



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	20-08-2018 09:00	Termin:	2018 HØST1
Slutt dato:	11-10-2018 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2018 VÅR1		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 2

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Mestring av skolehverdagen hos ungdommer med sosial angstlidelse

Antall ord *: 8489

Engelsk tittel *: Mastering school in youth with social anxiety disorder

**Kan den anonymiserte
besvarelsen brukes til
undervisning?:** Ja

Tro- og loverklæring *: Ja
**Inneholder besvarelsen
konfidensiell materiale?:** Ja

**Jeg bekrefter at jeg har
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:** Ja

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

BACHELOROPPGAVE

Mestring av skolehverdagen hos ungdom med sosial angstlidelse

Mastering school in youth with social anxiety disorder

Kandidatnummer 2

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Innlevering 11.10.18 kl 14.00

Mestring av skolehverdagen hos ungdom med sosial angstlidelse



Unhappy young woman (Fotograf Ian Hooton). Hentet fra: Britannica ImageQuest

Bachelor i sykepleie

Høgskulen på Vestlandet, Avdeling Haugesund

Kull 2015

Sammendrag

Bakgrunn: Vi lever i et samfunn der vi hele tiden blir fortalt at vi bør bedømme, rangere og vurdere oss selv. Vi er omgitt av et budskap om at vi kanskje ikke er bra nok. Omtrent 15-20 prosent av barn og unge i Norge opplever at deres psykiske helse går ut over trivsel, læring, daglige gjøremål og samvær med andre. Tre av ti elever fullfører ikke videregående skole innenfor fem år, og i mer enn halvparten av tilfellene skyldes dette psykiske vansker.

Hensikt: Oppgavens hensikt er å fremme viktigheten av psykisk helse hos barn og unge. Sosial angstlidelse er en av de vanligste psykiske lidelsene blant barn og unge, og det kreves dermed økt fokus og kunnskap rettet mot lidelsen. I følge forskning har ungdom med sosial angst lavere sannsynlighet for bedring enn ungdom med andre angstlidelser. Dette kan bety at ungdom med sosial angstlidelse trenger mer omfattende eller tilpasset behandling for å kunne mestre hverdagen.

Metode: Oppgaven er oppbygd som en litteraturstudie.

Resultat: Funn viser at emosjonell tilknytning i sykepleier-pasient relasjonen medfører at ungdommen oppnår tillit og har lettere for å åpne seg om sine tanker og bekymringer. På den måten kan de sammen komme fram til intervensjoner som er tilpasset mot ungdommens innerste tanker og bekymringer. Behandlingseffekten er avhengig av sykepleiers forståelse av ungdommens virkelige liv for å kunne bidra til å lindre deres lidelse. Kognitiv atferdsterapi vises å være den mest dokumenterte og effektive behandlingen av sosial angstlidelse. Funn støtter også tilskudd av sosiale ferdigheter og skoleintervensjoner i behandlingen. Ved å i tillegg komprimere samtalerapi med selvhjelpsmaterialer som hjemmebehandling, viste behandlingen seg å være mer effektiv.

Konklusjon: Når ungdom strever med livet sitt, og opplever angst for sosiale situasjoner vil det ofte resultere i at de ikke mestrer å følge opp skolen. For oppnå mestring av skolehverdagen hos ungdom med sosial angst kan sykepleier bidra med emosjonell tilknytning, forståelse av deres virkelige liv og bekymringer, kognitiv behandling som spesifikt retter seg mot sosial angst og reduserer angstnivåene, tilskudd av sosiale ferdigheter, motivasjon til bruk av effektive selvhjelpsmateriale, og tverrfaglig og tverretatlig støtte og forståelse. Sykepleier kan også oppfordre til nyttige skoleintervensjoner i samarbeid med andre tjenester. På denne måten vil ungdommen forhåpentligvis kunne oppleve å bli sett og forstått, økt tillit og håp, mestring av sosiale ferdigheter, redusert nivå av sosial angst og økt forståelse og kontroll på angstlidelsen.

Abstract

Background: We live in a society where we are constantly told that we should judge, rate and evaluate ourselves. We are surrounded by a message that we may not be good enough. About 15-20 percent of children and adolescents in Norway find that their mental health is beyond well-being, learning, daily activities and intercourse with others. Three out of ten students do not complete high school within five years, and in more than half of the cases, this is due to mental health problems.

Aim: The purpose of the assignment is to promote the importance of mental health in children and adolescents. Social anxiety disorder is one of the most common mental disorders among children and adolescents, thus requiring increased focus and knowledge directed at suffering. According to research, youth with social anxiety has lower likelihood of improvement than youth with other anxiety disorders. This may mean that young people with social anxiety disorder need more comprehensive or customized treatment in order to master everyday life.

Method: The assignment is structured as a literature study.

Results: Finding shows that emotional attachment in the nursing patient relationship means that the young person gains confidence and has easier to open up about his thoughts and concerns. In this way they can come together for interventions adapted to youth's innermost thoughts and concerns. The treatment effect depends on the nurse's understanding of the real life of the youth in order to help relieve their suffering. Cognitive behavioral therapy appears to be the most documented and effective treatment of social anxiety disorder. Finding also supports grants of social skills and school interventions in treatment. By additionally compressing call therapy with self-help materials such as home treatment, treatment proved to be more effective.

Conclusion: When youth struggles with their lives and experiences anxiety for social situations, it often results in them failing to follow up the school. In order to achieve school life in youth with social anxiety, nurses can contribute emotional attachment, understanding of their real lives and worries, cognitive treatment specifically addressing social anxiety and reducing anxiety levels, social support, motivation for using effective self-help, and interdisciplinary and interregional support and understanding. Nurses may also encourage useful school interventions in collaboration with other services. In this way, the youth will hopefully experience being seen and understood, increased trust and hope, mastery of social skills, reduced levels of social anxiety, and increased understanding and control of anxiety disorder.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	5
1.2 PROBLEMSTILLING	6
1.3 PRESISERING OG AVGRENSNINGER I OPPGAVEN	6
1.4 OPPGAVENS FORMÅL OG HENSIKT	6
2.0 TEORI	7
2.1 HVA ER ANGST, OG HVILKE KONSEKVENSER FØRER MED	7
2.1.1 Angstlidelser.....	7
2.1.2 Sosial angst	7
2.1.3 Årsaker og symptomer	8
2.1.4 Leveutfordringer med sosial angst	8
2.1.5 Behandling	8
2.2 SYKEPLEIEFAGLIG PERSPEKTIV	10
2.3 MESTRING	10
2.4 HÅP.....	11
2.5 LIVSKVALITET	11
2.6 EMPOWERMENT	12
3.0 METODE	12
3.1 DEFINISJON AV METODE	12
3.2 LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	13
3.3 LITTERATURSTUDIE OG FREMGANGSMÅTE	13
3.4 KILDEKRITIKK OG VURDERING AV EGEN OPPGAVE.....	14
3.5 FORSKNINGSETIKK OG ETISKE OPPLEVELSER	14
4.0 RESULTAT	15
4.1 HOVEDFUNN	19
5.0 DRØFTING	20
5.1 RELASJONENS BETYDNING	20

5.2 EMPOWERMENT	21
5.3 KOGNITIV ATFERDSTERAPI	22
5.3 TVERRFAGLIG OG TVERRETATLIG SAMARBEID	24
6.0 KONKLUSJON	25
7.0 REFERANSELISTE.....	25
VEDLEGG 1:	31
VEDLEGG 2:	34
VEDLEGG 3:	35

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Valg av tema baserer seg på en bekymringsvekkende økning av psykiske lidelser hos barn og unge. Dessverre opplever omtrent 15-20 prosent av barn og unge i Norge at deres psykiske helse går ut over trivsel, læring, daglige gjøremål og samvær med andre. Tre av ti elever fullfører ikke videregående skole innenfor fem år, og i mer enn halvparten av tilfellene skyldes dette psykiske vansker (Kvarme og Sand, 2018). I følge Hegna, Ødegård og Strandbu (2013) som har vært på forskningsfeltet gjennom flere tiår har forskningens innhold skiftet med det som til enhver tid er myndighetens bekymringer; fra rus- og problematferd til bekymringer for frafall i skolen. Endringene i ungdomskulturen er omfattende.

Sosial angstlidelse er en av de vanligste psykiske lidelsene blant barn og unge. Sett ut i fra befolkningsundersøkelser vil så mange som 13 % utvikle sosial angst i løpet av livet (Hoffart, 2015). I en artikkel om sosial angstlidelse hos barn og unge hevder Aune (2011) at behandlingseffekten er relativt beskjeden sammenlignet med andre angstlidelser. Mange ungdommer med sosial angst er i behandling, men opplever ikke å få behandling som er direkte rettet mot sosial angst (Lund, 2014). Ubehandlet angst resulterer i høyere grad av panikk lidelse, alkoholavhengighet og narkotikamisbruk i voksen alder (Benjamin, Harrison, Settiani, Brodman og Kendall, 2013).

1.2 Problemstilling

På hvilken måte kan sykepleier bidra til mestring av skolehverdagen hos ungdom med sosial angstlidelse?

1.3 Presisering og avgrensninger i oppgaven

I følge forskning har ungdom med sosial angst lavere sannsynlighet for bedring enn ungdom med andre angstlidelser. Dette kan bety at ungdom med sosial angstlidelse trenger mer omfattende eller tilpasset behandling for å kunne mestre hverdagen (Kodal, Fjermestad, Bjelland, Gjestad, Öst, Bjaastad, Haugland, Havik, Heiervang og Wergeland, 2018). I oppgaven ønsker jeg dermed å rette fokuset mot spesifikke og tilpasset behandlingsmetoder for ungdom med sosial angst. Ved bruk av systematisk litteraturstudium ønsker jeg å finne aktuelle metoder som kan være til nytte for sykepleier, slik at sykepleier på best mulig måte kan bidra til at ungdom med sosial angst kan oppleve økt mestring av skolehverdagen. Oppgaven er avgrenset mot ungdom i en alder av 13-18 år som er kommet i kontakt med BUP. BUP er et poliklinisk spesialisthelsetilbud innenfor psykisk helsevern for barn og ungdom (Helsedirektoratet, 2017).

1.4 Oppgavens formål og hensikt

Formålet med oppgaven er å selv innhente ny kunnskap og samtidig videreformidle nyttige funn. Oppgavens hensikt er å fremme viktigheten av psykisk helse hos barn og unge, og nyttige intervensjoner i forhold til dette. Sosial angstlidelse er som tidligere nevnt en av de vanligste psykiske lidelsene blant barn og unge. Aune (2011) påpeker at barn og unge med sosial angst lider i stillet. Flere av de som er i behandling opplever effekten beskjeden, og noen kommer ikke til behandling før de utvikler ledsagevansker som depresjon og rusproblematikk.

2.0 Teori

2.1 Hva er angst, og hvilke konsekvenser fører med

2.1.1 Angstlidelser

Det er vanlig å skille mellom angst og frykt. Frykt regnes som en normal og hensiktsmessig reaksjon på ytre fare, mens angst er en tilsvarende følelsesmessig reaksjon uten at det er noen ytre fare. Angst påvirker både følelser, tanker, kroppslige reaksjoner og atferd. De fleste av oss mennesker har opplevd angst, men ikke i den grad at den medfører svekket funksjon og livsutfoldelse. Forskjellen mellom syk og frisk går derfor ikke mellom dem som har og dem som ikke har opplevd angst (Martinsen, 2018, s. 81-82). Nøkkelen til å forstå angsterfaringer er at den dreier seg om trussel. Desto større trussel, innbilt eller reelt, jo sterkere er angsten. Angsten er noe individet er redd for i seg selv, og som truer dets trygghetsfølelse. Det ubehagelige med angst er at man ikke vet hvor eller hvordan man skal sette inn sitt forsvar. Angstreaksjonen kan utløse en forutelse om at noe fryktelig kan hende, en oppfatning av tap av kontroll eller at man ikke vil mestre situasjonen (Hummelvoll, 2012, s. 154-155). Angstlidelsene deles inn i følgende diagnosekategorier; panikkangst, agorafobi, sosial angstlidelse, spesifikke fobier, posttraumatisk stresslidelse og generalisert angstlidelse (Martinsen, 2018, s. 82-83). Angst opptrer også i forskjellige grader som varierer fra mild, moderat, alvorlig og til panikk (Hummelvoll, 2012, s. 155).

2.1.2 Sosial angst

Vi kan skille mellom generalisert sosial angst og annen type sosial angst. Ved generalisert sosial angst er frykten tilstede i de fleste sosiale situasjoner, som i ulike samtaler, deltakelse i smågrupper, kommunikasjon med autoritetspersoner og det å være i selskaper. Dersom den sosiale angsten ikke er generalisert opptrer frykten bare i en eller få sosiale situasjoner. Det kan for eksempel være å snakke foran en gruppe mennesker, mens det hos andre kan dreie seg om bare det å snakke med en autoritetsperson (Hoffman, 2015).

Personer med sosial angstlidelse går gjennom livet med en forventning om at andre skal være kritiske mot dem og se ned på dem. De fleste er redde for at andre skal se at de er engstelige, ved at de skjelver, svetter eller rødmer. Andre frykter at de ikke skal være flinke nok, for eksempel at de får jernteppe eller mister stemmen når de snakker. Atter andre er redde for at de ser rare ut, eller opptrer annerledes. Personer med sosial angstlidelse holder enten ut i sosiale situasjoner med stort ubehag eller unngår dem (Martinsen, 2018, s. 83).

2.1.3 Årsaker og symptomer

Sosial angst forekommer ofte i tenårene, angsten kan være plutselig som et resultat av en fæl enkelterfaring, eller den kan utvikle seg gradvis over tid (Hoffart, 2015). Den eksakte årsaken til sosial angstlidelse er ukjent. Nåværende forskning støtter ideen om at den er forårsaket av en kombinasjon av miljøfaktorer og genetikk. Negative erfaringer som mobbing, familiekonflikt og seksuell mishandling kan også bidra til sosial angst (Healthline, 2016). U hensiktsmessig innlæring av samværet med andre mennesker står også sentralt i utviklingen. Når et barn ikke kan leve opp til de store forventningene og krav til sosiale ferdigheter i vår kultur, oppstår usikkerhet og angst, og deres selvfølelse svekkes. Dette kan resultere i at de videre unngår tilsvarende situasjoner og blir dårligere til å takle slike situasjoner (Norsk Helseinformatikk, 2018).

I sosiale situasjoner opplever personer med sosial angst så og si alltid en rekke angstsymptomer. Fysiske symptomer som hjertebank, følt skjelving, følt svetting, ubehag i magen, muskelspenninger, følt rødming og tankekaos. I noen tilfeller kan symptomene oppleves så sterke at det kan betegnes som et panikkanfall (Hoffart, 2015).

2.1.4 Leveutfordringer med sosial angst

Livskvaliteten til de rammede kan bli svært begrenset, avhengig av intensiteten av angsten. Ofte kan de rammede oppleve å grue seg til hver og en sosial hendelse, for og så i etterkant gruble over hvordan de oppførte seg og hvilket inntrykk de som var tilstede fikk av dem. Dette er noe som kan være slitsomt i lengden. Hos de sterkest rammede kan det føre til vansker med arbeid og/eller skole, noe som vil føre til nedsatt livskvalitet (Skårderud, 2015, s. 204). I alvorlige tilfeller kan personer med sosial angst avbryte skolegang, de forblir arbeidsløs og søker heller ikke jobb på grunn av angsten. De mangler ofte venner eller holder fast på lite tilfredsstillende forhold, og gjør seg kanskje avhengig av og forblir i opprinnelsesfamilien. Den sosiale angsten kan også medføre sårbarhet for andre psykiske lidelser. Mulige psykiske lidelser som ofte kan oppstå grunnet sosial angst kan være panikklidelse, agorafobi, tvangslidelse, depresjon, misbruk av alkohol eller narkotika, smerte og spenningstilstander. Tilleggs lidelsene oppstår ofte grunnet av den sosiale angsten, noe som i flere tilfeller kan bety at de vil gå over av seg selv, dersom det blir gjort noe med den sosiale angsten (Hoffart, 2015).

2.1.5 Behandling

Personer som søker behandling er ofte preget av sosialt ubehag og unnvikelse, frykt for avvisning, følelse av mindreverd og frykt for å gjøre nye ting (Hoffart, 2015). Når de typiske tankemønstrene for sosial angst først er på plass, sørger en sirkulær prosess for at problemet holdes i live. Hovedstrategien i behandlingen er dermed å bryte disse sirkulene, forstyrre dem og endre mønstrene som holder dem gående. To av de viktigste typene sirkler

er relatert til selvbevissthet og trygghetsatferd. Dersom en jobber med disse problemene for å endre tankemønstrene, kan dette noen ganger være nok til å løse problemet og bygge opp selv tilliten på en varig måte. Gamle tankevaner kan derimot være vanskelig å vende (Butler, 2008, s. 88-89).

Hovedkomponentene i moderne behandling er samtaleterapi og medikamenter. Nytt av samtalebehandling er godt dokumentert, og kognitiv terapi regnes som den mest virksomme og best dokumenterte metoden. Innenfor kognitiv terapi er eksponeringsbehandling utberedt i behandling ved angstlidelser der personene utvikler unngåelsesatferd. Grunnlaget for denne behandlingsformen er at unngåelse er den naturlige menneskelige reaksjonen når en møter angstfylte situasjoner. På kort sikt gir unngåelse redusert ubehag, men på lang sikt medfører det isolasjon, ensomhet og redusert funksjon, noe som bidrar til at angstreaksjonen vedlikeholdes. Eksponeringsterapi går ut på å eksponere seg for det en selv frykter mest, som det å delta i sosiale situasjoner. I kognitiv terapi vil behandleren hjelpe pasienten å bli klar over tankene som opptrer før, i og etter en fryktet angstsituasjon. De katastrofale tankene om at de kommer til å gjøre noe ydmykende, opptrer annerledes og at all fokus blir rettet mot dem. Frykten for at andre mennesker tydelig skal se angstreaksjonene, hvordan de rødmer, svetter eller får jernteppe. Deretter kan sannhetsgehalten i dem testes ut gjennom atferds eksperimenter. Pasientene må da oppsøke angstfylte situasjoner, og dermed teste ut om det faktisk er så katastrofalt som de selv frykter. Denne formen for hypotesetesting har vist seg å være svært virksom (Martinsen, 2018. s. 83-84).

2.2 Sykepleiefaglig perspektiv

I oppgaven har jeg valgt å bygge på Joyce Travelbees sykepleierfilosofi og tenkning. I Travelbees sykepleietenkning retter fokuset seg spesielt mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien. Sykepleierens mål og hensikt kan bare oppnås gjennom etableringen av et virkelig menneske-til-menneske-forhold, sier Travelbee. Det er helt avgjørende at pasient og sykepleier beveger seg inn i et nytt stadium der de for alvor *ser* hverandre som unike mennesker. Et menneske-til-menneske-forhold etableres i følge henne gjennom en interaksjonsprosess som har flere faser; det innledende møte, framvekst av identiteter, empati, sympati, etablering av gjensidig forståelse og kontakt. Travelbees sykepleiedefinisjon bygger på et eksistensialistisk menneskesyn og ser på lidelse og smerte som en uunngåelig del av menneskelivet. Sykepleie består dermed av å hjelpe den syke og lidende til å finne en mening i den situasjonen han gjennomlever (Kristoffersen, 2011, s. 219).

2.3 Mestring

For oss mennesker er det et genuint menneskelig behov å ville mestre, det er derfor viktig for oss at vi føler mestring i ulike sosiale situasjoner. Vår selvoppfatning henger nøye sammen med hvordan vi mestrer ulike oppgaver, men kanskje mest av alt vår egen forventning til hvordan vi skal mestre disse oppgavene (Magner og Wormnes, 2015, s. 19). Bandura (1997) er en av dem som mener at presentasjon påvirker vår selvoppfatning, og vektlegger betydningen av hvordan troen på egen mestring spiller en stor rolle for selvoppfatningen. Blant forskerne er det en stor enighet om at vi mennesker har et sterkt behov for styrking og bevaring av selvoppfatningen vår. Gjerne medfører dette at vi unngår situasjoner som vi opplever kan være potensielt skadelige for selvoppfatningen. I følge Bandura (1997) er det å styrke troen på egen evne til å lære, forbedre egne evner og ferdigheter, endre handlings- og tankemønstre viktige målsetninger for endring. Han understreker at troen på at en selv har evnen til å mestre er virkningsfullt (Skaalvik og Skaalvik, 2013, s. 95).

Kognitiv aktiveringsteori om stress (CATS) definerer mestring som en av tre mulige forventinger til det som skal skje. Fordelen med denne definisjonen er at den gir et godt klinisk holdepunkt for når «stress» kan være en helsetrussel, og når det er en nødvendig del av livet. Dette forklarer hvor store forskjeller det er på hvordan vi mennesker reagerer, og hvor mye belastning en tåler. I mange kliniske situasjoner i psykiatrien er ordet mestring mer definert som en strategi. Den mest kjente definisjonen er knyttet til Lazarus og hans medarbeidere (Lazarus og Folkman, 1991). De er ikke opptatt av hva personen forventer, men hvordan hun eller han håndterer utfordringer. Dette er særlig nyttig når behandler ønsker å forandre pasientens måte å reagere på. Det sentrale i CATS er ikke hvordan personen handler, men mer om hvordan personen selv mener at handlingene fører til et godt resultat eller ikke. Mestring defineres som positiv responsforventning. Når personen opplever en negativ sammenheng mellom det hun eller han gjør og det som faktisk skjer, kaller CATS dette for håpløshet: «Uansett hva jeg gjør, så går det galt.» (Helsefremmende, s. 160-165).

2.4 Håp

Begrepet håp er sentralt knyttet til sykepleierens mål og hensikt i Travelbees filosofi og tenkning:

«Håp er en sjelelig tilstand som kjennetegnes av ønsket om å avslutte noe eller oppnå et mål, kombinert med en viss forventning om at det som er ønsket eller ettertraktet, er oppnåelig. En håpende person tror at livet på en eller annen måte vil bli forandret, det vil si mer behagelig, meningsfylt eller glederikt, dersom han oppnår det han ønsker» (Tavelbee, 1999, s. 77).

Håp kan vekkes gjennom realiseringen om at noe er mulig, og enda mer om man selv kan realisere dette. Å tro at det faktisk vil bli virkelig vekker glede, mens tro om at det ikke vil bli virkelig (håpløshet), vekker smerte (Herrestad, 2015). Håp kan sees på som en motvekt til hjelpeløshet og håpløshet (Lynch, 1974).

Sykepleieren spiller en viktig rolle i det å stimulere til håp, det å vise forståelse og hjelpe pasienten med å se at situasjonen bare er midlertidig. For en person med psykiske lidelser er det å møte håp og forventninger fra andre om at bedring kommer, når en selv tviler, gode opplevelser som kan virke løftende og gi mot til å kjempe videre med plager å funksjonssvikt. Det å oppleve og erfare at noen andre virkelig er interessert og bryr seg om en (Hummelvoll, 2012, s. 23).

2.5 Livskvalitet

Begrepet livskvalitet har lenge hatt et uklart innhold, noe som av den grunn har skapt skepsis til å benytte begrepet som grunnlag av forskning. Begrepet brukes i dag i forskning innenfor både medisin og sykepleie. Begrepsinnholdet har gradvis blitt forskjøvet til å knytte seg mer spesifikt til menneskers funksjon, velvære og oppfatning av egen helse, og betegnes da som helsereelatert livskvalitet (health related quality of life, HRQL). Helsereelatert livskvalitet avgrenses dermed til den innvirkningen som sykdom og behandling har på livskvaliteten (Kristoffersen, 2011, s. 59). Livskvalitet har sammenheng med både fysisk helse og færre psykiske plager og lidelser. Høy livskvalitet kan sees som en viktig beskyttelsesfaktor mot psykisk sykdom (Regjeringen, 2017).

Næss (2001) knytter livskvalitet til enkeltmenneskets indre opplevelser og betegnes som psykisk velvære. Dette omfatter menneskets subjektive opplevelse av ulike sider ved livssituasjonen. Livskvalitet handler om det å ha det godt. Gode følelser og positive vurderinger av eget liv er en definisjon på det å ha det godt. Næss mener at livskvalitet er en opplevelseskvalitet. For å gi oss en bedret forståelse definerer hun begrepet som følger: «En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er negative» (Næss, Mastekaasa, Moum og Sørensen, 2001, s. 10). Definisjonen utelukker de objektive forholdene ved enkeltmenneskets liv, og livskvaliteten blir dermed et rent subjektivt begrep som inneholder bevisste kognitive vurderinger og affektive opplevelser. Denne bruken av begrepet livskvalitet har stor overføringsverdi til sykepleie (Kristoffersen, 2011, s. 57-58).

2.6 Empowerment

Empowerment er et sentralt begrep når det kommer til folkehelse og helsefremming i følge Askheim og Starrin (2007). Empowerment handler om å ha eller ta mest mulig kontroll over det som påvirker egen helse. Hensikten er at sykepleieren skal være pasientens samarbeidspartnere i empowermentprosessen. I følge Askheim og Starrin (2007) er empowerment blitt et populært begrep i Norge de senere årene fordi det inneholder ingredienser som ligger oss varmt på hjertet – «power» betyr makt, kraft, styrke. Noe vil aller fleste ønsker er å føle oss kraftfulle og sterke, vi ønsker makt og kontroll over livet vårt. Empowerment handler om noe godt, selv om det gode ikke er lett å definere. Begrepet understreker betydningen av å støtte personer som befinner seg i en utsatt situasjon. Det lar seg fremme i situasjoner som preges av felleskap, tillit, trygghet og gode relasjoner. En god og trygg fellesskapsfølelse skaper emosjonell energi, noe som er en forutsetning for empowerment. Personer som er i en avmaktsituasjon, skal gjennom empowermentprosessen, med hjelp av maktfordeling, medvirkning og opplevelse av å bli anerkjent som ekspert på seg selv, opparbeide seg styrke og kraft til å komme seg ut av avmakten (Tveiten, 2012, s. 175-176).

3.0 Metode

I dette kapitlet skal jeg presentere metoden, praktisk framgangsmåte, kildekritikk og metodekritikk.

3.1 Definisjon av metode

En metode er et middel brukes til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Valg av metode baserer seg på at en mener at akkurat den metoden egner seg best til å belyse problemstillingen på best mulig måte. Metoden er redskapet i oppgaven. For å kunne samle inn data til våre undersøkelser er vi avhengige av å ha en metode, slik at vi kan finne svar på våre problemstillinger (Dalland, 2017, s. 51).

I oppgaven har jeg tatt i bruk både kvantitativ og kvalitativ forskning. Metodene bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og av hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2017, s. 51). Den kvalitative metode fokuserer på å fange opp dybdekunnskap om menneskelige egenskaper, som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Metoden tar i bruk intervju, observasjon, feltarbeid og dokumentanalyse for å samle inn data. Den kvantitative metoden fokuserer mer på breddekunnskap i form av målbare enheter, tall, og den eksakte faktakunnskapen. For å samle inn data tar metoden ofte i bruk spørreskjemaer med faste svaralternativer, strukturert observasjon eller eksperimenter (Thidemann, 2017, s. 77-78). I denne oppgaven ønsker jeg å fange opp både dybdekunnskap og breddekunnskap, da jeg mener at det er viktig å rette fokuset mot menneskets opplevelser og perspektiv i forhold til behandling og psykisk helse, samtidig som det er viktig å fange opp faktakunnskap som kanskje retter seg mot flere antall mennesker. En kan ved bruk av kvantitative metoder tydelig se hvilke intervensjoner og behandlinger som resulterer best ved hjelp av målenheter.

3.2 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er oppbygd som en litteraturstudie. En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk igjennom den og til slutt å sammenfatte det hele. Hensikten er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør, og hvordan en har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2017, s. 79-80).

3.3 Litteraturstudie og fremgangsmåte

For å operasjonalisere problemstillingen slik at den ble presis og søkbar har jeg benyttet meg av rammeverket PICO (Thidemann, 2017, s.86).

Patient/Problem Hvem/hvilke	Intervention Hva	Outcomes Resultater
Child and Adolescents Social anxiety Anxiety Concerns School refusal Mental health	Cognitive behavioral therapy Psychotherapy School interventions Self-help Emotional support	Mastering school Reduced anxiety symtoms Hope Trust Confidence Experience of being seen and understood

Ved hjelp av PICO-skjemaet fikk jeg samlet tankene mine og ble mer strukturert i søkene mine. I søkestrategien tok jeg i bruk operatørene *AND* og *OR*. På denne måten fikk jeg tatt i bruk flere søkeord som var relevante i forhold til min problemstilling. Ved bruk av *AND* mellom søkeordene fikk jeg treff på referanser der søkeord 1 og søkeord 2 forekom samtidig. Dersom jeg tok i bruk *OR* fikk jeg treff på søkeord 1 eller søkeord 2, eller begge (Thidemann, 2017, s. 88). For å utvide søkene mine har jeg også brukt søkeord i ulike kombinasjoner. Her er noen av søkeordene jeg har benyttet meg av: *Social anxiety disorder, anxiety disorders, mental health, child and adolescent mental health, psychotherapy, cognitive-behavioural therapy, treatment, self-help, quality of life, hopes and concerns, patient-nurse relationships, school interventions, school refusal, confidence.*

I søkene mine har jeg tatt i bruk databasene, CINAHL, PubMed, Google Scholar, MEDLINE og SveMed+. Databasene jeg har benyttet meg mest av er Google Scholar og CINAHL. Tidligere i sykepleierstudiet har jeg benyttet meg mest av PubMed og CINAHL, men under denne søkeprosessen fikk jeg flere relevante treff i Google Scholar. Det eneste som var litt negativt meg Google Scholar var at det var vanskelig å begrense antall treff i søkene, i og med at jeg uansett søkeord fikk opp ekstremt mange treff. Det var også mange artikler som lignet hverandre, og som inneholdt samme «søkeord». I og med at det ble mye skrolling i Google Scholar fikk jeg i hvert fall lest over en del artikler. For å prøve å begrense søkene mine tok jeg i bruk inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier. Inklusjonskriteriene mine var at artiklene skulle kunne svare min problemstilling, de måtte

være sykepleierelevante, hovedfokuset måtte være rettet mot barn og unge eller inneholde nyttige intervensjoner som også kunne være relevant for barn og unge, de måtte være etisk akseptert og helst ikke være under seks år gamle. Mine eksklusjonskriterier var artikler som ikke var relevante i forhold til min problemstilling, artikler av lav kvalitet, artikler som ikke var etisk akseptert og som rettet hovedfokuset mot andre tjenester og plager. Til sammen ble det gjort over 50 søk, og lest over 26 artikler. Jeg har lagt til en tabell hvor jeg har skrevet inn «søkeprosessen» til mine utvalgte forskningsartikler (se vedlegg 3).

3.4 Kildekritikk og vurdering av egen oppgave

I og med at oppgaven baseres på kilder er det nødvendig med kildekritikk. Det handler om å vurdere og karakterisere litteraturen som er funnet. Kildekritikk har betydning for kvaliteten på arbeidet (Dalland, 2017, s. 158). I oppgaven har jeg benyttet meg av både primær og sekundærkilder. En primærkilde er den opprinnelige utgaven av en tekst, mens sekundærkilde er den andre i rekken. Som for eksempel i en fagbok, der forfatteren tar i bruk utsagn eller teorier fra en annen primærkilde. Det kan noen ganger være en utfordring i og med at både fagstoff og pensum ofte er sekundærlitteratur. Teksten er da bearbeidet og presentert av en annen opprinnelige forfatteren. Teksten er kanskje både oversatt og fortolket før den blir lest. Det opprinnelige perspektivet kan dermed ha endret seg noe (Dalland, 2017, s. 163).

Det har vært vanskelig å finne utfyllende litteratur som retter seg spesifikt mot sosial angst. Jeg synes at det har vært en utfordrende prosess å finne litteratur som svarer min problemstilling på en tilfredsstillende måte, samtidig som de holder seg innenfor mine inklusjonskriterier. Grunnen til dette er at jeg har funnet få sykepleierelevante studier som retter seg mot spesialisthelsetjenesten. Problemstillingen er også ganske bred, slik at jeg måtte velge ut i fra sykepleierelevans og hvilke intervensjoner basert på forskning og litteratur som viste seg å ha størst effekt i behandlingen. Jeg har av den grunn lest meg godt opp i litteraturen og gått over flere relevante artikler.

Jeg har valgt å ta med faglitteratur som ikke er helt ny oppdatert, grunnen til dette er at jeg fant litteraturen nyttig og relevant i forhold til min oppgave. Jeg har også valgt å ta med en forskningsartikkel som ble oppdatert i 2012. Grunnlaget for valg av artikkelen var at den kom fram til viktige funn som baserte seg på flere studier, det ble også utført meta-analyser der tilstrekkelig data var tilgjengelig, noe som ville gi en god breddekunnskap i min oppgave.

Foruten om dette har jeg kommet frem til en konklusjon som jeg føler svarer til min problemstilling. I og med at de valgte forskningsartiklene er skrevet på engelsk, kan jeg ta høyde for at det kan være en mulighet for at jeg kan ha tolket noe feil.

3.5 Forskningsetikk og etiske opplevelser

Sammenlignet med etikken ellers i livet bygger den på det samme bare i form av forskningsetikk. Forskningsetikk handler rett og slett om å vurdere forskning i forhold til samfunnets normer og verdier. For å vurdere Vurderingen omfatter alle sider ved forskningen, fra planlegging og valg av problemstilling til hvilke

metoder som brukes, samt hvordan resultatene tenkes og rapporteres. Forskningsetikk handler om å ivareta personvernet og sikre at de som deltar i forskning ikke blir påført skade eller unødvendige belastninger. Forskningens mål om å ny kunnskap og innsikt må heller ikke skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd (Dalland, 2017, s. 236).

I oppgaven er utvalget allerede kontrollert og ingen sensitive opplysninger kommer frem. Det blir presentert den etiske delen av forskningene i vedlegg 2.

4.0 Resultat

I dette kapittelet vil jeg presentere et kort sammendrag fra de utvalgte forskningsartiklene for å få frem hovedbudskapet, som senere vil bli trukket frem i drøftingsdelen.

1. Process of Building Patient-Nurse Relationships In Child And Adolescent Psychiatric Inpatient Care: A Grounded Theory Approach In Japan

Funakoshi, Tanaka, Hattori og Arima (2016)

Hensikt: Hensikten med studien er å beskrive prosessen med å bygge nærmere pasient-sykepleierforhold i barne- og ungdomspsykiatrisk pasientbehandling.

Metode: Det ble brukt en kvalitativ metodikk. Semi-strukturerte dybdeintervjuer ble utført med 18 ekspert sykepleiere og analysert ved hjelp av en konstant komparativ metode.

Resultat: Funn identifiserer at kjernekategoriene i behandlingen er utvikling av emosjonelle pasientrelasjoner. Sykepleiere som viste mer empati og omsorg opplevde en sterkere tilknytning til pasientene. Dette medførte at pasientene hadde lettere for å åpne seg, noe som førte til at de sammen lettere kunne løse problemer. Sykepleierne delte videre deres forståelse av pasientene til andre behandlere slik at de behandlet dem på samme måte. De sørget da for at pasientene videre ville bli støttet og forstått, slik at de ville være i stand til å stole på andre, og dermed løse problemer med deres hjelp også. Sykepleierne dannet bekræftende følelser og støtte til pasientene ved å finne en balanse mellom hensiktsmessig psykologisk avstand og emosjonell tilknytning.

Konklusjon: Sykepleiere spiller en viktig rolle i psykiatrisk behandling for barn og ungdom, og deres omsorg kan påvirke alle aspekter av pasientens daglige liv. Mens det er nødvendig å utvikle en nær tilknytning med pasienten, er det også nødvendig å engasjere seg med tverrfaglig klinisk team på et tidligere stadium av pasientomsorgen. Det er håpet at disse funnene kan bidra til forbedring av kvaliteten på pasient-sykepleierforhold i barne- og ungdomspsykiatrisk omsorg.

2. Concerns and hopes among adolescents attending adolescent psychiatric outpatient clinics

Anttila, Anttila, Kurki, Hätönen, Marttunen og Välimäki (2014)

Hensikt: Psykiske lidelser påvirker ungdommens velvære. Denne studien tar sikte på å beskrive ungdommens eget perspektiv av bekymringer og håp når de henvises til ungdomspsykiatrisk poliklinisk behandling. Hensikten med studien er å fremme brukermedvirkning i helsetjenester. Studien vektlegger viktigheten av å høre deres stemme, slik at en kan få en dypere forståelse av deres daglige liv.

Metode: Det ble tatt i bruk en kvalitativ metode. Deltakerne i studien bestod av 70 ungdommer. Data baserte seg på korte essays skrevet av deltakerne, og ble samlet inn ved hjelp av Depis.Net Internet-programmet og analysert med induktiv tematisk analyse.

Resultat: Ungdommene beskrev deres bekymringer og håp om deres forhold, daglige handlinger, identitet og velvære. Funn i studien viser at negative følelser hos deltakerne medførte vansker i å mestre det daglige liv. Men selv om de opplevde bekymringer uttrykket de også håp om å finne muligheter til å mestre vanskelige livssituasjoner.

Konklusjon: Ungdommer deler sine bekymringer og finner løsninger hvis de finner en trygg kanal for å gjøre det. For sykepleiere er det viktig å legge til forståelsen av ungdommens virkelige liv. Studien viser at psykiske lidelser brer seg over flere arenaer i ungdommens liv. Studien er både en oppvekker, samtidig som den kommer fram til viktige funn som kan tas i bruk i behandling. Intervensjoner som tar sikte på å forstå bekymringene hos ungdommer med psykiske lidelser kan gi en effektiv måte å lindre deres lidelse på.

3. A comprehensive meta-analysis of cognitive-behavioral interventions for social anxiety disorder in children and adolescents

Scaini, Belotti, Ogliari og Battaglia (2016)

Hensikt: Effekten av ulike typer kognitiv atferdsterapi for barn og ungdom som lider av sosial angstlidelse støttes generelt. Det var imidlertid ikke gjort systematisk innsats for å kvantitativt oppsummere og analysere virkningen av spesifikke variabler på terapeutisk utfall.

Metode: Ved hjelp av meta-analytiske teknikker presenterer studien størrelsen på effektiviteten av CBT-behandlinger (kognitiv atferdsterapi) for å redusere utviklingen av sosial angst, effektiviteten av å gjennomføre skolebaserte kognitive atferdsintervensjoner, rollen til noen moderatorer som trening av sosiale ferdigheter eller mer «ustrukturerte» sosiale økter som bowling/pizza, gjennomsnittlig alder, behandlingsvarighet, foreldrenes engasjement og klinisk forbedringsstabilitet over tid.

Resultat: Denne meta-analysen er etter forfatterens kjennskap den første litteraturstudien av CBT-inngrep for sosial angstlidelse hos barn og ungdom. Samlet støtter studien effektiviteten av CBT for behandling av sosial angstlidelse. Symptomatiske endringer er betydelig høyere blant behandlede personer enn blant deltakere på

venteliste-kontrolltilstand. Resultat viser også at behandling som foregår over lenger tid har bedre effekt. Skolebaserte kognitive atferdsintervensjoner viste seg å være veldig relevant. Analysen viste også at inkludering av trening i sosial kompetanse i CBT-programmet for sosial angstlidelse kan bedre effekten av behandlingen. Data ser ut til at de mer «ustrukturerte» sosiale øktene ikke hadde noen direkte virkning på symptomreduksjonen. Men selv om det gjerne ikke direkte reduserer angstsymptomene kan det øke barn og ungdoms fungering og påvirke deres selvfølelse. Data tyder også på at det ikke er noen utfallsforskjeller i forhold til alder, CBT for sosial angstlidelse kunne bli vedtatt til å behandle både barn og ungdom.

Konklusjon: Resultatene i studien støtter effektiviteten av CBT i å redusere alvorlighetsgraden av sosial angst symptomer både i kliniske og i skoleintervensjoner, og støtter påstanden om at tilskudd av sosiale ferdigheter til programmene er gunstig. Videre viser våre data at intervensjonseffekter går gjennom tid og at det skjer kontinuerlig forbedring ved oppfølging.

4. A Study to assess the Effectiveness of Self-Instructional Module on Reduction of Social Anxiety among Adolescents

Khandagale og Dumbray (2017)

Hensikt: *Ungdom i dagens samfunn er utsatt for utvikling av en overdreven bevissthet. Bevisstheten om selvtillit og samfunn kan gjøre ungdommene forvirret ettersom det forventes for mye av dem i en tidlig fase av livet. Foreldre- og gruppepresset er de to bidragende faktorene mot økt stress og angst. Sosial angst manifesterer seg i sosiale samspill og ved unngåtte sosiale samspill, noe som ofte er knyttet til negative resultater fra sosiale samspill med familie, venner og lærere. Dette medfører scenefrykt, dårlig akademisk ytelse og lav selvfølelse ledsaget av problemer i kognisjon og atferd.* Hensikten med studien var å vurdere nivået av sosial angst hos ungdom, utvikling av en egen instruksjonsmodul for å redusere sosial angst og å vurdere effektiviteten av selvooplæringsmodulen.

Metode: Studien ble gjennomført i to faser. I fase 1 ble alle deltakerne vurdert ved hjelp av et spørreskjema der nivået av sosial angst ble betegnet. Deretter ble det utviklet en selvundervisningsmodul. I fase 2 ble selvundervisningsmodulen gitt til ungdommene som resulterte moderate nivåer av sosial angst, for å redusere angsten. Deltakerne ble instruert til å henvise til modulen når de ble utsatt for en sosialt stressende situasjon. Etter tre måneders intervensjon ble en etterprøve utført.

Resultat: Ungdommene med moderat nivå av sosial angst viste en markert reduksjon i angstnivåene etter bruk av selvundervisningsmodulen. Effekten av selvundervisningsmodul ble vurdert ved hjelp av testen som var signifikant og viste seg nyttig og økonomisk for bruk hos ungdom. Modulen ble også verdsatt av deltakerne og skolemyndighetene som et relevant verktøy for å dempe sosial angst.

Konklusjon: Ifølge resultatene av studien var milde til moderate nivåer av sosial angst tilstede blant ungdommene. Det moderate nivået av sosial angst ble redusert ved hjelp av selvundervisningsmodulen. Ungdommene rapporterte at modulen har redusert angstnivåene, og kan brukes i stor grad i alle sosialt stressende situasjoner. Dermed kan sosial angst effektivt senkes til milde nivåer.

5. Efficacy, cost-effectiveness and acceptability of self-help interventions for anxiety disorders: systematic review

Lewis, Pearce og Bisson (2012)

Hensikt: Selvhjelpsintervensjoner for psykiatriske lidelser viser seg å være et mer populært alternativ til psykologisk terapi, noe som gir potensialet for økt tilgang til kostnadseffektiv behandling. Hensikten studien var å få fram effekten, kostnadseffektiviteten og akseptabiliteten av selvhjelpsintervensjoner for angstlidelser.

Metode: Randomiserte kontrollerte tester (RCT) av selvhjelpsintervensjoner for angstlidelser ble identifisert ved å søke i ni nettbaserte databaser. Studier ble gruppert i henhold til lidelse, og meta-analyser ble utført der tilstrekkelig data var tilgjengelig. Samlet meta-analyser av selvhjelp. Venteliste og behandling ble også gjennomført. Metodisk kvalitet ble vurdert uavhengig av to forskere i henhold til kriterier fastsatt av Cochrane Collaboration.

Resultat: 31 RCTs møtte inkluderingskriterier for gjennomgangen. Resultatene av den samlede meta-analysen som sammenlignet selvhjelp med venteliste ga en signifikant effektstørrelse på 0,84 til fordel for selvhjelp. Sammenligning av selvhjelp med terapibaserte behandlinger viste en signifikant forskjell til fordel for sistnevnte med en effektstørrelse på 0,34. Ved å komprimere terapibaserte behandlinger med veiledning og presentasjon av multimedia eller web-basert selvhjelpsmateriale ble behandlingen forbedret.

Konklusjon: Selvhjelpsintervensjoner ser ut til å være en effektiv måte å behandle individer diagnostisert med sosial fobi og panikklidelse. Ytterligere forskning er nødvendig for å vurdere kostnadseffektiviteten og akseptabiliteten av disse tiltakene. Selvhjelpsmetoder for å gi hjemmebehandling for personer med sosial angst, som sannsynligvis vil være redd for å gå ut i det offentlige, har potensial til å øke engasjementet.

4.1 Hovedfunn

Funn viser at emosjonell tilknytning i pasientrelasjoner er av stor betydning for behandlingseffekten. Sykepleiere som viste mer omsorg og empati opplevde økt tilknytning til pasientene. Dette medførte at pasientene oppnådde tillit til sykepleierne og hadde lettere for å åpne seg om sine tanker og bekymringer. På den måten kunne de sammen komme fram til måter å løse problemene på. For å sørge for at pasientene fikk den samme behandlingen hos andre, delte de deres forståelse av pasientene. På den måten sikret de seg at pasientene ble sett og forstått, noe som medførte at pasientene etterhvert knyttet seg til andre behandlere og oppnådde tillit. Sykepleierne dannet bekreftende følelser og støtte til pasientene ved å finne en balanse mellom hensiktsmessig psykologisk avstand og emosjonell tilknytning. For å kunne oppnå god behandling er sykepleiere avhengig av å forstå ungdommens virkelige liv. Det ble beskrevet at ungdommenes bekymringer var knyttet til deres relasjoner, daglige handlinger, identitet og velvære. Intervensjoner som tar sikte på å forstå bekymringene hos ungdommer med psykiske lidelser kan gi en effektiv måte å lindre deres lidelse på. Negative følelser og bekymringer hos ungdommene medførte vansker i å mestre det daglige liv. Men selv om de opplevde bekymringer uttrykket de også håp om å finne muligheter til å mestre vanskelige livssituasjoner.

Kognitiv atferdsterapi vises å være effektiv i behandlingen av sosial angst. Funn støtter også intervensjoner basert på kognitiv atferdsterapi for ungdom med sosial angst. Resultater viste en betydelig reduksjon i angstsymptomer i både kliniske og skoleintervensjoner. Tilskudd av sosiale ferdigheter viste seg også å være gunstig. Intervensjonseffekten gikk over tid og det var kontinuerlig forbedring ved oppfølging. Bruk av selvundervisningsmodul viste seg også å være effektivt og økonomisk for ungdom med sosial angst.

Ungdommer med moderate nivåer av sosial angst viste en markert reduksjon i angstnivåene etter bruk av selvundervisningsmodulen. Ved å komprimere terapibaserte behandlinger med veiledning og presentasjon av multimedia eller web-basert selvhjelpsmateriale viser behandlingen seg å være mer effektiv.

Selvhjelpsintervensjoner ser ut til å være en effektiv måte å behandle ungdom diagnostisert med sosial angst og panikk lidelse. Selvhjelpsmetoder for å gi hjemmebehandling for personer med sosial angst, som sannsynligvis vil være redd for å gå ut i det offentlige, har potensial til å øke engasjementet.

5.0 Drøfting

Ved hjelp av resultatene i de valgte forskningsartiklene ønsker jeg å komme frem til hvordan sykepleier på best mulig måte kan bidra til at ungdom med sosial angstlidelse opplever økt mestring i skolehverdagen. Som jeg jeg tidligere har nevnt har jeg valgt å ta utgangspunkt i ungdom i aldersgruppen 13-18 år som er kommet i kontakt med BUP. Jeg har valgt å fokusere på skolehverdagen i og med at dette er ungdommens hovedarena.

Konsekvensene av at ungdom strever med livet sitt vil ofte resultere i at de ikke makter å følge opp skolen.

Hundeide (2005) beretter at hvis en ungdom står i fare for å utvikle seg i negativ retning, vil den voksnes involvering handle om å bygge en bro som kvalifiserer den unge til mer positive livskarrierer. Et slikt brobyggingsarbeid innebærer et tett og målrettet arbeid mellom den unge og de profesjonelle som er involvert (Langaard, 2012, s. 270).

5.1 Relasjonens betydning

Funn i studie nr. 1 viser at effekten av behandlingen avhenger av sykepleierens evne til å bygge nære pasientrelasjoner. Kjernekategoriene i behandlingen viste seg å være utvikling av emosjonelle pasientrelasjoner. Sykepleiere som viste mer omsorg og empati opplevde økt tilknytning til pasientene. Ungdommen opplevde dermed mer tillit, og kunne lettere kunne åpne seg for sykepleier (Funakoshi et al., 2016). På denne måten må sykepleier være følelsesmessig nær og samtidig holde tilstrekkelig avstand. Sykepleier må være villig til å sette til side sine egne forståelsesformer og ideer om hva den andres opplevelser egentlig handler om. Empatisk forståelse innebærer det å bli forstått innenfra, nettopp det at ungdommen blir forstått og sett av sykepleier fra sitt eget perspektiv (Røkenes og Hanssen, 2012, s. 188).

Det første møte med sykepleier kan ofte virke skremmende for ungdommen, tanker og forventninger om at en skal avsløre personlige forhold og åpne seg til en «fremmed». Flere vil kanskje få en følelse av usikkerhet, mens andre gjerne vil oppleve en følelse av skam. Ungdom er ofte redde for hvordan de blir tatt i mot. Personer med angst vil gjerne unngå eller benekte tilstanden sin ved å skjule symptomene. Dette kan vises ved at de blir overfladiske, benektende, intellektualiserende eller avisende og trekker seg tilbake. I følge Melges og Bowly (1969) vil personer som opplever liten tilknytning til andre mennesker, ha liten tillit til at andre mennesker vil hjelpe dem med å nå sine mål. For å kunne hjelpe ungdommen videre må det skapes en tillitsfull samarbeidsrelasjon. Dette kan skje ved at sykepleieren viser ekte interesse for ungdommen som person, lytter til hans fortellinger og prøver å styrke hans selvaktelse (Hummelvoll, 2012, s. 167). En del forutsetninger må oppfylles for at ungdommen skal ønske å åpne seg. Sykepleieren må legge vekt på å skape et klima som gir den enkelte trygghet nok til å vise seg selv (Hummelvoll, 2012, s. 424).

Dersom sykepleier bidrar til å skape en trygg og god allianse, kan dette styrke ungdommens håp om forandring. For en person med psykiske lidelser vil det å møte håp og forventning fra andre om at bedringen kommer, når en selv tviler, gi mot til å kjempe videre. Det å oppleve at noen virkelig interesserer seg og bryr seg om en, kan virke løftende (Hummelvoll, 2012, s. 23).

Travelbee støtter seg til Erikson (1971) når hun sier at håpets kjerne består i menneskets grunnleggende tillit til omverden. Grunnlaget for å bevare og utvikle håp er knyttet til den tryggheten om at en vil motta hjelp fra andre når en trenger det. I følge Travelbee er håp sterkt knyttet til tillit og avhengighet av andre (Kristoffersen, 2011, s. 217). For å kunne fremme det følelsesmessige båndet i pasientrelasjonen kan sykepleier vise ubetinget aksept, være genuin og varm, slik at ungdommen føler seg bekreftet og ivaretatt i behandlingssituasjonen (Martinsen, 2014, s.129). En aktivt involvert sykepleier vil formidle at den unge er en person som er verdt å bry seg om (Langaard, 2012, s. 266-267).

5.2 Empowerment

Studie nr 2. velger å rette fokuset mot ungdommens eget perspektiv når de henvises til ungdomspsykiatrisk poliklinisk behandling. Hensikten med studien er å fremme brukermedvirkning i helsetjenester. Studien vektlegger viktigheten av å høre deres stemme, slik at en kan få en dypere forståelse av deres daglige liv. Intervensjoner som tar sikte på å forstå bekymringene hos ungdommer med psykiske lidelser kan gi en effektiv måte å lindre deres lidelse på. For sykepleiere er det viktig å legge til forståelsen av ungdommens virkelige liv (Anttila et al., 2014).

Empowerment kan betraktes som et viktig perspektiv for å belyse brukermedvirkning. I et helsefremmende perspektiv kan brukermedvirkning i det psykiske helsefeltet betraktes som en strategi som har til hensikt å styrke mennesker med psykiske lidelser sin kontroll og innflytelse over utformingen av helsetjenesten og behandlingen. Brukermedvirkning er viktig for den enkelte for å styrke livskvalitet, mestring og på den måten bidra til et bedre resultat av behandlingen (Thornicroft og Tansella, 2005). (Storm, 2009, s. 22).

I følge de yrkesetiske retningslinjene skal sykepleier ivareta den enkelte pasientens integritet, herunder retten til en helhetlig omsorg, retten til å være medbesluttende og retten til ikke å bli krenket (Molven, 2014, s. 69). Ungdommen er den som vanligvis kjenner sin egen livssituasjon og egne behov best, mens sykepleieren har kunnskap om fag og fagutøvelse som kan bidra til å løse problemet. Ved å utfylle hverandres kompetanse kan de komme fram til en felles beslutning (Andersson, 2014, s. 330-331). Det å forstå hva som har påvirket ungdommen og hva han frykter og bekymrer seg mest for. En kombinasjon av påvirkning og opplevelser kan medføre at en utvikler spesifikke bekymringer og engstelser (Welford, 2012, s. 66).

Travelbees tenkning bygger på sykepleiens overordnede mål og hensikt om å hjelpe personen til å finne mestre og finne mening i de erfaringene som følger med lidelse og sykdom. Sykepleie er dessuten knyttet til det å forebygge sykdom og å fremme god helse. For å kunne fremme god helse understreker Travelbee også at det er langt viktigere å kjenne til pasientens opplevelse av sin situasjon, og vite hvilken mening han selv tillegger den, enn å forholde seg til en diagnose (Kristoffersen, 2011, s. 216). Dersom en har en slik åpen holdning kan det bli mulig å forstå hva de ulike fasene i bedringsprosessen består i, og kun da kan man være en støtte for den enkelte i hans liv (Topor og Borg, 2014, s. 31).

I Helsepersonelloven (1999) §4 kommer det tydelig frem at alt helsepersonell skal utøve sitt arbeid i samsvar med de krav som stilles til faglig forsvarlighet og omsorgsfull pleie. Sykepleie har omsorg som ett av sine sentrale kjennetegn, og i omsorg utgjør innlevende forståelse en nødvendig forutsetning. Mange pasienter opplever det vondt når de ikke blir forstått, og at behandleren ikke alltid forstår hva de sliter med i sin indre verden. Det å arbeide aktivt for å forstå pasientens situasjon, tanker og følelser bør være et selvsagt utgangspunkt for pleie og behandling (Hummelvoll, 2012, s. 23).

5.3 Kognitiv atferdsterapi

Sosialt engstelige personer er ofte vennlig innstilt ovenfor andre og har helt klart en rekke positive egenskaper som andre setter pris på. Men for dem er det vanskelig å føle seg komfortable sammen med andre, og de blir ofte så engstelige at andre ikke får se disse egenskapene. Angsten hindrer dem i å vise disse sidene av seg selv. Sosialt engstelige personer kan av den grunn ofte miste både selvtillit og troen på at de har gode egenskaper. Målet ved behandlingen er å lære hvordan en skal bekjempe sosial angst, slik at en kan få tilbake evnen til å uttrykke sider ved en selv som tidligere kanskje har vært helt kvalt. Ved å overvinne sosial angst kan en oppdage, eller gjenoppdage seg selv igjen (Butler, 2008, s. 12).

I følge Bandura (1997) har personer med lav mestringsstro en tendens til å mislike endringer. Han påpeker at viktige målsetninger for endring er dermed å styrke troen på egen evne til å mestre. I kognitiv atferdsterapi handler det om akkurat det å få tak i de negative tankene som ligger bak lav mestringsstro, samtidig som å øke forståelsen av sammenhengen med påfølgende følelser og atferd knyttet til disse tankene. Typiske tanker for sosialt engstelige personer er at alle ser ned på dem, at de er udugelige, dumme, annerledes og at ingen liker dem. Tanker som dette etterfølges av angst for sosiale situasjoner. En arbeider deretter med å evaluere sannhetsgehalten og rimeligheten i tankene (Hjemdal og Kennair, 2014, s.150-151).

Som vi ser i oppgavens resultater er studie nr. 3 den første, eller i hvert fall en av de første litteraturstudiene som undersøker effekten av intervensjoner som bygger på kognitiv atferdsterapi hos barn og unge med sosial angst. Samlet støtter studien effektiviteten av kognitiv atferdsterapi. Symptomer av sosial angst ble redusert i både kliniske og i skoleintervensjoner. Funn i studien viser også at tilskudd av sosiale ferdigheter i kognitiv atferdsterapi var gunstig (Scaini et al., 2016).

Sosial kompetanse

Grunnet engstelse og sosial tilbaketrekning blant ungdom med sosial angst reduseres muligheten til å utvikle, trene og forbedre ferdigheter som er nødvendige for økt mestring av sosiale interaksjoner (Albano et al., 1995). Det å ikke få anledning til å lære hvordan ting skal gjøres, kan være en ulempe, akkurat som å ikke få anledning til å omgås andre på egen alder, til å finne og bli venner med likesinnede, til å bli lyttet til, til å betro seg og fortelle om seg selv til andre, og til å oppdage hvordan andre mennesker fungerer. Mangel på relevant erfaring kan bidra til sosial angst, og får man skaffet seg relevant erfaring, kan det bidra til å løse problemet (Butler, 2008, s. 63).

I følge Bandura (1997) er det å forberede egne evner og ferdigheter viktige målsetninger for mestring. Ved å forbedre egne evner og ferdigheter fremmer en mestringstro og individuell utvikling. I følge Magner og Wormnes er selvpoppfatning og fremmet individuell utvikling nøkkelen til mestring. Egen opplevelse av kontroll og mestringserfaringer i utfordrende og vanskelige situasjoner vil ha innvirkningen på forventning om mestring. De fremmer viktigheten med å tre utenfor komfortsonen og utfordre seg selv på ulike måter. Mestring utenfor egen komfortsone vil føre til økt selvpoppfattelse og fremme individuell utvikling (Magner og Wormnes, 2015, s. 19).

Skoleintervensjoner

Selvhjelp

Funn i studie nr. 4 viste at det moderate nivået av sosial angst ble redusert ved hjelp av selvundervisningsmodul. Ungdommene rapporterte at modulen reduserte angstnivåene, og at den i stor grad kunne tas i bruk i alle sosialt stressende situasjoner. Modulen ble også verdsatt av deltakerne og skolemyndighetene som et relevant verktøy for å dempe sosial angst. Selvundervisningsmodulen som ble brukt i studien inneholdt detaljert informasjon om sosial angst, symptomer og situasjoner som forårsaker sosial angst. Deretter ble selvhjelpsstrategier for å overvinne sosial angst understreket i modulen (Khandagale og Dumbray, 2017). Studie nr. 5 støttet også selvhjelp som effektive metoder til personer med sosial angstlidelse. Det ble i studien tatt i bruk åtte randomiserte kontroll undersøkelser (RCT) av studier som inneholdt selvhjelp for sosial angst. Alle sammenlignet selvhjelp i form av bok eller selvhjelpsinformasjon presentert på nettsted med en venteliste-kontrollgruppe. En meta-analyse av disse studiene viste signifikante forskjeller i forhold til det primære utfallsmålet av den sosiale angsten, til fordel for selvhjelpstilstanden. Selvhjelpsintervensjoner ser ut til å være en effektiv måte å behandle ungdom med sosial angst og panikklidelse. Ved å komprimere terapibaserte behandlinger med veiledning og presentasjon av multimedia eller web-basert selvhjelpsmateriale ble behandlingen betydelig forbedret (Lewis, Pearce og Bisson, 2012).

5.3 Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid

I studie nr. 1 viser funn som tidligere nevnt at emosjonell tilknytning er nøkkelen til å bygge et nærmere pasient-sykepleierforhold. Ungdom med sosial angst vil kanskje ha vanskeligheter for å åpne seg. De vil kanskje unngå eller benekte tilstanden sin til ukjente, eller personer de ikke har tillit til (Hummelvoll, 2012, s. 167). Studien viser at effekten av behandlingen avhenger av sykepleiers evne til å bygge nære pasientrelasjoner. Dersom ungdommen først klarer å knytte seg til en sykepleier, samt oppnår tillit nok til å åpne seg, bekrefter studien at det kan være nyttig av sykepleier å dele sin forståelse av ungdommen til neste/andre fagfolk involvert. Sykepleier sikrer da en tverrfaglig og tverretatlige forståelse av ungdommen, slik at de blir behandlet på samme måte. Ungdommen vil da i større grad oppleve å bli støttet og forstått, og kanskje være i stand til å åpne seg til andre også (Funakoshi et al, 2016). En viktig hensikt med tverrfaglig samarbeid er å utvikle en felles forståelse av ungdommens bekymringer og utfordringer for de tiltak og behandlinger som skal iverksettes (Andersson, 2014, s. 330-331).

Spesialisthelsetjenesten er på sin side ansvarlig for undersøkelse, behandling og rehabilitering (Andersson, 2014, s. 331). Og som vi ser i spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 er tjenesten påkrevd å gi veiledning slik at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift. Plikten omfatter alle forhold som knytter seg til undersøkelse, behandling, pleie, omsorg eller rehabilitering av pasienter. I og med at spesialhelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og skolen har ulike lovverk, styrer dette virksomhetene og regulerer informasjonsutveksling og samarbeid. Det kan i noen sammenhenger være en utfordring og krever at det blir arbeidet med (Hellzén, 2012, s. 87). I følge Ruud må helsevesenet samarbeide på en langt mer fundamental måte dersom helsevesenet skal lykkes med å møte helseutfordringene i framtiden innenfor en realistisk ressurstildeling (Ruud, 2012, s. 41).

Tverretatlig og tverrfaglig samhandling mellom de ulike tjenestene er avgjørende for å kunne gi helhetlige tjenester. Det er viktig at de ulike etatene tar i bruk hverandres ressurser slik at kunnskapen om ungdommen som er under utredning eller behandling i BUP og dets behov står i fokus (Helsedirektoratet, 2008). I følge veileder for 6 poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge er BUP pliktet til å gi informasjon og veiledning til skolen dersom en pasient er i behandling og det vurderes at skolen må tilrettelegge tiltak for å gi behandlingsmessige resultater. Alle må gjøre sin del av jobben for å kunne gi ungdommen best mulig hjelp. Samtidig må en hjelpe andre med å gjøre sin jobb, dele informasjon og vise interesse i hvordan det går. Samarbeid blir lettere når partene prøver å forstå hvordan den andre tenker og handler (Hellzén, 2012, s. 87).

6.0 Konklusjon

I behandling av ungdom med sosial angstlidelse i spesialhelsetjenesten vil kognitiv atferdsterapi være mest effektivt, samt tilskudd av sosiale ferdigheter i behandlingen. De vil på den måten kunne oppleve økt mestring i sosiale situasjoner. Sykepleier kan også motivere ungdommen til å benytte seg av selvhjelpsmaterialer utenom, da dette kombinert med samtalerterapi har vist seg å øke behandlingseffekten av sosial angst hos ungdom. For at ungdom med sosial angst skal få tilstrekkelig behandling er de avhengige av å bli forstått. Dette kreves i flere tilfeller en emosjonell tilknytning til sykepleier for å kunne oppnå nok tillit til å utlevere sine innerste tanker og bekymringer. De kan på den måten lettere samarbeide å komme fram til intervensjoner som er tilpasset ungdommens bekymringer og plager. Ved først å forstå ungdommens virkelige liv kan sykepleier bidra til å lindre deres lidelse. Dersom ungdommen først klarer å knytte seg til sykepleier, samt oppnår tillit nok til å åpne seg, kan det være nyttig av sykepleier å dele sin forståelse av ungdommen til andre fagfolk som er involvert, eller som kan tilrettelegge tiltak for å gi behandlingmessige resultater. Sykepleier sikrer da en tverrfaglig og tverretatlig forståelse, og ungdommen vil i større grad oppleve å bli støttet og forstått, og kanskje være i stand til å åpne seg for andre også. I og med at skolen er ungdommens hovedarena kan det være nyttig med et tverretatlig samarbeid mellom tjenestene. En kan på den måten gi en helhetlig tjeneste og bidra til god oppfølging av ungdommen. Skoleintervensjoner basert på kognitiv terapi vises også å være effektive i reduksjonen av angstsymptomene, noe som kan vurderes i samarbeid med skolen. I og med at spesialhelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og skolen har ulike lovverk, styrer dette virksomhetene og regulerer informasjonsutveksling og samarbeid. Det kan i noen sammenhenger være en utfordring i tverrfaglig og tverretatlig samarbeid (Hellzén, 2012, s. 87).

7.0 Referanseliste

- Albano, A.M., DiBartolo, P.M., Heimberg, R.G., & Barlow, D.H. (1995a). Children and adolescents: assessment and treatment. Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A., & Schneier, F.R. (eds). *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment*. Guilford Press: New York.
- Andersson, H.W. (2014). Fra gråsoner til samarbeidssoner; om samhandling. Almvik, A., & Borge, L. (red). *Å sette farge på livet; Helhetligpsykisk helsearbeid*. (s. 327-344). Bergen: Fagbokforlaget.
- Anttila, K., Anttila, M., Kurki, M., Hätönen, H., Marttunen, M., & Välimäki, M. (2014). Concerns and hopes among adolescents attending adolescent psychiatric outpatient clinics. *Child and Adolescent Mental Health* 20(2), 81-88. doi: 10.1111/camh.12074

- Aune, T. (2011). Sosial angstlidelse hos barn og unge. *Psykologisk institutt, Norges teknisk naturvitenskapelige universitet* 48(1): 52-56. Hentet fra <http://www.psykologtidsskriftet.no>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy – The exercise of control*.
USA: W. H. Freeman and Company.
- Borge, L. (2014). Helhetlig psykisk helsearbeid. Almvik, A., & Borge, L. (red). *Å sette farge på livet; Helhetligpsykisk helsearbeid*. (s. 29-41). Bergen: Fagbokforlaget.
- Bjørnsen, H.N., Ringdal, R., Elliertsen, M-E., Espenes, G-A., Holmen, N.S., & Moksnes, U.K. (2018). Kunnskap kan gi ungdom bedre psykisk helse. *Sykepleien Forskning* 106(65075)(e-65075). doi: 10.4220/Sykepleiens.2018.65075
- Butler, G. (2008). *Å bekjempe sosial angst og sjenanse*. Trondheim: Akademisk Forlag.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2018, 17. januar). *Stadig flere tenåringsjenter får hjelp for psykisk lidelser*. Hentet 2. september 2018 fra <https://www.fhi.no/nyheter/2018/stadig-flere-tenaringsjenter-far-hjelp-for-psykiske-lidelser/>
- Funakoshi A, Tanaka A, Hattori K, Arima M (2016) Process of Building Patient-Nurse Relationships in Child and Adolescent Psychiatric Inpatient Care: A Grounded Theory Approach in Japan. *J Nurs Patient Care* 1:2. doi:10.4172/2573-4571.1000106
- Healthline. (2016, 19. januar). *Social Anxiety Disorder*. Hentet 25. september 2018 fra <https://www.healthline.com/health/anxiety/social-phobia>
- Helsedirektoratet (2008). *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*. Oslo: Oslo Forlagstrykkeri.
- Helsedirektoratet. (2017, 20. desember). *Psykisk helsevern for barn og unge*.
Hentet 6.september 2018 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/psykisk-helsevern/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge>
- Helsepersonelloven. (199). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

- Hellzen, E. (2012). Ungdom som strever i videregående skole. Samarbeid som kan hjelpe. Olaisen, K. (red). *Utviklingsfremmende samtaler med ungdom; samhandling på tvers*. (1. utg., s. 82-94). Oslo: Kommuneforlaget.
- Hegna, K., Ødegård, G., Strandbu, Å. (2013). En «sykt seriøs» ungdomsgenerasjon? *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 50 (4), 374-377.
- Herrestad, H. (2015). Om begrepet håp. *Suicidologi* 14(1), 1501-6994. doi: 10.5617/suicidologi.1982
- Hjemdal, O., & Kennair, L.E.O. (2014). Kognitiv atferdsterapi. Kennair, L.E.O., & Hagen, R. (red). *Psykoterapi; tilnærminger og metoder*. (1. utg., s. 145-160). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hoffart, A. (2015, 8. mai). *Hva er sosial fobi?* Hentet fra <https://psykologisk.no/2015/05/hva-er-sosial-fobi/>
- Hundeide, K. (2005). «Socio-cultural tracks of development, opportunity situations and access skills». *Culture & Psychology*, 11, s. 241-261.
- Hummelvoll, J.K. (2012). *HELT – ikke stykkevis og delt; psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (utg, 7.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ingul, J.M. (2014). Anxiety and Social Phobia in Norwegian Adolescents. Studies of risk factors, school absenteeism and treatment effects. *Thesis for the degree of Philosophiae Doctor, 27-28*. Norwegian University of Science and Technology, Trondheim.
- Khandagale, C., & Dumbay, S. (2017). A Study to assess the Effectiveness of Self-Instructional Module on Reduction of Social Anxiety among Adolescents. *Asian Journal of Nursing Education and Research* 7(3), 348-356. doi: 10.5958/2349-2996.2017.00070.2
- Kodal, A., Fjermestad, K., Bjelland, I., Gjestad, R., Öst, L.-G., Bjaastad, J. F., Haugland, B.S., Havik, T., Heiervang, E., & Wergeland, G. J. (2018). Long-term effectiveness of cognitive behavioral therapy for youth with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders* 53, 58-67. doi: 10.1016/j.janxdis.2017.11.003
- Kristoffersen, N.J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A. (red.). *Grunnleggende sykepleie bind 1*. (2. utg., s. 207-270). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N.J. (2011). Helse og sykdom. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A. (red.). *Grunnleggende sykepleie bind 1*. (2. utg., s. 31-72). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Langaard, K. (2012). Utvikling og profesjonell samhandling. Olaisen, K. (red). *Utviklingsfremmende samtaler med ungdom, samhandling på tvers* (1. utg., s. 256-276). Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1991). The concept of coping. I: Monat, Alan & Lazarus, R.S. (red). *Stress and Coping*. (3.utg). New York: Columbia University Press.
- Lewis, C., Pearce, J., & Bisson, J.I. (2012). Efficacy, cost-effectiveness and acceptability of self-help interventions for anxiety disorders: systematic review. *The British Journal of Psychiatry* 200(1),15-21. doi: 10.1192/bjp.bp.110.084756
- Lund, T.W. (2014, 30. august). Nu studie: Få unge med sosial angst får hjelp. *VG*. Hentet fra <http://www.vg.no>
- Lynch, W.F (1974). *Images of hope; imagination as healer of the hopeless*. Notre Dame Ind., University of Notre Dame Press.
- Manger, T. & Wormnes, B. (2015). *Motivasjon og mestring – utvikling av egne og andres ressurser* (2.Utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Maric, M., Heyne, D.A., MacKinnon, D.P., Widenfelt, B.M., & Westenberg, P.M. (2013). Cognitive mediation of cognitive-behavioural therapy outcomes for anxiety-based school refusal. *Behav Cogn Psychother* 41(5), 549-64. doi: 10.1017/S1352465812000756
- Martinsen, E.W. (2018). *Kropp og sinn; Fysisk aktivitet – psykisk helse – kognitiv terapi*. (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Martinsen, E.N. (2014). Kognitiv terapi og fysisk aktivitet. Almvik, A., & Borge, L. (red.). *Å sette farger på livet*. (Kap, 5., s. 123-141). Bergen: Fagbokforlaget.
- Melges, F. T. & Bowlby, J. (1969). Types of Hopelessness in Psychopathological Process. *Archives of General Psychiatry*, 20, 690-699.

- Molven, O. (2014). *Sykepleie og jus*. (4.utg.). Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Norsk Helseinformatikk. (2018, 6. juni). *Sosial angst*. Hentet 25. september 2018 fra <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/angsttilstander/sosial-angst/>
- Norsk Sykepleierforbund (2013). *Politisk plattform for psykisk helse og rus*. Oslo: Norsk sykepleierforbund
- Næss, S., Mastekaasa, A., Moum, T., & Sørensen, T. (2001). *Livskvalitet som psykisk velvære*. NOVA-rapport nr. 3. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Regjeringen.no (2014, 28.05). Skolen er en viktig arena for forebygging av psykiske vansker. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/Skolen-er-en-viktig-arena-for-forebygging-av-psykiske-vansker/id761082/>.
- Regjeringen.no (2017, 23. mars). Psykisk helse og livskvalitet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/psykisk-helse-og-livskvalitet/id2544452/>
- Rosenvinge, J.H. (2011). Forebygging av psykiske lidelser. Svartdal, F. (red). *Psykologi i praksis* (1., utg., s. 111-117). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet: en utfordring for sykepleieren?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ruud, H. (2012). Forankring i ledelsen; hva skal til for å få det til?. Olaisen, K. (red). *Utviklingsfremmende samtaler med ungdom, samhandling på tvers* (1. utg., s. 37-44). Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Røkenes, O.H. Og Hanssen, P.H. (2012). *Bære eller briste - Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: fagbokforlaget.
- Scaini, S., Belotti, R., Ogliari, A., & Battaglia, M. (2016). A comprehensive meta-analysis of cognitive behavioral interventions for social anxiety disorder in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders* 42, 105-112. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.05.008
- Skaalvik, E. M. & Skaalvik, S. (2013). *Skolen som læringsarena: Selvoppfatning, motivasjon*.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stanicke, E. (2015). *Psykiatriboken – Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Storm, M. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Topor, A., & Borg, M. (2014). *Virksomme relasjoner; om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thidemann, I-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Welford, M. (2012). *Å bygge selvtillit gjennom selvmedfølelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Ursin, H. (1988). Expectancy and activation: an attempt to systematize stress theory. I: Hellhammer, D., Florin, I., & Weiner, H. (red). *Neurobiological Approaches to Human Diseases*. Toronto, Huber.

Vedlegg 1:

Tittel Forfatter Årstell	Hensikt	Metode	Resultater
<p>Process of Building Patient-Nurse Relationships in Child and Adolescent Psychiatric Inpatient Care</p> <p>Funakoshi, A., Tanaka, A., Hattori K., & Arima, M.</p> <p>Japan Nurse Patient Care</p> <p>2016</p>	<p>Beskrive prosessen til å bygge nærmere pasient-sykepleierforhold i barne- og ungdomspsykiatrisk pasientbehandling.</p>	<p>Kvalitativ metode. Semi-strukturerte dybdeintervjuer ble utført med 18 ekspert sykepleiere og analysert ved hjelp av en konstant komparativ metode.</p>	<p>Utvikling av en emosjonell tilknytning ble identifisert som kjernekategori i barne- og ungdomspsykiatrisk pasientbehandling. Prosessen til å bygge et nærmere forhold til pasienten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bli et mål for tilknytning 2. Danne en tilknytning 3. Utvidelse av mål for videre tilknytning <p>Effekten av behandlingen avhenger av sykepleiers evne til å bygge intime pasientrelasjoner.</p>
<p>Concerns and hopes among adolescents attending adolescent psychiatric outpatient clinics.</p> <p>Anttila, K., Anttila, M., Kurki, M., Hätönen, H., Marttunen, M., & Välimäki, M.</p> <p>Child and Adolescent Mental Health</p> <p>2014</p>	<p>Fremme brukermedvirkning i helsetjenester. Studien vektlegger viktigheten av å høre ungdommens stemme, slik at en kan få en dypere forståelse av deres daglige liv.</p>	<p>De kvalitative dataene besto av 70 ungdommers korte essays som ble samlet ved hjelp av Depis.Net Internet-programmet og analysert med induktiv tematisk analyse.</p>	<p>Ungdommene beskrev deres bekymringer og håp om deres forhold, daglige handlinger, identitet og velvære. Funn i studien viser at negative følelser hos deltakerne medførte vansker i å mestre det daglige liv. Men selv om de opplevde bekymringer uttrykket de også håp om å finne muligheter til å mestre vanskelige livssituasjoner.</p>

<p>A comprehensive meta-analysis of cognitive behavioral interventions for social anxiety disorder in children and adolescents.</p> <p>Scaini, S., Belotti, R., Ogliari, A., & Battaglia, M.</p> <p>Journal of Anxiety Disorders</p> <p>2016</p>	<p>Analysere og oppsummere effekten av spesifikke intervensjoner i kognitiv atferdsterapi.</p>	<p>Meta-analytiske teknikker</p>	<p>Kognitiv atferdsterapi reduserer alvorlighetsgraden av sosial angst symptomer både i kliniske og i skoleintervensjoner, og støtter påstanden om at tilskudd av sosiale ferdigheter til programmene er gunstig. Videre viser data at intervensjonseffekter går gjennom tid og at det skjer kontinuerlig forbedring ved oppfølging.</p>
<p>A Study to assess the Effectiveness of Self-Instructional Module on Reduction of Social Anxiety among Adolescents.</p> <p>Khandagale, C., & Dumbray, S.</p> <p>Asian Journal of Nursing Education and Research</p> <p>2017</p>	<p>Utvikling av en egen instruksjonsmodul for å redusere sosial angst og å vurdere effektiviteten av selvopplæringsmodulen.</p> <p>I studien ble det først gitt et spørreskjema for å samle inn data, sjekklister for å få relevant informasjon om hjemme- og skolemiljøet, og en vurderingskala for å vurdere nivået av sosial angst.</p>	<p>Deltakerne ble vurdert ved hjelp av et spørreskjema der nivået av sosial angst ble betegnet. Deretter ble ungdommer med moderat nivå av sosial angst gitt selvundervisningsmodul for å redusere sosial angst. Etter tre måneders intervensjon ble en etterprøve utført.</p>	<p>Ungdommene med moderat nivå av sosial angst viste en markert reduksjon i angstnivåene etter bruk av selvundervisningsmodulen. Effekten viste seg å være nyttig og økonomisk for bruk hos ungdom. Modulen ble også verdsatt av deltakerne og skolemyndighetene som et relevant verktøy for å dempe sosial angst.</p>
<p>Efficacy, cost-effectiveness and acceptability of self-help interventions for anxiety disorders: systematic review.</p> <p>Lewis, C., Pearce, J., & Bisson, J.I.</p> <p>The British Journal of Psychiatry</p> <p>2012</p>	<p>Framheve effekten, kostnadseffektiviteten og akseptabiliteten av selvhjelpsintervensjoner for angstlidelser.</p>	<p>Randomized controlled trials (RCT). Meta-analyser ble utført der tilstrekkelig data var tilgjengelig.</p>	<p>Sammenlignet med venteliste ga selvhjelp en signifikant effektstørrelse. Sammenlignet med terapibaserte behandlinger viste en signifikant forskjell til fordel for siste nevnte. Men ved å komprimere terapibaserte behandlinger med selvhjelpsmateriale ble behandlingen betydelig forbedret.</p>

Vedlegg 2:

Etisk vurdering av forskningsartiklene:

Forskningsartikkel	Etisk vurdering
<p><i>“Process of Building Patient-Nurse Relationships In Child And Adolescent Psychiatric Inpatient Care: A Grounded Theory Approach In Japan”</i></p> <p>(Funakoshi, Tanaka, Hattori og Arima, 2016)</p>	<p>Forskningen ble godkjent av universitetets etikkomite. Alle deltakerne ble informert muntlig og skriftlig om studiens formål og metoder. Verken personer eller tjenester ble identifisert i studien. De var også informert om at deltakelsen var frivillig, og at de kunne trekke seg når som helst. Det ble også innhentet skriftlig samtykke.</p>
<p><i>“Concerns and hopes among adolescents attending adolescent psychiatric outpatient clinics”</i></p> <p>(Anttila, Anttila, Kurki, Hätönen, Marttunen og Välimäki, 2014)</p>	<p>Etisk godkjenning ble gitt av etikkomiteer og sykehusadministratorer. Ungdommene og personalet på poliklinikkene fikk muntlig og skriftlig informasjon om formålet og prosessen med studien. Deltakelsen var frivillig og de kunne trekke seg når som helst. Det ble innhentet skriftlig samtykke og anonymitet ble sikret.</p>
<p><i>“A comprehensive meta-analysis of cognitive behavioral interventions for social anxiety disorder in children and adolescents”</i></p> <p>(Scaini, Belotti, Ogliari og Battaglia, 2016)</p>	<p>Sudien var i San Raffaele Universitets internasjonale doktorgradsprogram i utviklingspsykopatologi og er støttet av CARIPLO-fondet Human Talents Grant for akademiske sentre for fortrefelighet i post-graduate undervisning.</p> <p>Den ble publisert i Elsevier i 2016 hvor alle rettigheter forbeholdt.</p>
<p><i>“A Study to assess the Effectiveness of Self-Instructional Module on Reduction of Social Anxiety among Adolescents”</i></p> <p>(Khandagale og Dumbray, 2017)</p>	<p>Det ble gitt en formell tillatelse fra skolemyndighetene. En klar forklaring om formålet med studien ble gitt, og et skriftlig samtykke ble innhentet.</p>
<p><i>“Efficacy, cost-effectiveness and acceptability of self-help interventions for anxiety disorders: systematic review”</i></p> <p>(Lewis, Pearce og Bisson, 2012)</p>	<p>Bare publiserte studier ble tatt med i vurderingen og den er basert på etiske rettigheter.</p>

Vedlegg 3:

Søkeord	Dato	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler	Tittel	Database
Patient-nurse relationships “and” Child and adolescent mental health	20/09-2018	611	10	3	2	Process of Building Patient-Nurse Relationships in Child and Adolescent Psychiatric Inpatient Care	Google Scholar
Concerns and hopes “and” Adolescents	17/09-2018	22	2	2	1	Concerns and hopes among adolescents attending adolescent psychiatric outpatient clinics.	CINAHL
Social anxiety disorder “and” Therapy, Adolescents	17/09-2018	17 300	15	5	2	A comprehensive meta-analysis of cognitive behavioral interventions for social anxiety disorder in children and adolescents.	Google Scholar
Effectiveness of Self-Instructional “and” Social anxiety disorder, Adolescents	21/09-2018	447	10	3	1	A Study to assess the Effectiveness of Self-Instructional Module on Reduction of Social Anxiety among Adolescents.	Google Scholar
Self-help interventions “and” Anxiety	21/09-2018	162	6	2	1	Efficacy, cost-effectiveness and acceptability of self-help interventions for anxiety disorders.	MEDLINE

Social anxiety disorder “and” Group therapy	29/08-2018						
--	------------	--	--	--	--	--	--