for bacheloroppgaven.

Funn: Funnene viser at informasjon, god samhandling og musikk kan fremme trygghet hos kirurgiske pasienter i den preoperative fasen.

Konklusjon: For at sykepleier skal fremme trygghet må en god samhandling med pasientene være til stede, og tilstrekkelig informasjon tilpasset individet bli gitt. Musikk kan med fordel bli brukt som supplerende behandling, da det har vist seg å være effektivt for å fremme trygghet.

ABSTRACT

Background: Patients going to surgery constitute a large proportion of admissions to Norwegian hospitals. Medical advances have led to a significant increase in the level of elective surgery performed as day surgery and with minimal hospital stay. But despite these advances, the preoperative psychological care remained relatively static (Mitchell, 2003). A surgical intervention may be of great stress, both physically and mentally, and for many, the wait time before surgery was characterized by uncertainty and nervousness, which I have also experienced from practice.

Purpose: The purpose of this study is to increase my knowledge and understanding what nurses can do to promote safety for surgical patients in the preoperative phase. The question is therefore: "How can nurses promote safety for surgical patients in the preoperative phase?"

Method: In this study, literature study as a method has been used. Data has been collected through existing literature and research articles. Using literature study as a method is required for the bachelor thesis.

Findings: The findings show that information, good interaction and music can promote safety for surgical patients in the preoperative phase.

Conclusion: For the nurse to promote safety, there has to be a good interaction with the patients, the nurse need to be present and sufficient information adapted to the individual must be given. Music can advantageously be used as adjunctive therapy, as it has been shown to be effective in promoting safety.

Innhold

1.0 INNLEDNING	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Hensikt.....	6
1.3 Problemstilling.....	6
1.4 Avgrensing og presisering	7
1.5 Oppgavens disposisjon	7
2.0 TEORETISK RAMMEVERK.....	8
2.1 Preoperativt forløp	8
2.2 Operasjonspasienten.....	8
2.3 Sykeleieteoretisk perspektiv	9
2.3.1 Mellommenneskelige relasjoner i sykepleie	9
2.3.2 Mellommenneskelige forhold i sykepleie	10
2.4 Trygghet	11
2.5 Preoperativ angst.....	12
2.6 Mestring.....	13
2.7 Kommunikasjon.....	13
2.7.1 Musikk i kommunikasjon	14
2.8 Informasjon.....	15
3.0 METODE	16
3.1 Hva er metode	16
3.2 Litteraturstudie som metode	16
3.3 Metodens sterke og svake sider	17
3.4 Litteratursøk og valg av litteratur.....	17
3.5 Kildekritikk.....	17
3.6 Etske aspekter ved forskning	18
3.7 Presentasjon av utvalgt forskningslitteratur.....	19
4.0 DRØFTING.....	21

4.1 Den gode samhandlingen.....	21
4.2 Hva har jeg i vente? – Informasjon som trygghetsskapende faktor	23
4.3 Musikk som trygghetsskapende faktor	25
5.0 AVSLUTNING.....	27
6.0 LITTERATURLISTE	28
VEDLEGG 1	32
VEDLEGG 2	34

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I st. meld. nr. 26 (1999-2000) om verdier for den norske helsetjenesten, fastslår Helse- og omsorgsdepartementet at møtet mellom behandler og pasient står sentralt i yrkesetikken hos alle yrkesgrupper innen helsetjenesten. Kvaliteten på denne relasjonen er grunnlaget for den trygghet pasienten opplever i møtet med helsetjenesten. Pasienten må føle seg trygg på at «Tilbudet skal være faglig forsvarlig og bygge på god teoretisk og praktisk fagkunnskap». Pasienter som skal til operasjon utgjør en stor andel av innleggelsene i norske sykehus. Et kirurgisk inngrep kan være til stor belastning både fysisk og psykisk, og for mange er ventetiden før operasjonen preget av usikkerhet og nervøsitet i forbindelse med det nærliggende inngrepet. Medisinske fremskritt har ført til en betydelig økning i nivået av elektiv kirurgi som gjennomføres som dagkirurgi og med minimalt sykehusopphold. Ifølge Mitchell (2003) har, på tross av slike fremskritt, den preoperative psykologiske omsorgen holdt seg relativt statisk. Sykepleiers evne til å skape trygghet er avgjørende i samhandling med pasienter i ulike situasjoner. Etter å ha vært i praksis ved kirurgisk avdeling har jeg fått ett innblikk i hvordan hverdagen der utspiller seg, og har fått inntrykk av at pasientene i større eller mindre grad var preget av uro, stress, nervøsitet og angst i forbindelse med det nærliggende inngrepet. Et av våre viktigste verktøy som sykepleiere er å ha evnen til å kommunisere med pasientene og skape en god relasjon. Jeg er interessert i å øke min kunnskap i hva en sykepleier kan gjøre for å fremme trygghet til pasientene, derfor har jeg valgt dette tema.

1.2 Hensikt

Hensikten med dette studiet er å få frem hva sykepleier kan gjøre for å fremme trygghet, som igjen kan fremme mestring hos kirurgiske pasienter som skal til operasjon. Dette er en god mulighet for meg til å øke kunnskapen min innenfor emnet og å bruke denne kunnskapen i min fremtidige yrkesutøvelse.

1.3 Problemstilling

Problemstillingen i den foreliggende oppgaven:

Hvordan kan sykepleier fremme trygghet hos kirurgiske pasienter i den preoperative fasen?

1.4 Avgrensning og presisering

Denne studien kommer til å omhandle voksne pasienter med samtykkekompetanse som skal få utført et elektivt inngrep. Barn, demente og personer med psykiske lidelser eller andre tilleggsdiagnoser (når fremkommer av litteratur) tas ikke med i oppgaven, da dette er faktorer som vil påvirke resultatet av studien. Fokuset kommer til å være rettet mot den preoperative fasen, mens den per- og post operative fasen vil bli nevnt for å få en helhet i oppgaven. Studien vil omhandle det psykososiale aspektet rundt pasienten, mens fysiske forberedelser samt medikamentell behandling i forbindelse med operasjon vil bli utelatt. Pårørende er uten tvil en viktig ressurs for pasientens følelse av trygghet preoperativt, men på grunn av oppgavens omfang blir de utelatt.

1.5 Oppgavens disposisjon

Den foreliggende oppgaven er delt opp i seks hoveddeler med innledning, teoridel, metodedel, drøftingsdel, samt en avslutningsdel. I innledningen presiseres valgt tema og hensikten med dette, samt avgrensning og presisering av problemstilling. Deretter kommer en teoridel hvor aktuell sykepleieteori og sentrale begreper blir beskrevet. Begrepene danner grunnlag for drøfting. Videre er det en metodedel hvor metode blir forklart, samt litteraturstudie som metode. Under metodedelen fremkommer også søkehistorikken som er brukt for å finne forskningslitteratur, samt presentasjon av aktuell forskning. I drøftingsdelen blir problemstillingen drøftet opp mot forskningsfunn og teori. Avslutningsvis vil det bli en oppsummering av hva som fremkommer i denne litteraturstudien.

2.0 TEORETISK RAMMEVERK

2.1 Preoperativt forløp

Pasienter som skal opereres, går gjennom tre faser:

- Preoperativ fase
- Peroperativ fase eller intraoperativ fase
- Postoperativ fase

Disse fasene kalles samlet for perioperativ periode (Moesmand & Kjøllesdal, 2004).

Den preoperative fasen (av latin = foran, før) defineres som; « (...) den tiden som går fra det blir tatt en endelig beslutning om å utføre et bestemt kirurgisk inngrep, til pasienten blir operert» (Berntzen et al., 2010, s. 273). Det overordnede målet i denne fasen er å sikre at pasienten har så mange positive helsefaktorer som mulig. Dette innebærer at sykepleier sammen med behandlende lege gjennomfører en skikkelig vurdering av pasienten for å kunne gi pasienten et best mulig per- og postoperativt forløp (Holm & Kummeneje, 2009). Dette gjøres ved å vurdere pasientens tilstand, kartlegge og begrense betydningen av risikofaktorer og å forberede pasienten til operasjon (Berntzen et al., 2010). Pudner (2005) legger vekt på at en preoperativ vurdering inkluderer en vurdering av pasientens psykiske- og sosiale behov. Det er den preoperative vurderingen som danner grunnlaget for den videre behandling, sykepleie og omsorg før, under og etter inngrepet.

2.2 Operasjonspasienten

«Begrepet «pasient» er sentralt både i sykepleie og medisin, og brukes vanligvis om et individ som er under pleie og behandling av lege eller andre helsearbeidere» (Travelbee, 1999, s. 61).

Operasjonspasienter defineres som:

Pasienter som på grunn av sin helsetilstand må gjennomgå undersøkelser og behandling som medfører at de midlertidig mister/fratas kontroll over egen situasjon. Dette vil oftest gjelde pasienter som gjennomgår et kirurgisk inngrep (Moesmand & Kjøllesdal, 2004, s. 208).

Operasjonspasienter kan deles inn i to kategorier: øyeblikkelig-hjelp pasienter og elektive pasienter. De som blir innlagt etter venteliste kalles elektive pasienter. Ventetiden kan bidra til at pasienten får forventninger til det som skal skje. Hvordan og i hvilken grad disse

forventningene innfris, vil være av stor betydning for opplevelsen av tillit og trygghet i situasjonen (Moesmand & Kjøllesdal, 2004).

Å gjennomgå et kirurgisk inngrep er en ny situasjon for de fleste pasienter. Enkelte opplever denne situasjonen som en stor belastning mens andre tilpasser seg lett. Selv om det er mange fellestrekk rundt et operativt forløp, vil pasientenes opplevelse av situasjonen arte seg forskjellig (Holm & Kummeneje, 2009). Hjemme er en vant til å ha mange sosiale roller, men å være pasient innebærer en uvant situasjon og en ny rolle. Pasienten har liten kontroll over det som skjer. Noen synes det er greit at andre overtar styringen, mens andre reagerer negativt på det. Majoriteten av de som skal gjennomgå et kirurgisk inngrep kjenner en følelse av spenning, usikkerhet og uforutsigbarhet (Valeberg, 2011c).

2.3 Sykepleieteoretisk perspektiv

I den foreliggende oppgaven har valget falt på Travelbee (1999) og Peplau (1988) sine relasjonsorienterte sykepleieteorier. Deres teorier ser på sykepleie som en terapeutisk, mellommenneskelig prosess. De har vært med på å forme en sentral tradisjon innen sykepleieteori som fokuserer på sykepleie som samhandlingsprosess. Valget falt på dem da de utfyller hverandre på en god måte. Begge skiller mellom faser i utviklingen av relasjonen mellom sykepleier og pasient, og de har også tilfelles at de mener det er faser med overlappende skiller.

2.3.1 Mellommenneskelige relasjoner i sykepleie

Peplau var den første sykepleieren som beskrev de psykodynamiske aspekter ved sykepleier-pasient-forholdet fra et sykepleieperspektiv med psykoanalytisk tenkning som inspirasjon. I sin teori fokuserer Peplau på utviklingsfaser i forholdet mellom sykepleier og pasient og ulike sykepleieroller (Eide & Eide, 2007). Hun ser på sykepleie som en terapeutisk, mellommenneskelig prosess, hvor målet er å fremme helse og utvikling av personlighet. Noe av essensen i hennes teori er at utviklingen av relasjonen mellom sykepleier og pasient er sentralt for det terapeutiske utbyttet av sykepleien. I sin teori presiserer Peplau hva hun mener er kjernen i sykepleie.

Nursing is a significant, therapeutic, inter personal process. It functions co-operatively with other human processes that make health possible for individuals in communities. In specific situations in which a professional health team offers health services, nurses participate in the organization of conditions that facilitate

natural ongoing tendencies in human organisms. Nursing is an educative instrument, a maturing force that aims to promote forward movement of personality in the direction of creative, constructive, productive, personal, and community living (Peplau, 1988, s.16).

Peplau (1988) omtaler fire overlappende faser som relevant for sykepleier-pasient-forholdet. *Orienteringsfasen* er ved første møte mellom sykepleier og pasient. Pasienten søker hjelp mens sykepleier registrerer og forstår, og utvikler en relevant sykepleiediagnose. I *identifiseringsfasen* foregår det gjensidig klargjøring av forestillinger og forventninger, hvor man på bakgrunn av konklusjoner i orienteringsfasen, utvikler en plan for sykepleien med mål om å møte pasientens behov. *Utnyttelsesfasen* er når pasienten bruker sykepleiers tjenester slik at de identifiserte problemene skal bli løst. Sykepleieren støtter pasienten i hans valg og hjelper pasienten å utforske tanker, følelser og forestillinger knyttet til årsaken til at pasienten søkte hjelp. *Løsningsfasen* er når pasienten sin styrke til å stå alene tiltar og identifikasjon med støttepersoner avtar. For at man skal oppnå gode resultater i denne fasen er det avgjørende at pasienten har fått den nødvendige psykologiske støtten og kontakt gjennom de andre fasene.

2.3.2 Mellommenneskelige forhold i sykepleie

Travelbee (1999) sin filosofi og sykepleietenkning har fortsatt stor innflytelse innenfor sykepleieutdanningen i Norge. Hun omtaler sykepleie som en interaksjonsprosess og retter sin oppmerksomhet mot å utvikle relasjoner mellom pasient og sykepleier, og begrepet «å bruke seg selv terapeutisk» har en sentral plass i hennes teorier. Å bruke seg selv terapeutisk vil si å bruke sin personlighet og sine kunnskaper for å fremme forandring hos den syke. Sykepleieteorien bygger på et eksistensialistisk menneskesyn hvor sykepleie handler om å hjelpe den syke til å finne mening med den situasjonen han befinner seg i.

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

En grunntanke i Travelbees sykepleieteori er at den profesjonelle sykepleieren har som oppgave å etablere et menneske-til-menneskeforhold. Et kjennetegn ved et slikt forhold er at både sykepleier og pasient oppfatter og forholder seg til hverandre som unike menneskelige

individer, ikke som «sykepleier» og «pasient». Menneske-til-menneskeforholdet i sykepleiesituasjonen er et virkemiddel som gjør det mulig å oppfylle sykepleiers mål og hensikt. For at dette forholdet skal etableres, legger Travelbee vekt på ulike faser som pasient og sykepleier må gå gjennom. *Det innledende møtet* er første fase. Her møtes sykepleier og pasient for første gang, og danner et inntrykk av hverandre ut ifra observasjoner om væremåte, handlinger og språk. Neste fase kalles *framvekst av identiteter*. Her begynner sykepleier og pasient å få inntrykk av hverandres personlighet og se hverandre som individer. Det er i denne fasen de begynner å etablere tilknytning til hverandre. Denne fasen er grunnlaget for den neste fasen, *empati*. Her er det en gjensidig opplevelse av å forstå. Hver av partene erkjenner at noe meningsfylt formidles. Sykepleier og pasient evner å ta del i, eller leve seg inn i den andres psykiske tilstand i øyeblikket. Den siste fasen kalles *sympati og medfølelse*, og springer ut av empatiprosessen. Denne fasen representerer et skritt videre, ved at det foreligger en grunnleggende trang, eller et ønske om å lindre plager.

Sykepleie dreier seg alltid om mennesker, enten det er direkte eller indirekte. Hvert enkelt menneske opplever det å skulle gå gjennom et kirurgisk inngrep på sin egen måte. De fleste møter likevel hindringer, og Travelbee (1999) sier at dette kanskje er fordi en i en slik situasjon opplever to grunnleggende behov sterkere enn andre; behovet for informasjon og behovet for sikkerhet, som er det samme som behovet for trygghet. Det er sykepleiers rolle å sørge for at disse behovene blir ivaretatt hos pasienten både før, under og etter operasjon (Travelbee, 1999).

2.4 Trygghet

For at operasjonspasienten skal mestre det preoperative forløpet er trygghet en avgjørende faktor. Begrepet *trygghet* er vanskelig å definere men kan beskrives slik:

Omsorgen og tryggheten kan også være i gjerningene, i tonefallet, i faktene, og ikke minst i stillheten- det usagte. En oppsplitting og kategorisering vil kunne ødelegge forståelsen. Vi må våge å la fenomener som trygghet, kjærlighet og omsorg være der uten å komme med definisjoner som lukker til (Thorsen, 2006, s. 15).

Thorsen (2006) beskriver begrepet med en livsfilosofisk tilnærming, og mener at livet man har levd tidligere har en påvirkning på hvordan man opplever trygghet.

Segesten (1994) skiller mellom to hoveddimensjoner ved trygghet. *Indre- og ytre trygghet*. Indre trygghet er en form for grunntrygghet som har sammenheng med en trygghetsskapende

og positiv oppvekst, og er en forankring i livssyn. For å utvikle en indre trygghet er det viktig med en opplevelse av fellesskap, tilhørighet, frihet, ansvar, felles normer og verdier. Gjennom erfaringer kan man også legge grunnlaget for indre trygghet. Den ytre tryggheten relateres til livet vi lever og vår samhandling med omgivelsene, og kalles situasjonstrygghet.

Den ytre tryggheten deles inn i tre dimensjoner: kunnskap- og kontrolltrygghet, relasjonstrygghet og stole på andre-trygghet (Segesten, 1994).

Kunnskap- og kontrolltrygghet handler om å ha kunnskap og kjennskap til hvordan ting er og hva som gjelder, hvordan rollene er, hva som kan forventes og hvilke krav som stilles. Denne formen for trygghet oppleves ved å ha tilstrekkelig informasjon, kunnskap, erfaring og bekreftelse. *Relasjonstryggheten* er knyttet til nære relasjoner og oppstår innenfor familie og utvides til venner og andre. Åpenhet, forståelse, ærlighet, gjensidighet og akseptasjon er essensielt i en trygg relasjon. *Stole på andre- trygghet* er å ikke ha kontroll over en situasjon, men stole på andre at man får hjelp når det trengs (Blix & 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 & Breivik, 2006).

2.5 Preoperativ angst

Travelbee (1999) hevder det er alminnelig antatt at individer som står foran et kirurgisk inngrep, opplever varierende grad av angst, og at dette ansees som normalt. Hun legger også vekt på at det er en direkte sammenheng mellom angstnivå og graden av oppfyllelse av behovet for informasjon og trygghet. Holm og Kummeneje (2009) skriver at ulike forhold som frykten for det ukjente, bekymringer for smerte og rekonvalesens, kan skape preoperativ angst. Angst kan defineres som: «En subjektiv erfaring karakterisert ved spenning, rastløshet og uro, utløst av en reell eller imaginær fare som truer behovsoppfyllelse» (Travelbee, 1999, s. 264). Angst er en energi som blir utløst av en opplevd trussel mot individets trygghet. Trusselen kan være av indre eller ytre art, og virkelig eller innbilt. Angst betraktes som et universelt fenomen og omfatter alt fra lett engstelse til panikk (Peplau, 1988).

2.6 Mestring

Et kirurgisk inngrep er en stressende, kompleks handling. Mange pasienter opplever det som en stressfylt erfaring både psykisk og fysisk, da det er en trussel mot kroppens integritet. Ved å utøve sykepleiefaget tilfredsstillende og sørge for trygghet kan man bidra til at pasienten mestrer sin situasjon (Holm & Kummeneje, 2009).

Mestring kan defineres som «kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å takle spesifikke ytre eller indre krav som oppleves belastende, eller som overskrider ens ressurser» (Valeberg, 2011c, s. 314).

Mestring består av både tanker, følelser og atferd. Det handler om å ha tilgang til ulike ressurser, ferdigheter, kunnskaper, hjelpere, sosiale ressurser eller utstyr og det å ha evnen til å bruke disse (Heggen, 2007).

Lazarus og Folkman (2006) skiller mellom to hovedmåter å møte stressfylte situasjoner på: problemorientert mestring og emosjonsorientert mestring. *Problemorientert mestring* innebærer å endre stressfaktoren ved å bruke ulike strategier for å løse et problem eller hankses med en vanskelig situasjon. *Emosjonsorientert mestring* handler om å endre opplevelsen av situasjonen mer enn å endre selve situasjonen. Det kan gjøres ved å fortrenge informasjon samt fortrenge og distansere seg fra situasjonen. Ifølge Hanssen og Natvig (2007) tar strategiene sikte på å endre ubehaget i situasjonen ved å endre meningsinnholdet eller redusere følelsene som er en konsekvens av opplevelsen av fare.

2.7 Kommunikasjon

For at sykepleier skal kunne fremme trygghet hos den kirurgiske pasienten er det av stor betydning at hun mestrer å kommunisere med pasienten på en tilfredsstillende måte og bygger en god relasjon.

Kommunikasjon er en prosess som kan gjøre sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske forhold og dermed oppfylle sykepleiers mål og hensikt, nemlig å hjelpe enkeltindivider og familier med å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig hjelpe dem til å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999, s. 134).

Begrepet kommunikasjon kommer av det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med. I den enkleste form kan kommunikasjon forklares som en utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter (Eide & Eide, 2007). Fossum (2007) omtaler kommunikasjon som noe som skaper forbindelser, noe vi gjør, skaper og arbeider med. I vårt dagligspråk benyttes begrepet om en rekke fenomener, fra personlige samtaler med en eller flere personer til chatting på internett og massekommunikasjon. Ifølge Eide og Eide (2007) kan begrepet kommunikasjon deles inn i to grunnelementer; verbal og nonverbal kommunikasjon. Verbal kommunikasjon er kommunikasjon ved hjelp av ord-skriftlig eller muntlig. Overføring av budskap med gester, ansiktsuttrykk og kroppsbevegelser uten bruk av ord kalles nonverbal kommunikasjon.

Som helsepersonell skal man bruke profesjonell kommunikasjon. Med *profesjonell kommunikasjon* menes kommunikasjon som hører ens yrke til, og i vårt tilfelle blir det yrkesrollen som hjelper. Man kommuniserer som yrkesutøver og ikke som privatperson. Denne kommunikasjonen har et helsefaglig formål. Selv om man som sykepleier kan ha ulike arbeidsområder, jobber man i hovedsak etter det samme formålet, «å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og lindre lidelse». Dermed bør profesjonell kommunikasjon være både faglig velbegrunnet og til hjelp for den andre (Eide & Eide, 2007).

Sentralt i Travelbee (1999) sin sykepleieteori står begrepet kommunikasjon. Den profesjonelle sykepleieren benytter ulike kommunikasjonsteknikker for å nå målet med sykepleieintervensjonen. Disse omfatter samtaler med den syke, men også non-verbale virkemidler.

2.7.1 Musikk i kommunikasjon

Musikk er en type kommunikasjonsteknikk som stadig blir mer aktuell i dagens helsevesen (Jensen & Ulleberg, 2011).

Å spille eller lytte til musikk sammen med en pasient kan være en meningsfull samhandling. Musikk er et enkelt hjelpemiddel, lite ressurskrevende å ta i bruk, krever liten spesialkompetanse og medfører høy pasienttilfredshet samtidig som det har få bivirkninger (Myskja, 2003). Musikk kan virke beroligende, avlede oppmerksomheten og hjelpe pasienten til å hente frem ressurser (Eide & Eide, 2007). Gjennom musikk kan man få kontakt på en annen måte, utvikle fellesskap og samspill, uttrykke følelser og dele opplevelser.

Musikkterapi kan defineres som «bruk av musikk for å fremme helse» (Jensen & Ulleberg, 2011, s. 141). I arbeid med barn, unge og voksne i mange ulike sammenhenger kan

musikkterapi være en viktig arbeidsmåte. Ved å bruke musikk kan man gi mulighet for utvikling og endring, og gjennom musikken kan man utvikle et godt mellommenneskelig forhold mellom sykepleier og pasient. Musikk kan bevisst brukes til å sette en stemning eller «fremme en atmosfære som domineres av fantasi, nærhet, trygghet og kreativ nysgjerrighet» (Jensen & Ulleberg, 2011, s. 142).

2.8 Informasjon

Å gi god preoperativ informasjon til pasienter som skal gjennomgå kirurgi, er en viktig sykepleieoppgave. Med preoperativ informasjon menes her informasjon om forberedelser, selve inngrepet, forventet postoperativt forløp samt å gi pasienten mulighet til å stille spørsmål.

Helsepersonell har plikt til å informere og pasienten har rett til informasjon, slik at han får innsikt i tilstanden sin, nødvendige forberedelser og behandling som han skal gå gjennom, og opplysninger om mulige bivirkninger og risikoer ved behandlingen. Kun dersom pasienten uttrykkelig ikke ønsker informasjon, eller dersom den medfører fare for liv eller alvorlig helseskade, kan informasjonen unnlates (pasientrettighetsloven, 1999).

Å gi informasjon og veiledning er en av hjelperens viktigste kommunikative oppgaver. Informasjon kan begrense stresset og gi pasienten en viss oversikt og kontroll over situasjonen, samt bidra til at han kjenner seg tryggere og mestrer situasjonen bedre. Preoperativ informasjon bidrar til at de fysiske aspektene rundt inngrepet blir lettere å håndtere, i tillegg til at det vil øke pasientens generelle tilfredshet og sannsynligvis også pasientens deltakelse i behandlingsopplegget etter operasjon (Berntzen et al., 2010). Ifølge Eide og Eide (2007) innebærer god formidling av denne informasjonen at det skjer i en dialog og på pasientens premisser. Sykepleier må finne ut hva pasienten trenger informasjon om og informere på en slik måte at det oppleves relevant for den andre.

3.0 METODE

3.1 Hva er metode

I Tranøys definisjon blir metode forklart som en fremgangsmåte for å få frem kunnskap eller etterprøve påstander som legges frem med påstander om å være sanne, gyldige eller holdbare (Dalland, 2007). En definisjon på metode som har blitt sitert i flere sammenhenger er av Wilhelm Aubert: «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» (Dalland, 2007, s. 83).

Med dette menes at metode er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden forteller oss hvordan vi skal gå frem for å finne eller etterprøve kunnskap. Det finnes ulike typer metoder, og valget av hvilken metode man velger å bruke baseres på hvilken kunnskap man ønsker, og hvilken metode vi mener vil belyse spørsmålet på en interessant måte og gi oss gode data (Dalland, 2007).

To tilnæringsperspektiver/forskningsprosedyrer innen forskning er kvantitativ og kvalitativ. De representerer hver sitt kunnskapsperspektiv, og hvilken metode man bruker baseres på hva man ønsker å vite. *Kvantitativ metode* er en forskningsprosedyre som er empirisk og som bruker opplysninger fra flere enheter og færre variabler og sammenlikner dem ved hjelp av statistikk. Det er en objektiv forskningsmetode som er upartisk og saklig. *Kvalitativ metode* er en forskningsprosedyre som gir beskrivende data. Denne metoden går i dybden, og ofte er det menneskets talte/skrevne ord i forskningen. Dette er en subjektiv forskningsmetode, som kan regnes som omfattende med mange variabler, men få enheter (Olsson & Sörensen, 2003).

3.2 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie kan forklares som «(...) att systematisk söka, kritiskt granska och sammanställa litteraturen inom ett valt ämne eller problemområde» (Forsberg & Wengström, 2008, s. 34).

Med det menes at man undersøker allerede dokumentert forskning rundt emnet man har valgt, og utafra det finner svar på aktuell problemstilling. Det finnes ulike typer litteraturstudie. En slik studie kan være allmenn, systematisk eller en begrepsanalyse. Formålet med en allmenn litteraturstudie kan blant annet være å beskrive den viten som er innenfor et område, eller komme frem til et resultat som kan motivere en til å skrive en empirisk studie. For å kunne

utføre en systematisk litteraturstudie er det en forutsetning at det finnes et tilstrekkelig antall reliable studier av god kvalitet som man kan legge til grunn for å ta tilfredsstillende beslutninger (Forsberg & Wengstrøm, 2008).

3.3 Metodens sterke og svake sider

Det er både sterke og svake sider ved en litteraturstudie man må ta hensyn til. En svak side ved en litteraturstudie er at den baserer seg på allerede gjort forskning. Man gjør et selektivt utvalg noe som ikke er å foretrekke da man velger etter egne kriterier, noe som kan resultere i et utvalg av litteratur som ikke er representativt. Derfor er det avgjørende at litteraturen blir kritisk analysert og at man forsikrer seg om at studiene er tilstrekkelig kvalitetssikret, slik at man kan bruke resultatet. Sterke sider ved en litteraturstudie er at man har tilgang til store mengder data, og basert på dette kan man fordype seg i litteratur som har en god bredde i forhold til tema, og som legger ulik metode til grunn. Man får en god oversikt over tidligere forskning og kan trekke disse sammen (Forsberg & Wengstrøm, 2008).

3.4 Litteratursøk og valg av litteratur

I søket etter forskningsartikler har følgende helsefaglige databaser blitt brukt: CINAHL, PubMed, SveMed+ og ProQuest. Det har også blitt søkt direkte i tidsskriftet *Vård i Norden* sin database. Søkeord som har blitt brukt er: Information, surgical patients, nursing, communication, safety, coping, preoperative, preoperative care og patient-nurse relations. Disse søkeordene har også blitt søkt på med norsk språk, men resultatet var lite representativt sammenliknet med søk på engelsk. Jeg valgte å avgrense søket ved å søke på artikler som ble publisert f.o.m. 2002, «full text» og «peer reviewed». For å få frem kombinasjonene av søkeordene og fremgangsmåten som er benyttet har jeg laget en oversikt over søkeord, søkekombinasjoner og antall treff. Oversikten ligger som vedlegg (se vedlegg 1).

3.5 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode som brukes for å fastslå om en kilde er sann eller ikke. Dette betyr at en må karakterisere og vurdere de kildene som benyttes. Målet med kildekritikk er å gi leserne en del i refleksjonene en har gjort i forhold til hvilken gyldighet og relevans litteraturen har for problemstillingen. I denne sammenheng er det viktig at en kan gjøre rede for tilgjengeligheten av litteratur og om det har vært lett eller vanskelig å finne denne (Dalland, 2007).

For å sikre kilder av god kvalitet bør man tilstrebe å bruke primærkilder. Primærkilden er originalen, noe som betyr at det er den som er førstegangskilde. Typiske primærkilder er rapporter fra enkeltstående forskning eller fagutviklingsprosjekter. Kunnskap som er presentert i lover, forskrifter og etiske retningslinjer er også primærkilder når innholdet refereres. Bøker er en annen godt egnet primærkilde, men de kan også være sekundærkilder. Et eksempel kan være en bok som henviser til et annet kapittel i en bok. En sekundærkilde er andrehåndskilde som har bearbeidet det primærkilden har skrevet (Bjørk & Solhaug, 2008).

I denne litteraturstudien har det blitt forsøkt å benytte i hovedsak primærlitteratur, samt bøker og artikler av nyere dato. Noe av litteraturen er eldre enn 10 år, men blir tatt med da det som fremkommer i denne litteraturen, etter min mening, er relevant per dags dato. Boken til Segesten (1994) og artikkelen til Thorsen (1997) blir brukt, da disse fremdeles blir nevnt i ny litteratur. Travelbee (1999) og Peplau (1988) er anerkjente sykepleieteoretikere som fremdeles blir brukt i nyere litteratur og undervisning i sykepleie, og vil også bli brukt i denne litteraturstudien. Det har også blitt brukt en del forskning fra tidsskrift, da Dalland (2007) skriver at den nyeste forskningen finnes i tidsskriftene. Det er sykepleietidsskrift som er blitt benyttet, og artiklene er referert bedømte. De kvalitative forskningsartiklene som blir presentert i denne oppgaven har også blitt vurdert ved hjelp av Malterud (2001) sin sjekkliste for kritisk lesing av kvalitative studier.

3.6 Etiske aspekter ved forskning

Gjennom en litteraturstudie skal en forholde seg til lover og regler samt etikken rundt den. Forskningens mål om å finne nye kunnskaper og innsikt må ikke skje på bekostning av enkelt personers integritet og velferd (Olsson & Sörensen, 2003). Når en foretar en litteraturstudie vil det være vesentlig å respektere forfatteren og ikke plagiere det han har skrevet. Å gjengi informasjon fra en kilde, uten å referere til den, kalles plagiering (Rienecker, Hedelund, Hegelund, Kock & Jørgensen, 2006). I denne litteraturstudien vil kilder og referanseliste skrives etter Høgskolen sine retningslinjer. All henvisning til kilder blir tilstrebet å gjøre så nøyaktig som mulig for å unngå å ta æren for andres verk. I denne studien vil resultatene fra forskningen som blir brukt, forsøkt presentert så nøyaktig som mulig, for å unngå egne tolkninger.

3.7 Presentasjon av utvalgt forskningslitteratur

Her er en kort presentasjon av utvalgte forskningsartikler. For en mer detaljert beskrivelse, se vedlegg (vedlegg 2).

Burstrøm, Boman, Strandberg og Brulin (2007): Kvalitativ studie, 7 mannlige hjertesvikt-pasienter som informanter. Hensikten med studien var å få frem hva voksne pasienter mente var viktig for deres opplevelse av å være trygg/utrygg som innlagt pasient på sykehus. Resultatet viste at for at pasientene skulle føle seg trygge var det viktigste at de var sett på som individuelle mennesker, lyttet til og betraktet som unike og verdifulle og at de hadde tillit til helsepersonellet.

Kiessling og Kjellgren (2004): Kvalitativ metode med fenomenologisk perspektiv. Intervju av 8 pasienter innlagt ved kirurgisk sengepost. Hensikten med denne studien var å beskrive hvordan pasientene opplever sin deltakelse i omsorg og ulike faktorer som har innflytelse på deres deltakelse. Resultatet viste at pasientene synes det var viktig at det var en dialog med omsorgsgiverne og kontinuitet i omsorgen. Lite kontinuitet bidro til utrygghet.

Grønnestad og Blystad (2004): Kvalitativ studie, 8 informanter som var innlagt på gastrokirurgisk sengepost. Hensikten med studien var å søke kunnskap om hvilke emner pasientene får informasjon om, og betydningen av informasjon for å mestre rollen som kirurgisk pasient. Resultatet viser at informasjon skaper trygghet og gir pasientene håp samt at pasientene ønsker mer informasjon for å tolke sine egne erfaringer og reaksjoner i en situasjon som er preget av mye usikkerhet.

Erci, Sezgin og Kacmaz (2008): Kvantitativ studie, 120 pasienter som skulle til operasjon. Pasientene ble randomisert delt inn i en forsøksgruppe 60 pers. og en kontrollgruppe 60 pers. Hensikten var å fastslå effektiviteten av Peplau sin teori om mellommenneskelige relasjoner for å redusere angst hos pasienter pre- og postoperativt. Resultatet viser en statistisk signifikant forskjell mellom forsøksgruppen og kontrollgruppen når det gjaldt gjennomsnittlig poengsum for angst, og forskerne konkluderer med at redusert angst hos pasientene var sannsynlig assosiert med intervensjonen basert på Peplau sin modell på menneskelige relasjoner.

Mitchell (2003): Litteraturgjennomgang av 34 studier publisert 1990-2002. Gjennomgangen av litteraturen ble gjort for å vurdere dagens nivå på kunnskap og intervensjoner om

pasientenes angst når de gjennomgår moderne elektive kirurgiske inngrep. Årsaker til angst, kliniske bekymringer og måling, og angst håndtering er diskutert sammen med detaljer hentet fra de aktuelle studiene. Det kommer frem ulike årsaker til angst, som anestesi, hvilke medikamenter som blir brukt, faste, bivirkninger og mulige komplikasjoner. Det blir konkludert med at god preoperativ omsorg handler om mer enn farmakologi, og bør gå utover operasjonsdagen. Studien viser til positiv effekt av distraksjon som musikk og tv titting for å redusere preoperativ angst.

Walker (2002): Litteraturgjennomgang som har fokus på de følelsesmessige og psykologiske forberedelsene av voksne pasienter som skal til operasjon. Målet med denne litteraturgjennomgangen er å gjøre leseren kjent med begrepet emosjonell og psykologisk forberedelse til kirurgi og forklare hvordan dette kan oppnås i praksis. Det kommer frem at informasjon bør gis muntlig med skriftlig supplement og at pasienten bør oppfordres til å stille spørsmål. Distraksjon, som for eksempel musikk, humor og bilder har vist seg å være effektive i å redusere pasientens preoperative angst.

Wang, Kulkarni, Dolev og Kain (2002): Kvantitativ studie som undersøker hypotesen som sier at musikk kan redusere opplevelsen av angst blant pasienter før operasjon. Voksne pasienter som skulle gjennomgå anestesi og kirurgi ble randomisert delt inn i to studiegrupper. Gruppe 1 lyttet til selvvalgt musikk i 30 min, mens gruppe 2 fikk ingen intervensjoner. Etter intervensjon ble resultatene at gruppe 1 rapporterte signifikant lavere nivå av angst sammenliknet med kontrollgruppen (gruppe 2). Pasientene ble evaluert før, under og etter intervensjonen med musikk. Forskerne konkluderer med at pasientene som lyttet til musikk før kirurgi hadde lavere nivåer av angst enn kontrollgruppen, men ingen fysiologiske utfall skilte de to gruppene.

4.0 DRØFTING

Her vil jeg drøfte problemstillingen opp mot faglitteratur og forskningslitteratur for å prøve å komme frem til et svar. Jeg vil også trekke inn egne erfaringer fra praksis ved kirurgisk avdeling. Temaene som vil bli drøftet er:

- Den gode samhandlingen
- Informasjon som trygghetsskapende faktor
- Musikk som trygghetsskapende faktor

4.1 Den gode samhandlingen

I studien utført av Erci et al. (2008) kommer det frem at bruken av Peplau sin sykepleieteori om mellommenneskelige relasjoner, reduserer pre- og postoperativ angst. Peplau (1988) sin sykepleieteori ser på sykepleie som en dynamisk og kontinuerlig utviklingsprosess, der et tillitsfullt, mellommenneskelig forhold mellom sykepleier og pasient er helt avgjørende for hvor effektiv og god behandlingen blir. Funnene i studien til Burstrøm et al. (2007) støtter dette, og informantene påpeker at tillit til sykepleier er viktig for opplevelsen av trygghet. Ifølge Lillestø (2010) er tillit et uuttalt krav. Hvis pasienten er usikker på hjelpen en mottar, vil tillit til personalet bli erstattet av mistillit og angst. Tillit er vesentlig for å få en god relasjon med pasienten. Pasienten utvikler tillit og fortrolighet om han opplever at personalet bryr seg. Det forutsetter at personalet skaper en relasjon til pasienten og gjør rede for hvordan pasienten opplever sin livssituasjon. Relasjonen har betydning for å oppleve omsorgens mål, og i sin teori legger Segesten (1994) vekt på «relasjonstrygghet» som en viktig dimensjon av ytre trygghet.

I studien utført av Kiessling og Kjellgren (2004) kommer det frem at samtalen også kan ha en annen dimensjon enn informasjonsutbytte. Gjennom samtale og fremfor alt å lytte, kan helsepersonell vise at de bryr seg om pasienten. Å få en bekreftelse på at det pasienten fortalte sykepleier nådde frem og ble benyttet rett, hadde betydning for opplevelsen av delaktighet i omsorgen. I følge Burstrøm et al. (2007) sin studie er det å bli sett på som en unik og verdifull person, og bli lyttet til, viktig for å skape trygghet. Både Peplau (1988) og Travelbee (1999) trekker frem viktigheten av å bli kjent med pasienten som individ og se dens individuelle behov. Det er gjennom relasjonen sykepleier får mulighet til å komme nær pasienten og lære han å kjenne. Ifølge Travelbee (1999) er et av sykepleierens mål, å fastslå hvordan den syke oppfatter det forestående kirurgiske inngrepet. Hun sier videre at en kan lære mye av å lytte

nøye når pasienten forteller hva han vet og tenker om inngrepet. Sykepleier bør merke seg tonefallet, ansiktsuttrykkene, gestene og spesielle bevegelser. Ved å gjøre dette kan sykepleier ofte fange opp mange antydninger om pasientens følelsetilstand. Grasaas, Sjursen og Stordalen (2009) legger vekt på at å lytte til den andre er en kommunikasjonsferdighet som er viktig i helse- og sosialfaglige yrker. God kommunikasjon skaper kontakt mellom sykepleier og pasient, og det er blant annet ved god kommunikasjon en kan identifisere pasientens behov og også delvis dekke disse. For å kunne gjennomføre det Peplau(1988) kaller en målrettet kommunikasjon med pasient, må sykepleier beherske noen grunnleggende ferdigheter. Peplau sier at det kreves ferdighet til å lytte, språklig ferdighet og ferdighet til å stille de riktige spørsmål. Det å lytte aktivt til pasienten, er ifølge Peplau kanskje den viktigste ferdigheten sykepleieren må mestre for å innlede et produktivt forhold til pasienten. Videre er det viktig å bruke et språk som pasienten forstår, og som ikke leder til misforståelser.

Walker (2002) påpeker at det er essensielt at sykepleier anerkjenner og respekterer det unike og verdigheten til hver pasient. Moesmand og Kjøllesdal (2004) trekker også frem at pasienten forventer menneskelig og vennlig oppførsel og profesjonelle handlinger. God sykepleie blir oppfattet som høflig, ikke forhastet, og forsiktig berøring. Tøff og/eller uoppmerksom oppførsel krenker pasientens verdighet. I følge Valeberg (2011a) er det ikke nok å ha interesse og medfølelse, sykepleiers atferd må formidle interesse og medfølelse med stemme, blick, ansiktsuttrykk, gester, berøring og kroppsholdning. Ved å gjøre det viser sykepleier en respektfull og inkluderende holdning.

I Kiessling og Kjellgren (2004) sin studie kommer det frem at oppfattelsen av mangel på tid blant helsepersonell fører til sterk frustrasjon blant pasientene, da det kobles til opplevelsen av lite interesse og forsømmelse hos omsorgsgiveren. Mangel på tid minsker pasientens følelse av å bli sett og hørt som person og medmenneske, og kan oppfattes krenkende. Dette kommer også frem i teorien til Kristoffersen og Nortvedt (2005), som sier empiriske undersøkelser viser at en faktor som virker negativt inn i samhandlingsrelasjoner er liten tid. Berntsen et al. (2010) sier at for å redusere preoperativ angst og fremme trygghet må sykepleieren først og fremst være tilgjengelig og lydhør for de bekymringene pasienten kan ha behov for å dele og diskutere. God tid kan være med på å legge grunnlaget for et tillitsforhold. Thorsen (1997) legger vekt på at en må bruke tiden på en god måte. Han viser til en historie hvor sykepleier skaper trygghet for pasienten, ved enkel berøring og en liten setning. Thorsen får frem at ved å bruke tiden riktig kan omsorgen gi den fylde, og tilsynelatende små øyeblikk, blir øyeblikk av konsentrert omsorg, noe som kan være av stor betydning for pasientens trygghet.

God kunnskap blant personalet blir sett på som viktig for pasientens opplevelse av trygghet (Burstrøm, et al., 2007). Dette blir også vektlagt av Moesmand og Kjøllesdal (2004) som sier operasjonspasienten er opptatt av at personalet har erfaring og relevant kompetanse. Dette kommer frem i Travelbee (1999) sin teori, som får frem at pasienten trenger å oppleve at sykepleiere og andre er personlig interessert i ham og hans velvære, og han trenger visshet for at han kommer til å få dyktig kompetent og medfølende pleie og omsorg. Travelbee legger vekt på at sykepleier ikke bare må ønske å hjelpe. Sykepleieren må også vite hva hun kan gjøre, og ha de kunnskaper og ferdigheter som trengs i sykepleieprosessen.

Sykepleie innebærer å hjelpe andre mennesker til å mestre erfaringer knyttet til sykdom eller annen form for lidelse. Mestring og trygghet kan ses i sammenheng, ved at mestring av en vanskelig situasjon kan gi pasienten en opplevelse av trygghet. Hvis pasienten klarer å håndtere situasjonen og ser andre sider av den med sykepleiers hjelp, virker ikke ting like skremmende. Dersom pasienten ikke klarer å mestre situasjonen, vil utrygghet råde (Travelbee, 1999). For pasientens mestringsprosess og trygghet er det viktig med opplevelsen av kontroll i situasjonen, enten at pasienten selv har kontroll, eller at han velger å overlate den til personalet (Moesmand & Kjøllesdal, 2004). Å ikke ha kontroll over en situasjon, men stole på at andre gir den hjelpen man trenger er nødvendig for å oppnå «stole på andre-trygghet», en av dimensjonene i yte trygghet som Segesten (1994) omtaler. Å stole på at sykepleier har de kunnskaper som trengs for å utøve god pleie er nødvendig for opplevelsen av trygghet.

4.2 Informasjon som trygghetsskapende faktor

I studien gjort av Grønnestad og Blystad (2004) hevder informantene at det viktigste ved å få informasjon er trygghetsopplevelsen det gir. Det blir påpekt at informasjon gir trygghet ved å svare på tre sentrale spørsmål: Hva er min helsetilstand og mine framtidsutsikter? Hvordan forholder jeg meg til det jeg skal gjennomgå? Er jeg i trygge hender her på sykehuset? I forhold til spørsmålet om sykdom, helsetilstand og prognose, oppgir informantene at informasjon gir opplevelsen av å ha kunnskap, fjerner usikkerhet og engstelse og er viktig for bearbeidelsen av følelser relatert til sykdommen. Valeberg (2011b) påpeker også at god informasjon kan være med på å øke pasientens trygghet og mestringsevne i forhold til det som skal skje, og at de fleste mennesker har vilje til og ønske om å delta aktivt i løsningen av egne helseproblemer. Ifølge Moesmand og Kjøllesdal (2004) kan informasjon gi en person grunnlag for å foreta mer realistiske vurderinger i den spesielle situasjonen han befinner seg i. Ofte er det lettere å takle ubehag når dette er kjent på forhånd, og personen forventer å holde

det ut. Ved å få tilstrekkelig informasjon kan pasienten oppnå personlig kontroll, ved at han lærer om hvilke krav som stilles, og hvordan han kan forberede seg til disse kravene. Segesten (1994) hevder at tilstrekkelig informasjon, kunnskap, erfaring og bekreftelse er nødvendig for å oppleve kunnskap- og kontrolltrygghet. Travelbee (1999) trekker frem behovet for informasjon som ett av to grunnleggende behov de fleste som skal gjennom et kirurgisk inngrep har til felles. Behovet for informasjon referer til den enkeltes behov for å forstå hva som skjer med han. I tillegg til at informasjon er nødvendig for at pasienten skal forstå hva som skjer, er det sykepleiers plikt å gi nødvendig informasjon. Pasientrettighetsloven (1999) presiserer helsepersonell sin plikt til å gi informasjon til pasienter.

Travelbee (1999) hevder det er en direkte sammenheng mellom angstnivå og graden av oppfyllelse av behovet for informasjon og trygghet. I sin sykepleieteori peker Travelbee på at den som vet hva han har i vente, har et mer realistisk bilde på hva som vil skje, enn den som ikke vet, og av den grunn vil la fantasien supplere det han ikke vet i virkeligheten. Disse fantasiene kan være feilaktige og være en kilde til angst og frykt. Kunnskap er ikke et tryllemiddel, men å vite er det første nødvendige skrittet mot å akseptere realitetene. Av erfaring fra praksis har jeg opplevd at pasienter har gitt uttrykk for lettelse etter å ha fått informasjon, da forholdene rundt deres foreliggende inngrep har vært lettere å håndtere, enn hva de først hadde antatt. Holm og Kummeneje sier at det å gå gjennom en operasjon kan føles som en trussel mot kroppens integritet, samt mot selve livet, og det at pasienter har liten kontroll over egen situasjon kan føre til at en føler utrygghet og angst (Holm & Kummeneje, 2009). Det er derfor viktig at sykepleier ser på hva en kan gjøre for å bidra til at pasienten faktisk føler seg trygg, noe som blant annet vil være å gi pasienten tilstrekkelig med informasjon.

I Segestens (1994) studie gir informantene uttrykk for at å stole på det sykepleier og lege sier er sant, er avgjørende for trygghetsfølelsen. En informant opplevde å få forskjellig informasjon fra sykepleier og lege, noe som skapte forvirring og engstelse. Det er essensielt at sykepleier er bevisst på hvilken informasjon som blir gitt ut, dokumenterer dette og kommuniserer med kolleger. I studien kom det også frem at kontinuitet i pleien er viktig for trygghetsfølelsen. Dette støttes av Kiessling og Kjellgren (2004) som får frem at bristende kontinuitet skaper usikkerhet og utrygghet hos pasienten. Informantenes opplevelse av delaktighet hadde fokus på kontinuitet som gav dem en trygghetsfølelse og tillit til personalet.

I studien gjort av Walker (2002) kommer det frem at informasjon bør gis muntlig med skriftlig supplement. Dette støttes av Brataas og Hellesø (2011) som sier at skriftlig pasientinformasjon kan være et viktig tiltak for å sikre at pasienter opplever å få den informasjonen de trenger. Når informasjon formidles skriftlig får pasienten anledning til å tilegne seg og repetere stoffet når det måtte passe og når det er behov for det.

I Mitchell (2003) sin studie, kommer det frem at preoperativ informasjon blant annet kan redusere pasientens angst- og stress nivå, men det vil likevel være viktig å kunne balansere mellom nok og for mye informasjon. Ifølge Eithun, Bendiksen, Ingebrigtsen og Solberg (2006) er det grunn til å stille spørsmål om hvor mye informasjon som er nødvendig. De sikter til den informasjonsflyten vi har i dag, via internett, andre medier, samt en mengde brosjyrer pasienter får tilgang til før innleggelse. Pasienter skal klare å absorbere, og ikke minst nyttiggjøre seg den informasjonen som er gitt. Dette kommer også frem i Holm og Kummeneje (2009) sin teori som sier man skal vurdere pasientens forståelse for hva som skal foregå, og hvilke forventninger han har, først. Deretter kan informasjonen tilpasses til pasienten. Dette blir støttet av Moesmand og Kjøllesdal (2004), som trekker frem at utgangspunktet for informasjonen skal være tilpasset pasientens behov, både slik han selv opplever den, og ut fra sykepleiers vurdering av situasjonen. Personlig tilpasset informasjon vil redusere angst i større grad enn rutineinformasjon. Dette kommer også frem både i Grønnestad og Blystad (2004) og Walker (2002) sine studier, som indikerer at pasienter i stor grad har varierende behov for informasjon, noe som innebærer at det er vanskelig med et standardisert informasjonsprogram alene. De trekker frem at den enkeltes informasjonsbehov må kartlegges, og det må suppleres med individuelle samtaler med den enkelte pasient.

4.3 Musikk som trygghetsskapende faktor

I studien utført av Wang et al. (2002) kommer det frem at pasienter som lyttet til musikk før kirurgi hadde lavere nivå av angst enn kontrollgruppen. Dette kommer også frem i studien til Mitchell (2003), som viser til positiv effekt av blant annet musikk, for å redusere preoperativ angst. Ifølge Johannessen (2008) har musikk en beroligende effekt som både gir fysisk og muskulær avspenning, roer tankelivet og gir mental avspenning og reduserer angst. Dette kommer også frem i Myskja (2008) sin teori som også hevder at beroligende musikk kan være nyttig ved angst og motorisk hyperaktivitet.

Ifølge Solli (2006) kan musikk ta vekk fokuset fra sykdom, og legge vekt på pasientens ressurser. Ruud (2007) viser til undersøkelser som sier at musikk virker regulerende på

sinnstilstander. Musikken virker da på en måte som får pasienten til å glemme negative ting, gir positive og oppmuntrende opplevelser, mer positive tanker om seg selv, samtidig som det skaper høydepunkter i hverdagen. I den preoperative fasen vil det ofte være gunstig for pasienten å høre rolig, «kjent og kjær» musikk som får vedkommende til å oppleve en mer kjent og hjemlig atmosfære. Lazarus og Folkman (2006), trekker frem emosjonsorientert mestring som en av to hovedmåter å møte stressfylte situasjoner på. Ved at musikken virker på en måte som får pasienten til å glemme negative ting, kan den også være med å fremme den emosjonsorienterte mestringen.

I Mitchell (2003) sin litteraturgjennomgang kommer det frem at informantene fikk lytte til selvvalgt musikk. Dette kommer også frem i studien til Wang et al. (2002). Moesmand og Kjøllesdal (2004) presiserer at det er viktig at musikken stemmer med pasientens behov. Man må ved bruk av musikk ta hensyn til pasientens sosiologiske bakgrunn, sinnsstemning og etniske opprinnelse. Hvordan pasienten opplever musikk er individuelt, av den grunn må ha kunnskap om pasientens forhold til musikk og hvilken musikk pasienten ønsker å lytte til.

Myskja (2003) sier det finnes flere artikler som gir belegg for at musikk har en klar plass som komplementær behandling på intensivavdelinger. Her blir den viktigste påviste effekten av musikk, at den demper angst og ugunstig overaktivering av stressmekanismer. Min erfaring er at musikk blir lite brukt ved kirurgisk avdeling, på tross av funn som fremmer bruken av dette virkemidlet.

5.0 AVSLUTNING

Målet med studien var å finne ut hva sykepleier kan gjøre for å fremme trygghet hos kirurgiske pasienter i den preoperative fasen. Jeg ønsket å tilegne meg mer kunnskap om trygghetsskapende tiltak, med fokus på det psykososiale aspektet, og hvordan jeg som sykepleier kan samhandle med pasienten for at det skal bli en opplevelse av trygghet. Ved å gjennomgå forskning og litteratur om kirurgiske pasienter og trygghet har jeg kommet frem til blant annet:

Et tillitsfullt, mellommenneskelig forhold mellom sykepleier og pasient er avgjørende for å fremme trygghet. Sykepleier må bli kjent med pasienten som individ og se dens individuelle behov. Å bli sett på som en unik og verdifull person, og bli lyttet til, er viktig for å skape trygghet. Pasienten er opptatt av at sykepleier har relevant kompetanse, og bruker tiden som er nødvendig for å skape en god samhandling.

Å informere pasienten skaper trygghet, ved at pasienten får kunnskap og kontroll over sin situasjon, og vet hva som er i vente. På tross av at informasjon kan være et trygghetsskapende tiltak, må informasjonen tilpasses hvert enkelt individ, og hvilke forutsetninger og ønsker om informasjon som er til stede, samt sykepleiers vurdering av situasjonen. Det er viktig med en balanse mellom nok og for mye informasjon. Sykepleier må vurdere hver enkelt pasientsituasjon og gi informasjonen deretter.

Musikk er en alternativ behandlingsform som kan ha gunstig effekt ved å redusere angst, og dermed trygge pasienten i den preoperative fasen. Ved hjelp av musikk kan sykepleier skape en ramme for gode opplevelser og bidra til at pasienten opplever trygghet.

6.0 LITTERATURLISTE

- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A. M., Døve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G. & Grønseth, R. (2010). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I: H. Almås, D. Stubberud & R. Grønseth (Red), *Klinisk sykepleie Bind 1*(s. 273-333). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bjørk, I. T. & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie- En ressursbok*. Oslo: Akribe AS.
- Blix, E. S. & Breivik, S. (2006). *Basisbok i sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Brataas, H. B. & Hellesø, N. S. (2011) Sykepleiepedagogikk på somatisk praksisarena. I: H. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis* (s.102-122). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Burström, M., Boman, K., Strandberg, G. & Brulin, K. (2007). Manliga patienter med hjärtsvikt och deras erfarenhet av att vara trygga och utrygga. *Vård i Norden*, 27(3), 24-28.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eithun, U. M., Bendiksen, R., Ingebrigtsen, T. & Solberg, T. (2006). For mye informasjon. *Sykepleien*, 94(15), 68-69.
- Erci, B., Sezgin, S. & Kacmaz, Z. (2008). The impact of therapeutic relationship on preoperative and postoperative patient anxiety. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(1), 59-66.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.
- Fossum, B. (2007). *Kommunikation samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Grasaas, K. K., Sjursen, M. & Stordalen, J. (2009). *Helsefagskolen: Etikk og kommunikasjon*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

- Grønnestad, K. K. & Blystad, A. (2004). Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon. –En kvalitativ studie. *Vård i Norden*, 24(4), 4-8.
- Hanssen, T.A. & Natvig, G.K. (2007). Stress og mestring. I: E, Gjengedal. & B.R, Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring* (s. 40-59). Oslo: J.W. Cappelens forlag AS.
- Heggen, K. (2007). Rammer for meistring. I: T. J. Ekeland & K. Heggen. (Red.), *Meistring og myndiggjering – Reform eller retorikk* (s. 64-82). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Holm, S. & Kummeneje, I.(2009). *Pre- og postoperativ sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Jensen, P. & Ulleberg, I. (2011). *Mellom ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Johannessen, B. (2008). *Komplementær og alternativ behandling – en grunnbok for sykepleiere*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kiessling, T. & Kjellgren, K. I. (2004). Patienters opplevelse av delaktighet i vården. *Vård i Norden*, 24(4), 31-36.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. (2005). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug. (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (s.137-181). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (2006). *Stress og følelser: en ny syntese*. København: Akademisk forlag.
- Lillestø, B. (2010). Sykepleiens tre dimensjoner. I: U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2* (s. 393-416). Oslo: Akribe AS.
- Mitchell, M. (2003). Patient anxiety and modern elective surgery: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 12(6), 806-15.
- Moesmand, A. M. & Kjøllesdal, A. (2004). *Å være akutt kritisk syk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122(25) 2468 - 72.
- Myskja, A. (2003). *Den musiske medisin: lyd og musikk som terapi*. Oslo: Cappelens Forlag AS.
- Myskja, A. (2008). *På vei mot en integrert medisin. En innføring i komplementær og alternativ behandling*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Pasientrettighetsloven (1999). *Lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63*. Hentet 14. januar 2012 fra www.lovdatab.no
- Peplau, H. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing*. Houndmills: MacMillan Education.
- Pudner, R. (2005). *Nursing the surgical patient*. Edinburgh: Elsevier.
- Rienecker, L., Hedelund, L., Hegelund, S., Kock, C. & Jørgensen, P. S. (2006). *Den gode oppgaven: Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ruud, E. (2007, 25. mai) *Musikk gir helse*. Hentet fra: http://www.musikk-kultur.no/nyesider/artikkel_1.asp?id=675
- Segesten, K. (1994). *Patienters opplevelse av trygghet och utrygghet*. Göteborg: K&K Segesten Förlag.
- Solli, H.P. (2006) Musikk i psykiatrisk praksis. Musikkgrupper på psykiatriske institusjoner. I: T. Aasgaard. (red.), *Musikk og helse* (s.107-121). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- St.meld. nr. 26 (1999-2000). *Om verdier for den norske helsetenesta*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19992000/stmeld-nr-26-1999-2000-.html?id=192850>
- Thorsen, R. (1997). Kan vi skape trygghet ? *Sykepleien*. Hentet fra <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=128>.

- Thorsen, R. (2006). Trygghet. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Bind 3* (s. 13-38). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Valeberg, B. T. (2011a). Mottak av pasient. I: I. L. Hovind (Red.), *Anestesisykepleie* (s. 328-333). Oslo: Akribe AS.
- Valeberg, B. T. (2011b). Preoperativ informasjon og vurdering. I: I. L. Hovind (Red.), *Anestesisykepleie* (s. 317-327). Oslo: Akribe AS.
- Valeberg, B. T. (2011c). Stress og mestring. I: I. L. Hovind (Red.), *Anestesisykepleie* (s.311-316). Oslo: Akribe AS.
- Walker, J. A. (2002). Emotional and psychological preoperative preparation in adults. *British Journal of Nursing*, 11(8), 567-575.
- Wang, S., Kulkarni, L., Dolev, J. & Kain, Z. N. (2002). Music and Preoperative Anxiety: A Randomized, Controlled Study. *Anesthesia and Analgesia*, 94(6), 1489-1494.

VEDLEGG 1

Søkeprosessen

CINAHL:

Surgical patients: 4724

Surgical patients + safety: 271

Surgical patients + communication: 130

Surgical patients + information: 420

Surgical patients + communication + safety: 19

Surgical patients + information + nursing: 141

Surgical patients + information + safety: 24

Preoperative: 2222

Preoperative + safety: 74

Preoperative + communication: 49

Preoperative + nursing: 376

Preoperative + safety + communication: 4

Preoperative + nursing + safety: 15

Preoperative + safety + coping: 1

Patient-nurse relations: 32'

PubMed

Preoperative + safety: 2942

Preoperative + safety + nursing: 68

Preoperative + nursing + communication: 89

SveMed+

Preoperative: 113

Preoperative + safety: 0

Preoperative + information: 1

Preoperative care: 108

ProQuest

Surgical patients + communication + coping: 2165

Surgical patients + safety + coping: 1198

Preoperative + safety + coping: 306

Preoperative + safety + patient-nurse relations: 629

VEDLEGG 2

Sammendrag av forskningsartikler

«**Manliga pasienter med hjertesvikt og deres erfaringer av å vera trygga og utrygga**» av Burström, Boman, Strandberg & Brulin (2007):

Å være trygg er et grunnleggende menneskelig behov. Selv om følelsen av utrygghet har blitt identifisert som et felles problem blant mennesker som lever med hjertesvikt er det få kvalitative studier som fokuserer på problemet. Målet med denne studien var å beskrive hva det innebærer å være trygg eller utrygg for menn med hjertesvikt. Syv menn med hjertesvikt, funksjonell klasse NYHA II-III, ble intervjuet i fokusgrupper. Innholdet i intervjuet ble analysert. Trusselen om plutselig død ble beskrevet som en kilde til både trygghet og utrygghet. Å leve med en frykt for å drukne i sin egen kroppsvæske ble sett på som en kilde til utrygghet for mennene. I møte med omsorgspersoner og slektninger var det av betydning å bli mottatt som en unik og verdifull person. Tilliten til hjerte spesialistene var nærmest overnaturlig og spesialsykepleierne ble snakket om som verdifulle for at de skulle føle seg trygge. Studien konkluderer med at helsepersonellets evne til å lytte til hvordan menn erfarer å leve med hjertesvikt trolig kan øke deres følelse av trygghet. Videre er det viktig at leger og sykepleiere har god kunnskap om hjertesvikt.

«**Pasienters opplevelse av delaktighet i vården**» av Kiessling & Kjellgren (2004):

Pasienter i de fleste vestlige land har en juridisk rett til å delta i omsorg så vel som i beslutningsprosesser som berører deres omsorg. Forskning har indikert at behandlingresultat kan forbedres hvis pasienten opplever større deltakelse. Hensikten med denne studien var å beskrive hvordan pasientene opplever deres deltakelse i omsorg og ulike faktorer som har innflytelse på deres deltakelse. Data ble samlet inn ved intervjuer med åtte innlagte pasienter ved en kirurgisk sengepost. Alle intervjuer ble tatt opp på bånd og dokumentert ordrett. Gjennom fenomenologisk analyse ble menings enheter organisert i temaer og essensen av hvert tema ble formulert. Opplevelsen av deltakelse i omsorg ble uttrykt i følgende tre temaer; et behov for dialog, kontinuitet i kontakt med personalet og kontroll. Lite kontinuitet bidro til utrygghet i følge informantene. Det var et ønske fra pasientenes side at det skulle være en kontinuerlig dialog med omsorgsgiveren for å utveksle informasjon. Ifølge pasienter var mangel på tid blant omsorgsgiverne en av årsakene til redusert mulighet for å opprettholde en dialog. Behovet for å ha kontroll fremmer pasientens deltagelse i omsorgssituasjonen.

«Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon. –En kvalitativ studie» av Grønnestad & Blystad (2004):

Dette er en kvalitativ studie som fokuserer på hvordan pasienter opplever informasjonen de mottar i forbindelse med en operasjon. Studien søker kunnskap om hvilke emner pasientene får informasjon om, og betydningen av informasjon for å mestre rollen som kirurgisk pasient. Studien undersøker også i hvilken grad pasienter opplever at deres behov for informasjon blir tilfredsstillt. Data ble samlet inn i intervjuer med åtte pasienter som hadde hatt elektiv gastrokirurgi ved et norsk sykehus. Intervjuene ble tatt opp på bånd og dokumentert, før en analyse ble gjennomført for å identifisere tilbakevendende temaer. Informantene gav uttrykk for at det viktigste var informasjonens innflytelse på erfaringen av trygghet og håp. Resultatene av denne studien viser at pasientene ønsker mer informasjon av den grunn at de da kan tolke sine egne erfaringer og reaksjoner i en situasjon som er preget av mye usikkerhet i forhold til deres tilstand. Mangel på slik kunnskap skaper utrygghet og frykt. Pasientene blir også dårlig forberedt for utskrivelse. Studien indikerer at pasientene har i stor grad varierende behov for informasjon, som innebærer at det er vanskelig med et standardisert informasjonsprogram alene. Det er å anbefale at man supplerer med informasjon tilpasset den enkelte pasient.

«The impact of therapeutic relationship on preoperative and postoperative patient anxiety» av Erci, Sezgin & Kacmaz (2008) :

Målet med denne kvantitative studien var å fastslå effektiviteten av Peplau sin teori om mellommenneskelige relasjoner for å redusere angst hos pasienter pre- og postoperativt. Det ble utført en randomisert klinisk studie hvor utvalget bestod av 120 pasienter som skulle til operasjon ved et sykehus i Tyrkia. Tidsperiode 1. juni – 30. oktober 2004. Pasientene ble randomisert delt inn i en forsøksgruppe 60 pers og en kontrollgruppe 60 pers. Modellen om mellommenneskelige relasjoner til Peplau ble gjennomført med forsøksgruppen. Det var en statistisk signifikant forskjell mellom forsøksgruppen og kontrollgruppen når det gjaldt gjennomsnittlig poengsum for angst, postoperativt og før utskriving. Forskerne konkluderer med at redusert angst hos pasientene var sannsynlig assosiert med intervensjonen basert på Peplau sin modell på menneskelige relasjoner. Peplau sin modell kan anbefales som intervensjon for sykepleiere for å bedre pasientbehandlingen ved å redusere angst i den pre- og postoperative perioden.

«Patient anxiety and modern elective surgery: a literature review» av Mitchell (2003):

Medisinske fremskritt har ført til en betydelig økning i nivået av elektiv kirurgi som gjennomføres som dagkirurgi og med minimalt sykehusopphold. Men på tross av slike fremskritt, har den preoperative psykologiske omsorgen holdt seg relativt statisk. Et betydelig antall pasienter er svært engstelige før elektiv kirurgi og lite formell omsorg er gjennomført for å løse dette store problemet. Det ble foretatt en gjennomgang av litteraturen fra 1990-2002 for å vurdere dagens nivå på kunnskap og intervensjoner om pasientenes angst når de gjennomgår moderne elektive kirurgiske inngrep. 34 studier som omfatter data fra 3754 pasienter som ble innlagt for operasjon eller fikk utført dagkirurgi ble gjennomgått. Tre hovedtemaer dukket opp- årsaker til angst, kliniske bekymringer og måling, og angst håndtering. Hvert tema er diskutert sammen med detaljer hentet fra de aktuelle studiene. Årsaker til angst som kommer frem er anestesi og hvilke medikamenter som blir brukt, fare for bivirkninger og komplikasjoner, faste og lengden på pasientens rekonvalesens. Forskeren konkluderer med at effektiv preoperativ omsorg må gå utover farmakologi og gå utover operasjonsdagen. Det blir også vist positive resultater ved bruk av distraksjon, som musikk, tv titting og liknende.

«Emotional and psychological preoperative preparation in adults» av Walker (2002):

Litteraturgjennomgang som har fokus på de følelsesmessige og psykologiske forberedelsene av voksne pasienter som skal til operasjon. Følelsesmessig og psykologisk forberedelse til kirurgi spiller en viktig rolle i sykepleie. Imidlertid varierer det sterkt i form av dens oppfatning og utførelse. Målet med denne litteraturgjennomgangen er å gjøre leseren kjent med begrepet emosjonell og psykologisk forberedelse til kirurgi og forklare hvordan dette kan oppnås i praksis. Det fremheves at kjønn, alder og tidligere erfaringer er disponerende faktorer for preoperativ angst, på lik linje med frykt for det ukjente og frykt for skade. Det kommer frem at informasjon bør gis muntlig med skriftlig supplement og at pasienten bør oppfordres til å stille spørsmål. Distraksjon, som for eksempel musikk, humor og bilder har vist seg å være effektive i å redusere pasientens preoperative angst.

« **Music and Preoperativ Anxiety: A Randomized, Controlled Study**» av Wang, Kulkarni, Dolev & Kain (2002):

Kvantitativ studie som undersøker hypotesen som sier at musikk kan redusere opplevelsen av angst blant pasienter før operasjon. Det ble brukt en streng design og objektive utfallsmål. Voksne pasienter som skulle gjennomgå anestesi og kirurgi ble randomisert delt inn i to studiegrupper. Gruppe 1 lyttet til selvvalgt musikk i 30 min, mens gruppe 2 fikk ingen intervensjoner. Etter intervensjon ble resultatene at gruppe 1 rapporterte signifikant lavere nivå av angst sammenliknet med kontrollgruppen (gruppe 2). Pasientene ble evaluert før, under og etter intervensjonen med musikk. Evalueringen bestod av fysiologiske målinger av angst (hjerterefrekvens, blodtrykk, adrenalin osv.) og atferdsmessig vurdering ved hjelp av «State-Trait Anxiety Inventory». Nivået av angst sank 16 % etter intervensjonen sammenliknet med målinger utført før intervensjonen. Forskerne konkluderer med at pasientene som lyttet til musikk før kirurgi hadde lavere nivåer av angst enn kontrollgruppen, men ingen fysiologiske utfall skilte de to gruppene.