



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	24-02-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-04-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)		
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2020 VÅR stord		
Intern sensor:	Frode Skorpen		

Deltaker

Kandidatnr.: 648

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Betydinga av ein god terapeutisk relasjon - hos pasientar med panikkangst

Antall ord *: 8699

Egenerklæring *: Ja

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

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Betydinga av ein god terapeutisk relasjon

- Hos pasientar med panikkangst

The importance of a good therapeutic relationship

- In patients with panic disorder

Kandidatnummer 648

Bachelor i sjukepleie, Stord

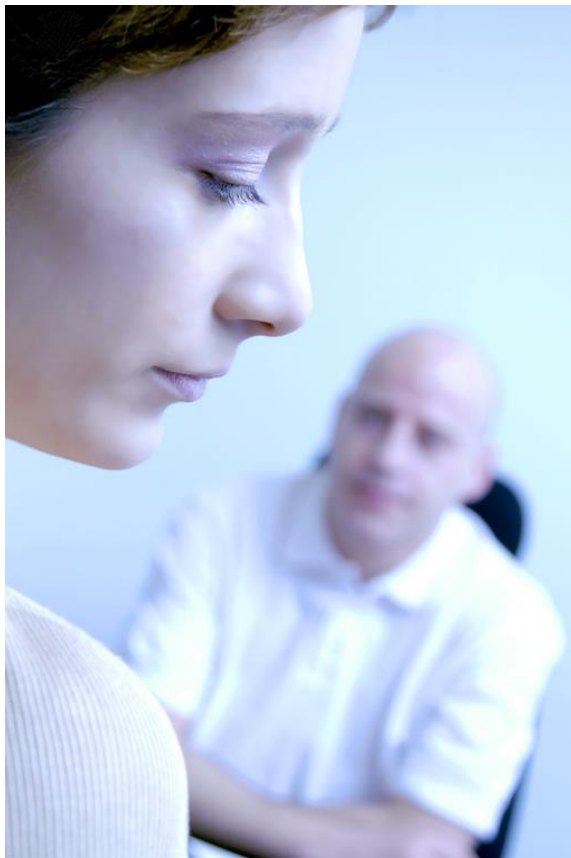
Fakultet for helse- og omsorgsvitskap

Innleveringsdato: 06.05.2020

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Betydinga av ein god terapeutisk relasjon

- Hos pasientar med panikkangst



Illustrasjonsbilete: Counselling - Science Photo Library (Henta frå imagequest 04.05.2020)
(https://quest-eb-com.galanga.hvl.no/search/mental-health-listen/1/132_1576116/Counselling)

Bacheloroppgåve i sjukepleie

Høgskulen på Vestlandet

Stord, Kull 2017

Innleveringsdato: 06.05.2020

Antall sider: 42

Antall ord: 8699

SAMANDRAG

Tittel: Betydinga av ein god terapeutisk relasjon – Hos pasientar med panikkangst

Bakgrunn for val av tema: Det er tusenvis av menneskjer i landet vårt som er invalidisert på grunn av angst (Thingnæs, 2018, s. 6). Omtrent ein prosent av befolkninga blir ramma av panikkanfall, og det vil vere ein til fem prosent som vil oppleve å ha panikkkliding i løpet av livet (Norsk Helseinformatikk, 2018). I ulike praksisar har eg vore i møte med pasientar som slit med ei eller anna form for angstliding, men den som skilde seg mest ut var panikkangst. Det kan vere vanskeleg å skilje mellom akutte symptom på alvorlege somatiske sjukdommar og dei fysiske symptoma på eit panikkanfall.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiar gjennom ein terapeutisk relasjon bidra til at pasienten meistrar panikkangst?

Hensikt: Hensikta med denne oppgåva er å kaste lys over betydninga av den terapeutiske relasjonen mellom sjukepleiar og pasient, og korleis dette kan bidra til at pasienten skal kunne meistre sin panikkangst.

Metode: Litteraturstudie som metode.

Funn: Ein god terapeutisk relasjon består av fleire viktige element, men ein av dei viktigaste faktorane som kan gi ein lindrande og helande effekt på meistringsarbeidet til pasienten, er sjukepleiars evne til å vise forståing i form av empati. Den største hindringa av ein god terapeutisk relasjon mellom sjukepleiar og pasient er mangel på tid. Manglande kunnskap om panikkangst visar seg hos både pasient og sjukepleiar, som kan hindre meistring.

Konklusjon: Den terapeutiske relasjonen er eit viktig reiskap sjukepleiaren kan ta i bruk for å bidra til at pasienten skal klare å meistre panikkangst. Ein god terapeutisk relasjon mellom pasient og sjukepleiar består av trygghet, tillit, empati, kommunikasjon, samarbeid, tilstedeværelse, humor, samt kunnskap og informasjon.

Nøkkelord: Panikkangst, terapeutisk relasjon, kunnskap, informasjon, meistring

ABSTRACT

Title: The importance of a therapeutic relationship - In patients with panic disorder

Background: Thousands of people in Norway are disabled due to anxiety. About one percent of the population is affected by panic attacks, and there are approximately one to five percent who will experience panic disorder during their lifetime. In various practices I have been in contact with patients who struggled with different types of anxiety disorder, but the one that stood out most was panic disorder. It may be difficult to distinguish between acute symptoms of serious somatic disorders and the physical symptoms of a panic attack.

Issue: How can a nurse, through a therapeutic relationship, help the patient coping panic disorder?

Purpose: The purpose of this assignment is to put focus on the significance of the therapeutic relationship between the nurse and the patient, and in doing so can help the patient to master his panic anxiety.

Method: Literature study.

Results: A good therapeutic relationship consists of several important elements, but one of the most important factors that can have a soothing and healing effect on the patient's work is the nurse's ability to show understanding in the form of empathy. The biggest obstacle to a good therapeutic relationship between nurse and patient is lack of time. Lack of knowledge about panic disorder is evident in both patient and nurse, which can prevent contamination.

Conclusion: The therapeutic relationship is an important journey the nurse can use to help the patient cope with panic disorder. A good therapeutic relationship between patient and nurse consists of security, trust, empathy, communication, cooperation, presence, humor, as well as knowledge and information.

Keywords: Panic disorder, therapeutic relationship, knowledge, information, coping

*«Hva visste jeg om angst? Ikke at den frarøvet meg livet. At den satt så dypt og lammet
mitt indre. Det stumme skriket delte jeg med deg»*

- Bente Killingstad Føyn

(Thingnæs, 2018, s. 9)

Innholdsliste

1	INNLEIING.....	1
1.1	Bakgrunn for val av tema	1
1.2	Presentasjon av problemstilling	1
1.3	Avgrensing	2
2	TEORIDEL.....	3
2.1	Joyce Travelbee sin sjukepleieteori.....	3
2.1.1	Menneske-til-menneske-forhold	3
2.2	Angst.....	4
2.2.1	Panikkangst.....	5
	Årsaksforhold	5
	Kroppslege symptom	6
2.3	Kommunikasjon	7
2.3.1	Formidling av kunnskap	7
2.4	Den terapeutiske relasjon	8
2.5	Kompetanse	8
2.6	Meistring	8
2.6.1	Stressmeistringsmodell av Lazarus og Folkman	9
3	METODE	10
3.1	Definisjon av metode	10
3.2	Litteraturstudie som metode	10
3.3	Framgangsmåte	11
3.3.1	Søkestrategiar	11
3.3.2	Søk i databasar	11
3.3.3	Presentasjon av søkjetabellar	12
3.3.4	Manuelle søk	14
3.4	Metodekritikk.....	14
3.4.1	Vurdering av eigen oppgåve	14
3.4.2	Kjeldekritikk	15
3.4.3	Etikk	15
4	RESULTAT.....	16
4.1	Samandrag av forskingsartiklar.....	16
4.2	Samandrag av forskingsresultat.....	19

Figur 1	19
5 DRØFTING	20
5.1 Forståinga av lidinga.....	20
5.1.1 Sjukepleiarens kunnskap rundt panikkangst.....	20
5.1.2 Informasjon og undervisning til pasienten	21
5.2 Utviklinga av den terapeutiske relasjonen	21
5.2.1 I møte med heile mennesket	21
5.2.2 Samarbeid i den terapeutiske relasjonen	22
5.2.3 Betydinga av å forstå.....	23
5.3 Saman i møte med angsten	24
5.3.1 Under panikkanfallet.....	24
5.3.2 Støtte til meistring.....	25
6 AVSLUTTING	27
7 REFERANSAR.....	28
8 VEDLEGG	31
Vedlegg 1	31
Vedlegg 2	31
Vedlegg 3	32
Vedlegg 4	32
Vedlegg 5	33
Vedlegg 6	33
Vedlegg 7	34
Vedlegg 8	35

1 INNLEIING

1.1 Bakgrunn for val av tema

Omtrent halvparten av den vaksne norske befolkninga vil bli ramma av ein psykisk lidning i løpet av livet (Folkehelseinstituttet, 2009). Frykt er eit naturleg beskyttelses-fenomen vi har, der kroppen gir beskjed om å vere på vakt for fare. Angst er derimot når frykta oppstår utan tilsynelatande grunn (Snoek & Engedal, 2017). Det er tusenvis av menneskjer i landet vårt som er invalidisert på grunn av angst (Thingnæs, 2018, s. 6). Rundt ein fjerdedel av den norske befolkninga vil bli ramma av ein angstlidning i løpet av livet, og førekomsten av angstlidningar er dobbelt så høg hos kvinner som menn, frå og med ungdomstida (Folkehelseinstituttet, 2019). Det er omtrent ein prosent av befolkninga som blir ramma av panikkangst, og det vil vere ein til fem prosent som vil oppleve å ha panikkkliding i løpet av livet (Norsk Helseinformatikk, 2018).

I ulike praksisar har eg vore i møte med pasientar som slit med ei eller anna form for angstlidning. Den angstlidninga som skilde seg mest ut for min del var panikkangst. Eg vil trekke fram kor viktig det er at sjukepleiarar har nok kunnskap omkring denne diagnosen og symptomata som oppstår. Og mest av alt, korleis den terapeutiske relasjonen kan påverke behandlinga til pasienten som lir av panikkangst. Etter min meining bør det bli retta meir fokus rundt akkurat denne typen angst. I denne oppgåva skal eg derfor prøve å belyse meir kunnskap rundt panikkangst, samt korleis sjukepleiar kan bidra til at pasienten meistrar sin panikkangst gjennom ein god terapeutisk relasjon. For å få dette tydeleg fram har oppgåva litteraturstudie som metode. Hensikta med denne oppgåva er kaste lys over den terapeutiske relasjonens kraft mellom sjukepleiar og pasient, og korleis dette kan bidra til at pasienten skal kunne meistre sin panikkangst. Joyce Travelbee (1999) sin sjukepleieteori om den mellommenneskelege prosessen står heilt sentralt i denne oppgåva.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Korleis kan sjukepleiar gjennom ein terapeutisk relasjon bidra til at pasienten meistrar panikkangst?

1.3 Avgrensing

I denne oppgåva blir det retta fokus på pasientar frå 18 år og oppover som er innlagt på distriktpsykiatrisk senter, DPS. For å avgrense og få fram sjukepleiarens rolle i behandlinga av panikkangst, vil eg fokusere på den terapeutiske relasjonen mellom sjukepleiar og pasienten. Sjukepleiaren følgjer opp pasienten heile døgnet, og har derfor ei viktig rolle i prosessen av behandlinga. Det blir ikkje lagt vekt på tilleggssjukdommar. Hovudfokuset i oppgåva er korleis sjukepleiar kan gjennom ein terapeutisk relasjon bidra for at pasienten skal mestre sin panikkangst. Den terapeutiske relasjonen blir derfor meir framheva i oppgåva, men kopla opp mot panikkangst og meistring. Det blir nemnt kognitiv åtferdsterapi i oppgåva, men det blir ikkje gått noko nærmare innpå dette området. Det er fordi dette er legen oppgåve, og ikkje sjukepleiaren som utfører. Det blir likevel nemnt fordi sjukepleiaren følgjer opp pasienten gjennom heile opphaldet, i tillegg til at sjukepleiaren jobbar tett saman med legen i behandlinga.

2 TEORIDEL

I dette kapitlet blir det belyst ulike teori kring den valte problemstillinga ved hjelp av relevant pensum og faglitteratur, samt sjukepleieteori.

2.1 Joyce Travelbee sin sjukepleieteori

Joyce Travelbee var født i 1926 i New Orleans i USA, og døyde i ein alder av 47 år i 1973 (Travelbee, 1999, s. 5). Joyce Travelbee var ein psykiatrisk sjukepleiar som var kjent for sin sjukepleietenking og filosofi retta mot dei mellommenneskelege aspektane ved sjukepleie. Sjukepleietenkinga og filosofien til Travelbee har fortsatt ein stor innflytelse på norsk sjukepleiarutdanning den dag i dag (Kristoffersen N. J., 2016, ss. 28-29). Travelbee beskriv sjukepleie slik:

«Sjukepleie er ein mellommenneskeleg prosess der den profesjonelle sjukepleiepraktikaren hjelper eit individ, ein familie eller eit samfunn med å førebyggje eller meistre erfaringar med sjukdom og lidning og om nødvendig finne mening i desse erfaringane» (Travelbee, 1999, s. 29).

Nokre av dei viktigaste elementa i Joyce Travelbee sin teori er kommunikasjon. Travelbee (1999) sin sjukepleieteori fokuserer mykje på det mellommenneskelege forholdet. I dette mellommenneskelege forholdet kan pasienten få hjelp til å finne mål og mening, og til å meistre opplevinga av sjukdom og lidning (Travelbee, 1999, ss. 171-172).

2.1.1 Menneske-til-menneske-forhold

Travelbee (1999, s. 171) hevdar at eit menneske-til-menneske-forhold kjenneteiknast ved at sjukepleiar og den sjuke oppfatar og forholda seg til kvarandre som unike menneskelege individ, ikkje som ein «sjukepleiar» og ein «pasient». Ho beskriv at menneske-til-menneske-forhold er verkemiddelet som gjer det mogleg å kunne oppfylle sjukepleiarens mål og hensikt, nemleg å hjelpe eit individ med å førebyggje eller meistre sjukdom og lidning, samt å finne

meining i desse erfaringane (Travelbee, 1999, s. 171). Dette forholdet blir etablert etter å ha gjennomgått fleire samanhengande fasar;

- ***Innleiande møtet:*** Under det innleiande møtet dannar vi fyrsteintrykket av kvarandre gjennom å observere teikn og stikkord frå den andre, samt non-verbal kommunikasjon.
- ***Framvekst av identitetar:*** Denne fasen kjenneteiknast ved evna vår til å etablere tilknytning og verdsetje den andre som eit unikt menneskeleg individ.
- ***Empati:*** Empati er ein oppleving av å kunne forstå, samt ein erfaring som finner stad mellom to eller fleire individ. Empatifasen er ein prosess der den enkelte er nesten umiddelbart i stand til å leve seg inn eller ta del i og forstå betydinga av det den andre føler og tenkjer i augneblikket.
- ***Sympati og medkjensle:*** I denne fasen er sympati og medkjensle eit utspring frå empatiprosessen, der det føreligg ein grunnleggjande trong eller ønskje om å lindre plagane til den sjuke.
- ***Gjensidig forståing og kontakt:*** Når sjukepleiaren og den sjuke har gått gjennom alle dei fire samanhengande fasane som er nemnt over, oppnås gjensidig forståing og kontakt og etableringa av eit menneske-til-menneske-forhold, som er det overordna målet for all sjukepleie.

(Travelbee, 1999, ss. 186-211)

2.2 Angst

Frykt har vore nødvendig for oss menneskjers overleving gjennom tusenvis av år. For fleire år tilbake når urmennesket møtte på ulike farar, der dyr var truande for mennesket som derfor gjorde det nødvendig med frykt for å kunne overleve. Fryktmekanismen som vi menneskje har hjelper oss å handtere farefulle situasjonar gjennom kamp, flykt og frys. Dersom vi blir redde i situasjonar der det ikkje er noko form for fare, har ein angst. Det vil seie at angst ofte bygger på ein feil oppfatning av fare (Bugge, 2018, s. 163). På mange måtar er angst grunnvalutaen i vårt kjensleliv, og alle kjenslene våre kan lett bli veksla inn med angst (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010, s. 290).

2.2.1 Panikkangst

Panikkangst er ein tilstand som inneberer at ein får angstanfall som oppstår brått og uventa med mange kroppslege symptom (Snoek & Engedal, 2017, s. 112). Panikkanfall utviklar seg hurtig, noko som gjer at symptoma også aukar fort (Thingnæs, 2018, s. 65). Nokre av dei største kjenneteikna på panikkangst er anfall av alvorleg angst, med ein oppleving av panikk som ikkje er knytt til spesielle situasjonar eller anstendigheiter. Ved panikkangst opplevast det ofte ein sekundær frykt for å dø, bli gal eller miste kontrollen (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010, s. 294). Det er vanleg at ein blir heilt utslitt etter eit gjennomgått panikkanfall (Helmers, 2018). Panikkkliding blir kjenneteikna ved ein får hyppige og tilbakevendande panikkanfall, samt har ein frykt for å få fleire panikkanfall og dermed unngår skremmande situasjonar. Panikkkliding er med andre ord den mest alvorlegaste og dramatiske angstlidinga (Thingnæs, 2018, s. 65). Panikkanfall kan også oppstå ved andre lidingar. Dette kan vere både innanfor dei andre angstlidingane eller innanfor andre lidingar, som til dømes depresjon. Panikkangst blir sett på som ein eigen diagnose, og kan førekome utan symptom frå andre lidingar (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010, s. 294).

Årsaksforhold

Det er vanskeleg å forklare årsaka til kvifor angsttilstandar oppstår, men vi veit at sårbarheit og stress er viktige faktorar (Thingnæs, 2018, s. 79). Det finnes fleire forskjellige forklaringsmodeller for angstlidingane;

- **Den biologiske modellen:** Ein kan tenke seg at angstlidingar kan skyldast ein arveleg disposisjon som forutsetje ein sårbarheit i form av ein arveleg faktor i det sentrale nervesystemet, som kan gi angst. Arvelege faktorar kan ha ein betydning for utvikling av angsttilstandar, særleg panikkangst.
- **Læringsmodellen:** Denne teorien legg vekt på at angstlidingar er betinga av innlært frykt for visse påkjenningar frå omgivnadane. Det hevdast at angst oppstår på grunnlag av munnleg informasjon.
- **Den kognitive modellen:** Kognitiv terapi fortel at det ikkje er omgivnadane som skapar angsten, men den individuelle tolkinga. Ufarlege observasjonar blir til farlege tankar og kjensler ved sjukeleg angst. Den bevisste oppfatning mistolkar situasjonen, og dermed utviklast tankar som gjentar seg i liknande situasjonar.

- **Den psykodynamiske modellen:** I den psykodynamiske modellen hevdaast det at angst oppstår når ein blir utsatt for konflikhtar som ein ikkje kan meistre. Med andre ord er det barndomskonflikhtar og ubevisste konflikhtar som skapar angst. Ein kan tenkje seg at angstlidinga kan ha sin årsak i oppveksten og det miljøet ein var oppvaksen i. (Thingnæs, 2018, ss. 79-80)

Kroppslege symptom

Eit panikkanfall kan opplevast veldig dramatisk og kjenneteiknast ved ei rekke kroppslege symptom som kan føre til at pasienten oppsøker lege med mistanke om alvorleg fysisk sjukdom (Snoek & Engedal, 2017, s. 112). Dei vanlegaste kroppslege symptoma på panikkangst er hurtig puls, hjertebank, brystmerter, pustevanskar, hyperventilering, oppleving av kveling, uvirkelighetsfølelse, svimmelheit, trøttheit, søvnproblem, skjelvingar, risting, svette, kuldebølger, hetetokter, mageknip, sug eller vie i magen, luftplager, synsforstyrningar, armar og bein dovnar vekk, stikking i armar og bein, migrene, smerter i skuldrene, smerter i føtene, kraftlausheit og nedtryktheit (Thingnæs, 2018, s. 66).

For å forstå kvifor alle desse symptoma oppstår, bør ein sjå nærmare på kamp/flykt reaksjonen som vi menneskjer har innebygd frå fleire tusen år tilbake. Kamp- og flykt reaksjonen inneberer at den sympatiske delen av det autoimmune systemet aktiverast kraftig, og nedsett aktivitet i den parasympatiske delen (Kristoffersen N. J., 2016, s. 242).

- **Kampreaksjonen:** For at kroppen skal vere klar til kamp blir det frigjort enorme mengder med energi og konsentrasjon i musklane frå midja og opp. Det blir frigjort glukose og frie feittsyrer til blodet frå energiproduksjonen i musklane. Kroppen tilfører meir oksygen som gjer at pusten går raskare og blodsirkulasjonen auke raskt, samt blodets koaguleringssevne aukar også, i tilfelle bløding skulle oppstå. For å beskytte mot skade utanfrå blir ansikts-, nakke- og brystmuskulaturen spennast maksimalt for å beskytte mot skade utanfrå.
- **Fluktreaksjonen:** dersom sjansane er små til å bekjempe trusselen, vil kroppen automatisk setje i gang fluktreaksjonen. Derfor gjelder det å kome seg så fort som mogleg vekk frå truselen. Fluktreaksjonen har nesten det same reaksjonsmønsteret som kampreaksjonen fysiologisk og kroppsleg. Det som skiljar dei to reaksjonsmønstra er at i fluktreaksjonen blir det frigjort energi som konsentreres i muskulatur frå midja og ned.

- **Spille død-reaksjonen:** Denne reaksjonen vart utløyst når mennesket ikkje har moglegheit til å bekjempe eller flykte frå trusselen. I dette reaksjonsmønsteret vil ein rekke kroppslege funksjonar bli nedsett, og gir ein rekke kroppslege symptom som auka svimmelheit, trøttheit, muskelsvakheit og symptom frå mage-tarm-systemet. (Kristoffersen N. J., 2016, ss. 242-243)

2.3 Kommunikasjon

Omgrepet kommunikasjon kan definerast som utveksling av både verbale og non verbale signaler og teikn mellom to eller fleire personar. Kommunikasjon er ein medfødt og ein naturleg evne som vi alle har. God profesjonell kommunikasjon er både personorientert og fagleg fundert. Personorientert kommunikasjon inneberer at ein ikkje ser på den andre som ein brukar eller pasient, men ser heile personen gjennom personens egne verdiar, prioriteringar, mål, individuelle ønskjer, ressursar og moglegheiter når det gjelder personens egne livssituasjon og helse (Eide & Eide, 2017, ss. 16-17). I følgje Travelbee (1999, s. 138) er kommunikasjon ein kontinuerleg prosess, der det overførast meininger eller budskap gjennom verbale- og non-verbale uttrykksmidlar mellom individ. Kommunikasjon kan vere ein kreativ prosess ved at den profesjonelle sjukepleiaren snakkar og handlar bevisst på ein måte som kan føre til ein forandring (Travelbee, 1999, s. 138).

2.3.1 Formidling av kunnskap

Ein av sjukepleiarens viktigaste kommunikative oppgåver er å gi informasjon og vegleiing. Ein god måte å formidle kunnskap til pasienten på er gjennom å gi informasjon. Det er viktig å formidle informasjon som pasienten er i stand til å ta imot og at vedkomande nyttiggjere seg av informasjonen. Det er viktig at sjukepleiar tenkjer gjennom korleis ein informerer og kva måte ein brukar til å informere på. Personen som er sjuk har eit stort behov for informasjon og kunnskap om fleire ulike forhold, anten om sjukdommen, behandlinga, prognosen, psykiske reaksjonar, støtteordningar eller anna. Det er derfor viktig å finne ut kva pasienten trenger av informasjon og kva som er relevant å vite. Eit viktig mål er derfor at pasienten skal bli så sjølvhjulpel som mogleg og dermed kunne meistre situasjonen sin betre (Eide & Eide, 2017, ss. 217-219).

2.4 Den terapeutiske relasjon

Ein relasjon er ikkje noko som oppstår av seg sjølv, men det er eit resultat av sjukepleiarens- og pasientens samhandling. Ein god relasjon avhenger av ein samhandlingsprosess som dannar trygghet, tillit og ein oppleving av tilknytning og truverdigheit. I ein slik samhandling vart det utvikla ein bærande relasjon. Ved å oppnå ein trygg relasjon er det enklare å forstå kvarandre (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 27).

Ein terapeutisk relasjon er sjølv kjernen i psykiatrisk sjukepleie. For å utvikle og oppretthalde ein terapeutisk relasjon er det viktig med nærvær og samarbeid. I det terapeutiske møtet bør det vere ein opplevd erfaring for både sjukepleiaren og den hjelpetrengande personen.

Samarbeidet er viktig for å kunne bidra til å få personen til å få ein bevisstheit og merksemd for det som gir mening. Den hjelpetrengande sin meddeltaking skal bidra til å kunne utvikle planar og mål, samt bidra til ein heilhetleg betringsprosess og myndigjering (Hummelvoll, 2012, s. 576). Travelbee (1999, s. 44) påpeikar at det som kjenneteiknar den profesjonelle sjukepleiaren, er evna til å bruke seg sjølv terapeutisk i møte med pasienten. Sjukepleiaren gjer dette gjennom å bevisst ta i bruk sin eigen personlegheit og kunnskap, slik at ein lindrar personen sine plagar (Travelbee, 1999, s. 44).

2.5 Kompetanse

Kristoffersen (2016, s. 140) viser til Fagermoen som belyser at kompetanse ikkje er noko som ein har, men at det er noko som viser seg i verkelege og konkrete situasjonar. Det vil seie at ein synleggjer sin kompetanse ved å nyttegjere seg og omsetje både kunnskapar, ferdigheiter og verdiar i arbeidet. Kompetanse eller å vere kompetent inneberer å vere kvalifisert til å kunne ta beslutningar og handle innanfor eit bestemt funksjons- eller myndigheitsområde (Kristoffersen N. J., 2016, s. 140).

2.6 Meistring

Meistring er eit bredt omgrep som inneberer strategiar for å tolerere, beherske og redusere indre eller ytre påkjenningar og følgene til desse påkjenningane. Meistringsstrategiar er personleg og dei kan vere meir eller mindre hensiktsmessige med tanke på ivaretaking av eigen helse. Personen som treng hjelp til meistring, er det vedkomande sjølv som må

gjennomføre meistringsarbeidet. Både meistring og motivasjon heng tett saman (Eide & Eide, 2017, s. 48). Joyce Travelbee (1999, s. 35) påpeikar at ein av måtane sjukepleiaren kan bistå sjuke menneskje, er å hjelpe pasienten til å meistre sjukdom og lidning som erfaring.

2.6.1 Stressmeistringsmodell av Lazarus og Folkman

Renolen (2015, s. 169) viser til ein stressmodell som legg vekt på individets vurdering av situasjonen, nemleg transaksjonsmodellen av Richard Lazarus og Susan Folkmann. I ein stressande situasjon tek vi i bruk to vurderingar, nemleg primærvurdering og sekundærvurdering. Primærvurdering er når ein først vurderer kor truande eller farleg situasjonen er, mens sekundærvurdering er å ta ei vurdering av situasjonen rundt kva som skal gjerast og kva eventuelle konsekvensar det kan få (Renolen, 2015, s. 169). Lazarus og Folkmann skiljar mellom to ulike typar meistringsstrategiar; problemfokusert og emosjonsfokusert meistring (Kristoffersen N. J., 2016, s. 249). Renolen (2015, s. 171) framhev at Folkmann og Greer har seinare lagt til ein tredje meistringsstrategi som kallast meiningsfokusert meistring.

- **Problemfokuserte meistringsstrategiar:** kjenneteiknar tiltak som fokuserer på problemløysing som kan vere retta ut mot omgivnadane, for eksempel ved å søkje hjelp og støtte, endre rutinar, endre livsstil eller redusere ytre årsakar som skapar stress. I tillegg kan andre problemløysande meistringsstrategier vere retta inn mot oss sjølv, slik som å lære nye ferdigheiter, senke ambisjonane, søke informasjon og kunnskap.
- **Emosjonsfokuserte meistringsstrategiar:** vart kjenneteikna ved at vi prøver å endre kjenslereaksjonane som oppstår i forbindelse med stress, altså meistringsstrategiar som prøver å dempe det kjenslemessige ubehaget. For eksempel kan dette vere kognitive strategier som unngåelse av situasjonar eller informasjon, distansering til situasjonar/problem eller selektiv merksemd. Andre formar for meistringsstrategiar kan også vere fysisk aktivitet, bruk av medikament eller alkohol.
- **Meiningsfokusert meistring:** denne strategien kjenneteiknast å vere knytt til positive kjensler som oppstår i forbinding med stress og krisar. Det er mange som opplev at dei kjem i kontakt med sine indre verdiar og finn mening i det som skjer med dei. Dette inneberer fire positivt orienterte strategiar; Revurdering av mål, skape positive øyeblikk, finne fordelar og fokus på det som har størst betydning (Renolen, 2015, ss. 169-171). (sjå Vedlegg 8)

3 METODE

Oppgåvas metode blir skildra i dette kapittelet, og det blir forklart korleis søkjeprosessen har blitt utført.

3.1 Definisjon av metode

I følge Dalland (2012, s. 111) fortel metoden oss korleis vi bør gå til verks for å kunne framskaffe eller etterprøve kunnskap. Vidare visar Dalland til sosiologen Villhelm Aubert sin formulering om kva metode er; «Ein metode er ein framgangsmåte, et middel til å løse problemer og kome frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2012, s. 111).

Metode er den systematiske framgangsmåten ein brukar for å samle inn informasjon og kunnskap for å kaste lys over problemstillinga (Thidemann, 2019, s. 74). I denne oppgåva er fokuset retta mot pasientar som slit med panikkangst, derfor er det nyttig å undersøkje både pasientane og sjukepleiarane sine synspunkt og erfaringar, samt relevant litteratur om den terapeutiske relasjonens verknad til meistring. Forskingsartiklane som er tatt i bruk i denne oppgåva er basert på både kvalitative og kvantitative metodar.

3.2 Litteraturstudie som metode

Denne oppgåva har litteraturstudie som metode for å trekke fram relevant og kunnskapsrik litteratur som kan svare på problemstillinga. Thidemann (2019, s. 77) forklarar at eit litteraturstudie er ein studie som systematiserer kunnskap frå skriftlege kjelder, med andre ord å samle inn litteratur, foreta kritiske vurderingar av innhaldet og til slutt samanfatte det heile. Sjølv hensikta er å kunne gi lesaren god forståing og oppdatert kunnskap i lys av det problemstillinga etterspør, samt beskrive korleis ein har kome fram til denne kunnskapen (Thidemann, 2019, ss. 77-78). Det er gjort søk etter både forskning og relevant litteratur som skal kunne svare på problemstillinga i denne oppgåva om korleis sjukepleiar kan igjennom ei terapeutisk tilnærming bidra til at pasienten meistrar sin panikkangst.

3.3 Framgangsmåte

I denne delen av oppgåva vil det bli skildra ulike søkestrategiar og vise til resultat av strategiane gjennom funn av forskning og relevant litteratur.

3.3.1 Søkjestrategiar

Eit manuelt søk er å søkje etter relevant litteratur i høve til problemstillinga, men som ikkje blir utført på ein systematisk måte. Eksemplar på manuelle søk kan vere å ta spontane søk inne på ulike nettlesarar, lese i ulike referanselister eller å lese gjennom pensum. Systematiske søk er derimot planlagt, begrunna, dokumentert og etterprøvbart. I tillegg er systematiske litteratursøk knytt til oppgåvas problemstilling. Å søke er ein iterativ prosess som inneberer at ein bevegar seg fram og tilbake mellom trinnene, samt noterer ned aktuelle søkjeord og relevante artiklar undervegs i prosessen (Thidemann, 2019, ss. 81-82).

3.3.2 Søk i databasar

I denne oppgåva vart det nytta relevant litteratur, både i form av pensumlitteratur, faglitteratur og forskingsartiklar for å svare på problemstillinga. Databasane CINAHL, PubMed og SveMed+ har blitt nytta gjennom nettsidene til Høgskulen på Vestlandet. Desse databasane blir sett på som relevante då dei har både nordiske og internasjonale artiklar som kan gi eit breiare spekter til å svare på problemstillinga (Thidemann, 2019, s. 85). Det er tatt i bruk rammeverket PICO som har vore nyttig for å finne søkbare og presise søkjeord som er relevante til å operasjonalisere problemstillinga i denne oppgåva. (Thidemann, 2019, s. 82). Det er tatt i bruk både norske og engelske søkjeord for å finne norske- og internasjonale forskingsartiklar til denne oppgåva;

Norske søkjeord: Panikkangst, terapeutisk relasjon, sykepleie, relasjon, mental helse, empati, allianse, psykoterapi, terapeut.

Engelske søkjeord: panic disorder, therapeutic relationship, nursing, relation, mental health, empathy, alliance, psychotherapy, therapist.

I litteratursøka vart det nytta både inklusjonskriteriar og eksklusjonskriteriar. Inklusjonskriteriane vil vere at personane i studiane er over 18 år, samt etisk godkjende og fagfelleverdert. Eksklusjonskriteriane som har blitt nytta i søka er studiar som ikkje er

overførbare til norske forhold, samt at artiklane ikkje skal vere eldre enn 10 år (Thidemann, 2019, ss. 83-84) I litteratursøkja vart det først nytta enkeltord, som fekk mange treff. For å både utvide og avgrense desse søka blei det nytta *AND* og *OR* til kombinasjon mellom søkjeorda (Thidemann, 2019, s. 87).

3.3.3 Presentasjon av søkjetabellar

Tabell 1 - CINAHL

Søk gjort i databasen CINAHL						
Dato	Søk nr.	Søkeord	Antall artiklar	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
01.03.20	1	Panic disorder	2937	1		Searching for self: The layers and labels of panic disorder: A New Zealand study
	2	Nursing	630 965			
	3	S1 AND S2	93			
	4	Relation	368 770			
	5	S3 AND S4	12			

Det første søket vart utført i CINAHL 01.03.20, der søk nr.5 gav treff på artikkelen «*Searching for self: The layers and labels of panic disorder: A New Zealand study*» av Hamer, McCallin & Garrett (2009) som belysar viktigheita av kunnskap og informasjon rundt panikkangst hos både pasientar og sjukepleiarar.

Tabell 2 - CINAHL

Søk gjort i databasen CINAHL						
Dato	Søk nr.	Søkeord	Antall artiklar	Leste abstrakt	Leste artiklar	Artikler inkludert
01.04.20	1	Panic disorder	2937	2		Effect of cognitive-behavioral group therapy for panic disorder in changing coping strategies
	2	Coping strategies	11 624			
	3	S1 AND S2	17			

Det andre søket blei gjennomført 01.04.20, der søk nr.3 gav treff på «*Effect of cognitive-behavioral group therapy for panic disorder in changing coping strategies*» av Wesner, Gomes, Detzel & Blaya (2014) som legg vekt på meistringsstrategiar hos pasientar med panikkangst.

Tabell 3 - PubMed

Søk gjort i databasen PubMed						
Dato	Søk nr.	Søkeord	Antall artiklar	Leste abstrakt	Leste artiklar	Artiklar inkludert
10.04.20	1	Relation	693 929	3	1	Therapist empathy and client outcome: an updated meta analysis
	2	Therapist	18 998			
	3	Empathy	25 074			
	4	S1 AND S2 AND S3	59			
	5	Limit: 20100101-20201231	22			

I det første søket som vart gjort på PubMed 10.03.20, gav søk nr.5 treff på artikkelen «Therapist empathy and client outcome: an updated meta analysis» av Elliot, Bohart, Watson & Murphy (2018) som legg stor vekt på styrken av empati i ein terapeutisk relasjon.

Tabell 4 - PubMed

Søk gjort i databasen PubMed						
Dato	Søk nr.	Søkeord	Antall artiklar	Leste abstrakt	Leste artiklar	Artiklar inkludert
12.04.20	1	Panic disorder	12 396	6	2	Working alliance and competence as predictors of outcome in cognitive behavioral therapy for social anxiety and panic disorder in adults
	2	Alliance	30 627			
	3	S1 AND S2	46			

Det andre søket i databasen PubMed blei gjort 12.04.20, der søk nr.3 gav treff på artikkelen «*Working alliance and competence as predictors of outcome in cognitive behavioral therapy for social anxiety and panic disorder in adults*» av Haug, et al., (2015) som legg hovudsakeleg vekt på kompetansens relevans i behandlingsrelasjonen.

3.3.4 Manuelle søk

Det blei gjort eit søk 03.03.20 i databasen PubMed, der det vart gjort funn på artikkelen *What Makes a Quality Therapeutic Relationship in Psychiatric/Mental Health Nursing: A Review of the Research Literature* (Dziopa & Ahern, 2009) som legg vekt på ni viktige faktorar i ein terapeutisk relasjon. Ved eit kontrollsøk 11.03.20 var artikkelen fjerna frå søkeeinheita Pubmed. Derfor føretok eg eit manuelt søk inne på tidsskriftet til artikkelen, og fant den aktuelle artikkelen inne på tidsskriftet ispub.com.

Mitt neste søk blei gjort 06.03.20 i databasen PubMed. Det var eit funn som ikkje var heilt relevant til oppgåvas problemstilling. Det blei deretter gjort eit nytt manuelt søk av same forfattarane inne på tidsskriftet til artikkelen, der det blei gjort eit funn på artikkelen; *The therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: A narrative review of the perspective of nurses and patients* (Moreno-Poyato, et al., 2016) som legg vekt på betydninga av den terapeutiske relasjonen mellom sjukepleiar og pasient.

3.4 Metodekritikk

3.4.1 Vurdering av eigen oppgåve

Det er i denne oppgåva nytta både kvalitative og kvantitative artiklar, samt oversiktsartiklar som er relevante knytt opp til min problemstilling. Alle artiklane fremjar ulike synspunkt og belyser dermed problemstillinga i sin heilheit. Ved å gjere dette blir ulike perspektiv trekt fram både frå sjukepleiarar og pasientar. Dette blir sett på som viktig for å styrke problemstillinga, men det bør likevel tas stilling til at det kan vere andre som har motsette meiningar og synspunkt som ikkje kjem tydeleg fram i fleire av studiane.

Det er utført litteratursøk i både PubMed, SveMed+ og CINAHL. Det var diverre ingen relevante artiklar i databasen SveMed+, derfor er dei fleste forskingsartiklane funnet inne på CINAHL og PubMed. Etter å ha utført både manuelle- og systematiske søk, vart det ikkje nokon funn av norske forskingsartiklar. Alle artiklane er på engelsk og oversett frå engelsk til

norsk. Det bør derfor tas stilling til at det er ein moglegheit for at det har oppstått feiltolkningar i oversittinga. Forskingsartiklane har blitt utført i ulike land, noko som kan gi eit klarare og breiare spekter rundt temaet. Artiklane er gjort i både i Brasil, New Zealand, Australia, Storbritannia, Spania, samt Noreg og Sverige. Likevel bør det takast høgde for at alle dei ulike landa kan ha kulturforskjellar som kan påverke helsehjelp og helsevesenet generelt.

3.4.2 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk inneberer dei metodane som ein tar i bruk for å kunne fastslå at ei kjelde er sann gjennom å vurdere og karakterisere kjeldene som vart nytta (Dalland, 2012, ss. 67-68). Det er brukt aktuelle sjekklister frå helsebiblioteket som pedagogiske verktøy for å kritisk vurdere om artiklane er til å stole på (Thidemann, 2019, s. 91). Sjekklisene som vart nytta var ikkje direkte fylde ut, men alle artiklane er vurdert knytt opp til sjekklisene sine krav (Helsebiblioteket.no, 2016). Det er gjort ein gjennomgang av dei utvalte artiklane for å sjå om dei er fagfellevurdert (peer review), som inneberer at artiklane er vurdert og godkjent av ekspertar innan fagområdet (Dalland, 2012, s. 78).

Det er tatt utgangspunkt i å finne vitskapelege artiklar som er under 10 år gamle, men det blei likevel nytta to artiklar som var publisert i 2009. Begge artiklane blir likevel sett på som relevante knytt opp til problemstillinga. Alle artiklane er publiserte i anerkjende tidsskrifter. Det er nokre av artiklane som er publisert i fagfeltet psykiatri, noko som bringar fram fleire perspektiv rundt problemstillinga. I tillegg er det tatt utgangspunkt i at artiklane skal gå etter IMRaD-strukturen, som inneberer introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Nokre av artiklane følgjer likevel ikkje denne strukturen, men blir fortsatt sett på som relevante fordi innhaldet gir eit viktig perspektiv knytt opp til problemstillinga (Dalland, 2012, ss. 79-80).

3.4.3 Etikk

Forskingsetikk inneberer planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning, der det er viktig å ivareta personvernet og sikre at forskingsresultata er truverdige. Det er viktig at enkeltpersonar integritet og velferd ikkje skal skje i kostnad av forskingas mål om å vinne ny kunnskap og innsikt. I denne oppgåva her det kontrollert at forskingsartiklane er etisk godkjent. Formålet med etisk komité er å ivareta både enkeltpersonar og samfunnet sine interesser innanfor forskingsfeltet (Dalland, 2012, ss. 96-98). I denne oppgåva vil det ikkje innehalde plagiat og kjeldene føl APA-stilen (Søk & Skriv, 2019).

4 RESULTAT

4.1 Samandrag av forskingsartiklar

Artikkel 1

Searching for self: The layers and labels of panic disorder: A New Zealand study (Hamer, McCallin, & Garrett, 2009)

Denne kvalitative studien frå Auckland i New Zealand er gjort av Hamer, McCallin & Garrett (2009). Målet med studien var å forstå deltakaranes perspektiv på panikkangst og korleis det påverkar livskvaliteten. Det vart gjort intervju av 10 kvinner og dataene ble analysert ved hjelp av tematisk analyse. Alderen til deltakarane var mellom 18-60 år, der åtte av deltakarane var identifisert som New Zealand Europearar og ei var både New Zealand Europear og Maori, og ei var bare Maori. Resultata viser at dei deltakarane hadde begrensa kunnskap om tilstanden sin, og at symptoma var skremmande og ga ei frykt for at det var noko alvorleg fysisk gale i kroppen. Meir kunnskap om forbindelsen mellom sinn og kropp førte til sjølvforståing hos deltakarane. Råd og informasjon både verbalt og skriftleg om symptom på panikkangst var verdifullt og nyttig for deltakarane. Studien belyste også at sjukepleiarane bør få grunnleggande opplæring i handtering av medisinske uforklarlege fysiske symptom. Det konkluderast med at viktigheita av psykososial vurdering og helseopplæring i sjukepleiepraksis er viktig for å fremme ein meir aktiv rolle for sjukepleiarar i pleie av menneskjer med dei hemmande plagene (Hamer, McCallin, & Garrett, 2009).

Artikkel 2

Effect of cognitive behavioral therapy for panic disorder in changing coping strategies (Wesner, et al., 2014).

Wesner, et al., (2014) sin kvantitative studie er gjort i Brasil, og har som mål å evaluere effekten av mestringsstrategier i kognitiv terapi hos pasientar med panikkangst samanlikna med personar utan psykiske lidningar. Deltakarane som deltok i denne studien var 48 pasientar med panikkangst og 75 personar utan psykiske lidningar som utførte ei 12 økts- kognitiv terapi protokoll med Folkman og Lazarus sin mestringsstrategi, Coping Strategies Inventory (CSI) før- og etter behandling. Resultata viste at pasientane med panikkangst hadde reduserte

panikkanfall og forventningsangst. I tillegg brukte pasientane betydeleg mindre konfrontasjons-, rømnings- og unngåelsesstrategiar etter kognitiv adferdsterapi. Det konkludertes med at meistringsstrategier utvikles individuelt. Dette er på bakgrunn av personelege erfaringar og ressursar, samt kognitiv utvikling (Wesner, et al., 2014).

Artikkel 3

Working alliance and competence as predictors of outcome in cognitive behavioral therapy for social anxiety and panic disorder in adults (Haug, et al., 2015)

Haug, et al., (2015) har gjort ein kvantitativ studie som er føretatt i Noreg og Sverige. Målet med denne studien var å sjå samanhengen mellom behandlingsrelasjonen og terapeuten sin kompetanse. Det var totalt 82 pasientar som deltok i studien, derav 51 pasientar med diagnosen sosial angst, og 31 pasientar med diagnosen panikkangst. Det vart gjort undersøkingar på om sjukepleiarens kompetanse er viktig, samt om dette kunne ha ein innverknad på sjukepleiaren og pasienten sin behandlingsrelasjon. Resultata viser at høg kompetanse hos sjukepleiaren tidlig i terapien ga eit bedre utfall, og at lavare kompetanse derfor gir eit dårlegare utfall hos pasientar med panikkangst. Det kjem også fram at ein sterk behandlingsrelasjon gir eit betre utfall hos pasientar med panikkangst. I tillegg viser studien at eit å ha stort fokus på behandlingsrelasjonen også seint i terapien ga eit betre utfall (Haug, et al., 2015).

Artikkel 4

What Makes a Quality Therapeutic Relationship in Psychiatric/Mental Health Nursing: A Review of the Research Literature (Dziopa & Ahern, 2009)

Dziopa & Ahern (2009) sin oversiktsartikkel legg stor vekt på korleis sjukepleiar kan skape ein terapeutisk relasjon til pasienten. Artikkelen har litteraturstudie som design, der det er gjort systematiske søk. Litteratursøket som ble gjort ga 31 forskningsstudier som var publisert mellom 1996 og 2008, der alle hadde forskjellige analysar, datainnsamling, prøvetaking og forskningsfokus I artikkelen kjem det fram kva pasientane ser på som viktig for å få ein god relasjon til sjukepleiaren.. Funna i studien viser til ni punkter som skal vere viktige for å kunne skape ein god terapeutisk relasjon. Dei ni punktene består av empati, gi støtte, vere tilstades, vere ekte, fremme likeheit, vise respekt, klare grenser og sjølvbevisstheit. Studien viser at alle punktene skapar saman ein god terapeutisk relasjon (Dziopa & Ahern, 2009).

Artikkel 5

Therapist Empathy and Client Outcome: An updated Meta-analysis (Elliott, Bohart, Watson, & Murphy, 2018)

Denne artikkelen er ein meta-analyse som er gjennomført av Elliott, Bohart, Watson, og Murphy (2018). Hensikten med denne studien er å forklare kva terapeutens empatiske rolle har å seie for pasientutfallet. Resultata i artikkelen viser at det er ingen haldepunkter for om terapeutar kan forutsjå pasientens eigne syn på problem, opplevingar eller sjølvoppfatning. Det påpeikes at terapeutar ikkje skal anta at dei er tankelesarar eller at deira oppleving av pasienten er lik på sjølve pasienten sin oppleving. Studien har identifisert ei rekke nyttige empatiske responser, der fleire presentertes i dei kliniske eksemplane. Gjennom det terapeuten fortel og gjer gjenspeilar empati seg i korleis terapeuten mottar, lyttar, respekterer og ivaretar pasienten. Det kjem også fram at empatiske responser krever at terapeutar kontinuerleg justerar sine forutsetningar og forståelsar, og ivaretar klientopplevelsen for å lette bevisstheten om nye følelser og perspektiver. Forskning har vist empati i å være sterkt korrelert med de andre relasjonelle forholda, anbefales terapeuter å tilby empati i sammenheng med positivt hensyn og vere ekte. Generelt har pasientane moderat betre resultater innen psykoterapi når terapeuten har evne til å kunne vise forståelse (Elliott, Bohart, Watson, & Murphy, 2018).

Artikkel 6

The therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: A narrative review of the perspective of nurses and patients (Moreno-Poyato, et al., 2016)

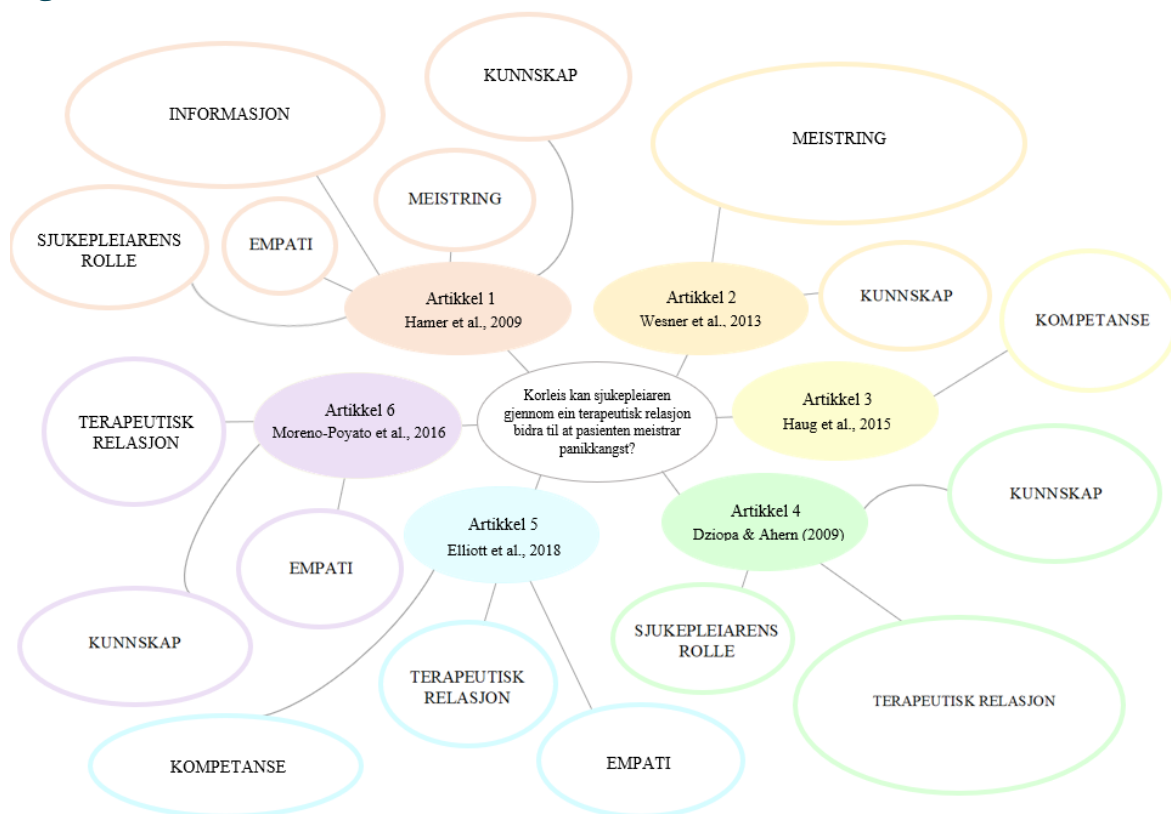
I denne studien er det gjort ein systematisk analyse av 48 artiklar som er gjennomført av Moreno-Poyato et al., (2016). Det blir nytta litteraturstudie som metode. Målet med denne studien er å studere betydninga av den terapeutiske relasjonen mellom sjukepleiar og pasientar på psykiatrisk sjukehus. I studien er det lagt vekt på både sjukepleiarane og pasientane sine synpunkt på kvarandre. Resultata i studien viser at mangelen på tid blir sett på som den største hindringen for å oppnå ein terapeutisk relasjon mellom sykepleiar og pasient. Også lite kunnskap og lite forståing ovanfor kvarandres roller gir negativ påverknad på den terapeutiske relasjonen. Både pasientane og sjukepleiarane i studien oppfatta terapeutisk relasjon som uforutsigbar, anspent, utfordrende, skremmende, regulerende og med mangel på privatliv. Det er likevel opp til sjukepleiarane å akseptere realiteten i situasjonen og jobbe

hardt for å sikre at det ikke medfører utrygghet i sjukehus- einheita. Det konkluderast med at auka kunnskap og felles forståing ovanfor kvarandre er nøkkelen til ein god terapeutisk relasjon (Moreno-Poyato, et al., 2016).

4.2 Samandrag av forskingsresultat

Alle artiklane har ulik hensikt og tilnærming, men skapar saman ein sterkare forståing i høve til problemstillinga. Alle forskingsresultata visar eit større bilete av den terapeutiske relasjonen mellom sjukepleiar og pasienten, som ser ut til å vere den viktigaste faktoren som kan bidra til å meistre panikkangst. Ein avgjerande faktor for den terapeutiske relasjon, er empati. Fleire av artiklane belysar viktigheita av å forstå pasienten, og at dette er med på å fremje positive resultat i pasientens behandling. Pasientar med panikkangst har sterke kroppslege symptom, som kan vere skremmande dersom ein ikkje har nok kunnskap om kva panikkangst inneberer. Nokre resultat viser at det er for lite kunnskap rundt panikkangst hos pasientar, men også sjukepleiarar. Fleire hovudfaktorar som går igjen i artiklane er; sjukepleiarens rolle, kompetanse, informasjon, kunnskap, terapeutisk relasjon, empati og meistring, slik det viser i figuren nedanfor. Sjå også [Vedlegg 7](#) for meir utfyllande innhald.

Figur 1



(Hamer et al., 2009; Wesner et al., 2013; Haug et al., 2015; Dziopa & Ahern, 2009; Elliott et al., 2018; Moreno-Poyato et al., 2016)

5 DRØFTING

I dette kapittelet blir det drøfta funn frå forskning knytt opp mot relevant litteratur, pensum og egne erfaringar til følgjande problemstilling: *Korleis kan sjukepleiar gjennom ein terapeutisk relasjon bidra til at pasienten meistrar panikkangst?*

5.1 Forståinga av lidinga

5.1.1 Sjukepleiarens kunnskap rundt panikkangst

Studien til Hamer, McCallin & Garrett (2009) viser at det er manglande kunnskap om panikkangst hos sjukepleiarar, sjølv om lidinga er eit kjent fenomen. I undersøkinga viser det seg at sjukepleiarar burde få meir opplæring rundt panikkangst. Hummelvoll (2012, s. 164) påpeikar at for å hjelpe menneskjer med panikkangst, må sjukepleiar ha kunnskap om panikkangst. Det betyr at for å kunne bidra til at pasienten meistrar sin panikkangst, er det først og fremst viktig at sjukepleiaren har kunnskap om kva panikkangst faktisk inneberer. Ein kan dermed stille seg spørsmål til kva som gjer at sjukepleiarane har manglande kunnskap? På den eine sida er panikkangst ein psykisk liding med mange kroppslege symptom, noko som gjer det vanskeleg å avgjere om det er ein alvorleg sjukdom eller «bare» ein kroppsleg ufarleg reaksjon. Mange av dei fysiske symptomona som blant anna brystmerter, pustevanskar og nummenheit kan vere like på nokre alvorlege somatiske sjukdommar, slik som hjerteinfarkt eller hjerneslag, og kan derfor mistolkast. På den andre sida er det likevel viktig at sjukepleiaren klarar å skilje mellom angst symptomona og alvorlege symptom med kunnskapen ein innehar. Det kan ha seg at sjukepleiarar har noko kunnskap om panikkangst, men ikkje nok. Derfor bør sjukepleiarar setje seg inn i kva panikkangst inneberer, på bakgrunn av alle dei kroppslege reaksjonane som oppstår. Ein kan tenkje seg at dersom sjukepleiaren blir godt kjent med pasientens fysiske symptom på angst, vil det kunne vere enklare å sjå etter angstteikna. Sjukepleiaren har rikeleg med kunnskap om kroppens reaksjonar, spesielt på ulike alvorlege akutte symptom, til dømes pustevanskar. Ut frå egne erfaringar i klinisk praksis, kunne pasientar vere høglydt og skrike om å ikkje få puste, noko som var eit godt teikn på at pasienten fekk puste, på grunn av at ein trekk inn mykje luft for å ha kraft til å kunne skrike eller vere høglydt.

5.1.2 Informasjon og undervisning til pasienten

Eit av funna i artikkelen til Hamer, McCallin & Garrett (2009) var at pasientane hadde for lite kunnskap omkring sin eigen tilstand, noko som førte til auka bekymring og redsel om at det var noko gale med kroppen. Vidare i artikkelen kjem det fram at det er viktig at sjukepleiaren hjelper pasienten til å forstå kroppens respons på stress og helseangst, samt dei psykiske- og fysiske plagene (Hamer, McCallin, & Garrett, 2009). Desse funna støttes av fleire relevante kjelder (Hummelvoll, 2012, s. 166; Thingnæs, 2018, s. 11; Eide & Eide, 2017, s.218; Travelbee, 1999, s. 34-35). Hummelvoll (2012, s. 166) understrekar at dei fysiske symptoma på panikkangst er såpass mangfaldige og til dels dramatiske slik at pasienten har behov for kunnskap om angstlidninga og verknadane av den. Med andre ord å gi informasjon om kva som skjer, og kvifor dette skjer. Thingnæs (2018, s. 11) forklarar at det er viktig med ei god beskriving av angst og dei ulike angstlidningane for at pasienten skal kunne forstå sin eigen lidning. Sjukepleiarens oppgåve er derfor å formidle sin kunnskap til pasienten gjennom informasjon. Målet med informasjon er at pasienten skal kunne meistre situasjonen betre, samt bli så sjølvhjelpen som mogleg (Eide & Eide, 2017, s. 218). Travelbee (1999, ss. 34-35) forklarar at kjernen i all helsefremjande undervisning er å hjelpe sjuke menneskjer til å finne meining i sjukdommen og dei tiltaka som må setjast i verk for å bevare helsa og kontrollere symptoma. Samtidig påpeikar Hummelvoll (2012, s. 166) at det er viktig å at symptoma blir sjekka ut hos lege for å utelukke somatisk sjukdom, slik det blei framheva i studien til Hamer, McCallin & Garrett (2009).

5.2 Utviklinga av den terapeutiske relasjonen

5.2.1 I møte med heile mennesket

Dziopa & Ahern (2009) understrekar i sin studie at for å utvikle ein god terapeutisk relasjon mellom sjukepleiaren og pasienten, må pasienten først og fremst føle seg trygg og komfortabel. I undersøkinga til Moreno-Poyato et al (2016) viser det seg at sjukepleiarane og pasientane har negative førestillingar ovanfor kvarandre, noko som ga utrygge omgivningar og påverka den terapeutiske relasjonen negativt. For ein vellykka behandling av panikkangst, er det heilt avgjerande med tryggheit og tillit mellom sjukepleiaren og pasienten (Thingnæs, 2018, s. 48). Likevel påpeikar Travelbee (1999, s. 186) at i det første og innleiande møtet mellom sjukepleiaren og pasienten, vil nok begge partar observere og danne seg meiningar

om kvarandre. Både sjukepleiaren og pasienten møter vanlegvis med stereotypiske førestillingar om kvarandre. Samtidig er det viktig at sjukepleiaren og pasienten blir kjent med kvarandre som menneskjer, som to unike individ, og ikkje ut i frå dei stereotypiske førestillingane (Travelbee, 1999, s. 186).

Fleire funn viser at det er nødvendig å leggje av god tid til pasienten og at sjukepleiaren skal vere tilgjengeleg (Dziopa & Ahern, 2009; Moreno-Poyato, et al, 2016) Dziopa & Ahern understreker i sin studie at å vere tilgjengeleg og ha tid til pasienten er viktig for å danne ein god terapeutisk relasjon. Personar med panikkangst er i ein sårbar og usikker situasjon, og treng derfor god tid til å byggje opp ein relasjon med sjukepleiaren (Thingnæs, 2018, s. 48). Eit av dei største funna i artikkelen til Moreno-Poyato, et al., (2016) er at mangel på tid er den største hindringa i den terapeutiske relasjonen, fordi pasientane får for lite tid til å samarbeide med sjukepleiarane. Dette førte til at pasientane følte seg som eit objekt eller eit problem som skulle «fiksast» av sjukepleiarane (Moreno-Poyato, et al., 2016). Røkenes & Hanssen (2012, s. 18) forklarar at dette kan skje dersom sjukepleiaren kun einssidig støtter seg til teoriar, rutinar og metodar som er retta mot pasienten sin adferd, blir pasienten redusert til eit objekt, noko som skapar ein avstand mellom sjukepleiaren og pasienten. Ein profesjonell og dyktig sjukepleiar derimot, skal møte heile menneskje gjennom samhandling som bidrar til tillit, trygghet, respekt, openheit og annarkjenning. Som også er med på å fremje sjølvstendigheit og medverknad hos pasienten (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 18). Travelbee (1999, s. 45) beskriver noko tilsvarande at dersom sjukepleiaren kun tar i bruk sin vitskapelege innsikt og enorme kunnskap utan å vere medmenneske, vil sjukepleiaren dermed møte den sjuke som eit objekt og ikkje som eit menneskje. Travelbee (1999, s. 188) belysar at i den andre fasen i menneske-til-menneske-forholdet, vil sjukepleiaren til ei viss grad kreve evne til å overskride sjølvet for å sjå og oppfatte den sjuke, samt at sjukepleiaren brukar seg sjølv som eit instrument for å få til dette. Med andre ord må sjukepleiaren gi av seg sjølv for å kunne bidra til at den terapeutiske relasjonen blir god.

5.2.2 Samarbeid i den terapeutiske relasjonen

For å kunne oppnå ein terapeutisk relasjon er det nødvendig med eit godt samarbeid for at pasienten skal kunne meistre sin panikkangst. Det ser ut til at sjukepleiarane i studien til Moreno-Poyato et al (2016) har lite kunnskap om samarbeid og kva dette inneberer. Både pasienten og sjukepleiaren har eit ansvar for at samarbeidet i den terapeutiske relasjonen skal

fungerer. Likevel er det sjukepleiaren som er ein kunnskapsrik fagperson, og har derfor eit større ansvar for å leggje til rette og sikre at den terapeutiske relasjonen mellom sjukepleiaren og pasienten får eit grunnlag av trygghet og tillit (Thingnæs, 2018, s. 49). Studien til Dziopa & Ahern (2009) poengterar at det er grunnleggjande faktorar for å fremje eit godt samarbeid i ein terapeutisk relasjon. Dei grunnleggjande faktorane blir skapt gjennom å ha ein vennskapeleg relasjon som byggjer på at sjukepleiaren gjennom verbal- og non verbal kommunikasjon, er open og ærleg, samt delar sine eigne livserfaringar for at pasienten skal bli tryggare til å kunne dele sin eigne opplevingar (Dziopa & Ahern, 2009). Sjukepleiaren skal likevel passe på å ikkje dele for private opplysningar til pasienten (Thingnæs, 2018, s. 54). Travelbee (1999, s. 45) understrekar at å bruke seg sjølv terapeutisk ikkje må bli forveksla med vennlegheit, men må kombinerast med ein disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til pasienten. I tillegg til at det er ein kunst og ein vitskap å bruke seg sjølv terapeutisk fordi det krevjer disiplin, sjølvinnsikt, empati, logikk og medkjensle (Travelbee, 1999, s. 45).

Humor er også ein viktig faktor i den terapeutiske relasjonen i følgje studien til Dziopa & Ahern (2009). Thingnæs (2018, s. 87) støttar denne påstanden, og beskriv at humor i form av smil og latter kan hjelpe til å mestre vanskelege situasjonar. Humor kan dempe stress og gir pågangsmot til meistring, samt at det gir ein kjensle av fellesskap og styrkar kontakten mellom menneskjer. Likevel bør sjukepleiaren passe på at ein brukar humoren på rett måte. Vi er alle forskjellige, og har derfor også forskjellig humor som kan bli mottatt på ein krenkande måte, dersom ein ikkje «tar» humoren til den andre. Ein føresetnad er derfor at ein prøvar å skilje mellom passande og upassande humor. I tillegg kan ein tenkje seg at sjukepleiaren bør bli kjent med pasienten, og lære å kjenne pasientens form for humor (Thingnæs, 2018, ss. 87-88).

5.2.3 Betydinga av å forstå

Fleire studiar kastar lys over at den terapeutiske relasjonen er viktig for utfallet av pasientens behandling, der ein av dei viktigaste faktorane er empati (Hamer, et al., 2009; Haug, et al., 2015; Dziopa & Ahern, 2008; Elliot, et al., 2018). Travelbee (1999, s. 193) forklarar at det tredje leddet i menneske-til-menneske-forholdet er empati, som er opplevinga av å forstå der begge partane erkjenner at noko meiningsfylt blir formidla. Renolen (2015, s. 210) påpeikar at forskning har vist at betydninga av empati har ein lindrande effekt, men kan også ha ein helande effekt på pasienten. Nokre av funna viser likevel at pasientane ikkje føler seg forstått

(Hamer et al., 2009; Elliott et al., 2018; Moreno-Poyato, et al., 2016). I studien til Elliott, et al., (2018) blir det påpeika at empati ikkje blir effektiv når sjukepleiaren ikkje er ekte eller tar hensyn til pasienten. På den eine sida kan det vere veldig godt for pasienten å føle seg forstått av andre i sin sårbare situasjon (Snoek & Engedal, 2017, s. 107). Dziopa & Ahern (2009) belyser i sin studie at empati er avgjerande for den terapeutiske relasjonen, og at eit av kjerneelementa i forståinga er aktiv lytting. Aktiv lytting inneberer ikkje berre å høyre på pasienten, men er også vere oppmerksom og vise interesse for det pasienten har å fortelje. I tillegg til å reflektere, avklare, oppsummere og ha augekontakt er essensielle for at sjukepleiaren skal kunne forstå pasienten (Dziopa & Ahern, 2009). På den andre sida er det viktig at sjukepleiaren huskar på at det ikkje alltid berre har sine fordelar at andre forstår pasienten sin tilstand. Å kome med støttande og velmeinte råd som er basert på sjukepleiarens erfaring, kan faktisk bli ein belastning for pasienten. Sjukepleiaren bør derfor passe seg for å sjå for mykje av seg sjølv i pasienten (Snoek & Engedal, 2017, s. 107). I tillegg kan det vere viktig å påpeike at sjølv om sjukepleiaren visar forståing ovanfor pasienten gjennom empati, treng ikkje sjukepleiaren nødvendigvis vere einig i alt pasienten fortel. Samtidig skal ikkje sjukepleiaren la sine egne ønsker, behov og meiningar stå i veien for pasienten (Thingnæs, 2018, s. 52).

5.3 Saman i møte med angsten

5.3.1 Under panikkanfallet

Nokre av funna visar at det er viktig at sjukepleiar er tilgjengeleg og tar seg god tid til pasienten (Dziopa & Ahern, 2009; Moreno-Poyato, et al., 2016). Spesielt under eit panikkanfall er det viktig at sjukepleiaren står saman med pasienten i møte med angsten, slik at pasienten ikkje står i situasjonen åleine. Eit panikkanfall kan vare mellom 10-20 minuttar, men kan likevel føles som ein evigheit for personen som opplev det (Hummelvoll, 2012, s. 165). Travelbee (1999, s. 200) hevar fram at det fjerde leddet i menneske-til-menneske-forholdet er sympati og medkjensle, som er eit utspring frå empatiprosessen. Gjennom sympati og medkjensle blir sjukepleiaren i stand til å forstå pasienten sine plagar og har eit ønskje om å lindre eller avhjelpe situasjonen (Travelbee, 1999, s. 200). Psykolog Torkild Berge, har teke del i Helmers (2018) sin nyheitsartikkel inne på sykepleien.no, der han delar egne råd til sjukepleiarar om korleis ein skal handtere plutslege panikkanfall hos pasientar.

Han påpeikar at å informere, bevare roen og å vere saman med pasienten er viktige element som sjukepleiaren tar i bruk for å gjere situasjonen mindre skremmande. Samtidig er empati ein viktig faktor, ved å vise forståing for at pasienten er redd og skremd (Helmers, 2018). Hummelvoll (2012, s. 164) støttar Berge sine påstandar, og framhev at eit panikkanfall ofte kan vere dramatisk og kaotisk. Det kan derfor vere lurt å oppmuntre pasienten til å setje seg ned, samt sørge for at omgivnadane rundt er rolege og at ytre stimuli er redusert (Hummelvoll, 2012, ss. 164-165). I tillegg påpeikar Hummelvoll (2012) at det er viktig at sjukepleiaren er klar over både sin verbale- og non verbale kommunikasjon, ved å ha eit roleg tonefall, bruke korte og enkle setningar, samt svare på konkrete spørsmål som pasienten kan stille. Veldig ofte er eit av symptoma under eit panikkanfall, hyperventilering. Når pasienten hyperventilerer, går pusten så fort at kroppen får for mykje O₂, noko som kan gjer pasienten svimmel. Sjukepleiaren kan då anbefale at pasienten pustar i ein pose, eller at sjukepleiaren ta rolege åndedrag saman med pasienten (Hummelvoll, 2012, s. 165).

Som nemnt tidlegare er informasjon eit viktig reiskap for å hjelpe pasienten til å forstå kva som skjer og kvifor dei intense symptoma oppstår i situasjonen, slik det blir belyst i studien til Hamer, McCallin & Garrett (2009). Gjennom å forklare kvifor alle dei dramatiske symptoma oppstår, kan situasjonen bli mindre skremmande for pasienten (Hummelvoll, 2012, ss. 165-166). Ut frå egne erfaringar i praksis, kan ein likevel stille seg kritisk til at informasjon skal hjelpe når pasienten har panikk. Dette er fordi pasienten ikkje nødvendigvis tar til seg det som vart sagt av sjukepleiaren når panikkangstet står på for fullt. Situasjonen kan ofte vere veldig kaotisk, og det vil derfor vere vanskeleg å nå inn til pasienten.

5.3.2 Støtte til meistring

Ved å ha bygd opp grunnlaget for ein god terapeutisk relasjon, er det lettare for sjukepleiaren å legge til rette for at pasienten meistrar panikkangstet. I studien til Haug, et al., (2015) kjem det nemleg fram at ein sterk behandlingsrelasjon, samt høg kompetanse hos sjukepleiaren, vil gi eit betre utfall for pasientar med panikkangst. Thingnæs (2018, s. 11) forklarar at det er vanlig at det oppstår ei symptomforverring hos pasienten i oppstartsfasen av behandlinga, derfor er det viktig at sjukepleiaren er forberedt på at uventa panikkanfall kan oppstå. Pasientar med panikkangst er ofte redd for nye panikkanfall, derfor må sjukepleiaren motivere

pasienten til å meistre dei eventuelle panikkanfalla som kan oppstå. Eide & Eide (2017, s. 56) forklarar at motiverande vegleing kan vere med å bidra til at pasientens meistringskjensle vart styrka. Thingnæs (2018, s. 44) understreker likevel at i ei vellykka behandling av panikkangst, er det viktig at pasienten er motivert. Det betyr at pasienten dersom pasienten ikkje er motivert, kan det påverke behandlinga og at pasienten ikkje klarar å meistre panikkangsten. Likevel har personar med panikkangst som oftast erkjent at dei treng hjelp, og har antakeleg eit ønskje om å få hjelp til endring då symptoma og problema blir for store (Thingnæs, 2018, ss. 44-45).

I artikkelen til Wesner, et al., (2014) vart det nytta Folkman og Lazarus sine meistringsstrategiar, der utfallet viste ein reduksjon av panikkanfall og forventningsangst. Kristoffersen (2016, s. 253) belyser at Lazarus sin meistringsmodell er eit reiskap sjukepleiaren kan ta i bruk ved å identifisere faktorar som er av betydning for pasientens kognitive vurdering, og deretter setje i gang tiltak for å påverke desse faktorane (sjå [Vedlegg 8](#)). Eit eksempel kan vere at sjukepleiaren oppdagar at pasienten har mangelfull kunnskap om kva som er gale i kroppen. I dette tilfellet er informasjon ein faktor som kan påverke pasientens kognitive vurdering. Ved at sjukepleiaren påverkar faktorar som har betydning for pasienten sin kognitive vurdering, både primærvurdering og sekundærvurdering, kan sjukepleiaren bidra til at pasienten meistrar sin situasjon betre gjennom å velje ein aktiv og problemorientert meistringsstrategi framfor ein emosjonelt orientert strategi (Kristoffersen N. J., 2016, ss. 253-254). Travelbee (1999, s. 5) framhev at sjukepleiaren skal ikkje ha handlingar som eit mål, men ta i bruk handlingane som eit middel for å hjelpa eit anna menneskje. Det er viktig å understreke at sjukepleiarens oppgåve ikkje er å utføre meistringsarbeidet for pasienten, men å medverke til at pasienten lykkast med å meistre sine utfordringar. Dette inneberer å gi pasienten praktisk bistand, informasjon og kunnskap, samt motivere pasienten til å oppnå meistring ved å kome i gang og gjennomføre det daglege meistringsarbeidet. I følgje Hamer., et al (2009) viser det seg at pasientane får styrken til å meistre panikkangst på eigenhand gjennom å ha fått god informasjon og helseopplæring frå sjukepleiar. Å stimulere pasientens motivasjon skjer i stor grad gjennom kommunikasjon (Eide & Eide, 2017, s. 48). Travelbee (1999, s. 211) forklarar at det siste leddet i menneskje-til-menneskje-forholdet er gjensidig forståing og kontakt, som står for erfaringa som sjukepleiaren og den sjuke er saman om. I dette tilfellet er sjukepleiar og pasient saman om å meistre panikkangst med den terapeutiske relasjonen som grunnlag.

6 AVSLUTTING

I denne oppgåva er det drøfta både pensum, relevant litteratur og forskning knytt opp til den valte problemstillinga. I tillegg er egne erfaringar nemnt knytt opp til drøftinga. Joyce Travelbee sin sjukepleieteori står sentralt gjennom heile oppgåva, og er med på å styrkje oppgåvas innhald (Travelbee, 1999). Forskingsartiklane har alle ulik tilnærming, men alle artiklane gir ulike perspektiv som saman er med på å fargeleggje problemstillinga. Faktorar som går att i forskingsartiklane er terapeutisk relasjon, panikkangst og meistring. I fleire av resultata kjem det fram at trygghet og tillit, kommunikasjon, samarbeid, vere tilgjengeleg, empati og humor, samt kunnskap og informasjon gir eit fastare grunnlag for å få ein god terapeutisk relasjon. Ein god terapeutisk relasjon er derfor eit viktig verkemiddel som kan bidra til at pasienten sjølv klarar å meistre sin panikkangst. Sjukepleiarar sin kunnskap og kompetanse er viktig å ha med inn i psykiatrien, spesielt til ein slik type psykisk lidning med så mange ulike kroppslege symptom. Kunnskap og informasjon er også to viktige element i behandlinga av panikkangst. Framtidig forskning bør forske på den terapeutiske relasjon mellom sjukepleiar og pasient, og kva påverknad denne typen relasjon har for ein pasient med panikkangst. Etter å ha arbeida med denne oppgåva, er det klarare kva sjukepleiar eg ønskjer å bli. Eg har lært kor stor påverknadskraft kommunikasjon har både verbalt og non verbalt, og at det kan lindre eller hele ei lidning. Det viktigaste eg har lært gjennom denne oppgåva er at vi er alle ulike, men at det vi alle har til felles å vere unike menneskje, noko eg skal ta med meg vidare inn i mitt framtidige sjukepleiaryrke.

7 REFERANSAR

- Bugge, P. (2018). Angstlidelser. I T. F. Aarre (Red.), *Psykiatri for helsefag* (2. utg., ss. 163-198). Bergen: Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dziopa, F., & Ahern, K. (2009, April 1). What makes a quality therapeutic relationship in psychiatric/mental health nursing: a review of the research literature. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, ss. 1-9. Henta frå ispub.com:
<http://ispub.com/IJANP/10/1/7218>
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner - personorientering, samhandling og etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist Empathy and Client Outcome: An Updated Meta-analysis. *Psychotherapy*, ss. 399-410.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/pst0000175>
- Folkehelseinstituttet. (2009, Oktober). *Folkehelseinstituttet*. Henta frå fhi.no:
<https://www.fhi.no/publ/eldre/psykiske-lidelser-i-norge-et-folkeh/>
- Folkehelseinstituttet. (2019, September 24). *Fhi - folkehelseinstituttet*. Henta Mars 2, 2020 frå fhi.no: <https://fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/angst/>
- Hamer, H. P., McCallin, A. M., & Garrett, N. (2009). Searching for self: The layers and labels of panic disorder: A New Zealand study. *Nursing and Health Sciences*, ss. 51-57.
doi:doi: 10.1111/j.1442-2018.2009.00430.x
- Haug, T., Nordgreen, T., Öst, L.-G., Tangen, T., Kvale, G., Hovland, O. J., . . . Havik, O. E. (2015, Februar 3). Working alliance and competence as predictors of outcome in cognitive behavioral therapy for social anxiety and panic disorder in adults. *Behaviour Research and Therapy*, ss. 40-51. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.004>
- Høgskulen på Vestlandet. (u.d.). *Høgskulen på Vestlandet*. Henta frå hvl.no:
<https://www.hvl.no/sok/?query>

- Helmers, A.-K. B. (2018, Mars 25). *Slik møter du angsten: Nødhjelp ved panikkanfall*. Henta frå sykepleien.no: <https://sykepleien.no/2018/03/nodhjelp-ved-panikkanfall>
- Helsebiblioteket.no. (2016, Juni 3). *helsebiblioteket.no*. Henta frå <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Bind 3 Grunnleggende Sykepleie - Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., ss. 237-294). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleie - kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Bind 1 Grunnleggende Sykepleie - sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., ss. 139-191). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Bind 3 Grunnleggende sykepleie - pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., ss. 15-80). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Moreno-Poyato, A. R., Montesó-Curto, P., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R., . . . Roldán-Merino, J. F. (2016, Mars 8). The Therapeutic Relationship in Inpatient Psychiatric Care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, ss. 782-787. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2016.03.001>
- Norsk Helseinformatikk. (2018, Juni 6). *nhi.no*. Henta frå nhi.no: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/angsttilstander/panikk lidelse-oversikt/>
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller bryte* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Søk & Skriv. (2019, Oktober 2). *Søk og skriv*. Henta frå sokogskriv.no: <https://sokogskriv.no/kildebruk-og-referanser/referansestiler/apa-6th/>

- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Snoek, J. E., & Engedal, K. (2017). *Psykiatri for helse- og sosialfagutdanningene* (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Thingnæs, G. (2018). *Mestringsbok angstlidelser - tenk om - tenk hvis*. Stavanger: Hertevig Forlag Akademisk.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (K. M. Thorbjørnsen, Omset.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wesner, A. C., Behenck, A., Finkler, D., Beria, P., Guimarães, L. S., Manfro, G. G., . . . Heldt, E. (2014). Effect of cognitive-behavioral group therapy for panic disorder in changing coping strategies. *Comprehensive psychiatry*, ss. 87-92.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.06.003>

8 VEDLEGG

Vedlegg 1

Artikkel	Hensikt	Metode	Utval	Resultat	Konklusjon
<i>Searching for self: The layers and labels of panic disorder: A New Zealand study</i> (Hamer, McCallin, & Garrett, 2009)	Målet med studien er å forstå pasientar sitt perspektiv på panikkangst og korleis det påverkar deira livskvalitet	Studien nyttar seg av ein kvalitativ metode.	10 kvinnelege mellom 18-60 år deltakarar blei intervjuar og dataene blei analysert ved hjelp av tematisk analyse.	Resultata viser at det var begrensa kunnskap om panikkangst hos pasientar, men også hos helsepersonell.	Det konkluderes med at det er nødvendig at sjukepleiarane gir skriftleg og verbal informasjon for at pasientane skal forstå kva panikkangst inneberer. Sjukepleiarane burde få meir opplæring rundt medisinske uforklarlege symptomer.

Vedlegg 2

Artikkel	Hensikt	Metode	Utval	Resultat	Konklusjon
<i>Effect of cognitive behavioral therapy for panic disorder in changing coping strategies</i> (Wesner, et al., 2014)	Målet var å evaluere effekten av meistringsstrategier i kognitiv terapi hos pasientar med panikkangst samanlikna med personar utan psykiske lidningar.	Studien nyttar ein kvantitativ metode.	48 pasientar med panikkangst og 75 personar utan psykiske lidningar, utførte ei 12 økts-kognitiv terapi protokoll med Folkman og Lazarus sin meistringsstrategi mellom 2006 og 2009, Coping Strategies Inventory (CSI) før- og etter kognitiv adferdsbehandling	Funna viser at behandlinga var effektiv for å redusere alvorlegheitsgraden av panikkangst i alle resultatmål. Både adaptive meistringsstrategiar og CSI ga ein reduksjon i panikkanfall og forventningsangst.	Det konkluderast med at psykososiale intervensjonar er potensielt nyttige for å utvikle meistringsstrategiar.

Vedlegg 3

Artikkel	Hensikt	Metode	Utval	Resultat	Konklusjon
<i>Working alliance and competence as predictors of outcome in cognitive behavioral therapy for social anxiety and panic disorder in adults</i> (Haug, et al., 2015)	Målet med denne studien var å sjå samanhengen mellom behandlingsrelasjonen og terapeuten sin kompetanse.	Studien nyttar ein kvantitativ metode.	Det var totalt 82 pasientar som deltok i studien, derav 51 pasientar med diagnosen sosial angst, og 31 pasientar med diagnosen panikkangst.	Resultata viser at ein sterk behandlingsrelasjon, samt høg kompetanse hos sjukepleiaren tidlig i terapien ga eit betre utfall, og at lavare kompetanse derfor gir eit dårlegare utfall hos pasientar med panikkangst.	Det viser seg at sjukepleiaren kompetanse i behandlingsrelasjonen gir ulikt utfall ut frå den fasen ein står i, i behandlinga.

Vedlegg 4

Artikkel	Hensikt	Metode	Utval	Resultat	Konklusjon
<i>What Makes a Quality Therapeutic Relationship in Psychiatric/Mental Health Nursing: A Review of the Research Literature</i> (Dziopa & Ahern, 2009)	Hensikten er å vise korleis sjukepleiar kan skape ein terapeutisk relasjon til pasienten, samt vise pasientane sine synspunkt på kva ein god relasjon til sjukepleiaren går ut på.	Artikkelen har litteraturstudie som design, der det er gjort systematiske søk.	Litteratursøket som ble gjort ga 31 forskningsstudier som var publisert mellom 1996 og 2008, der alle hadde forskjellige analysar, datainnsamling, prøvetaking og forskningsfokus	Funna i studien viser til ni punkter som skal vere viktige for å kunne skape ein god terapeutisk relasjon. Dei ni punktene består av empati, gi støtte, vere tilstades, vere ekte, fremme likeheit, vise respekt, klare grenser og sjølvbevisstheit.	Utviklinga av ein terapeutisk relasjon har desse ni punkta som eit rammeverk, og alle punkta bidrar til høg kvalitet av den terapeutiske relasjonen.

Vedlegg 5

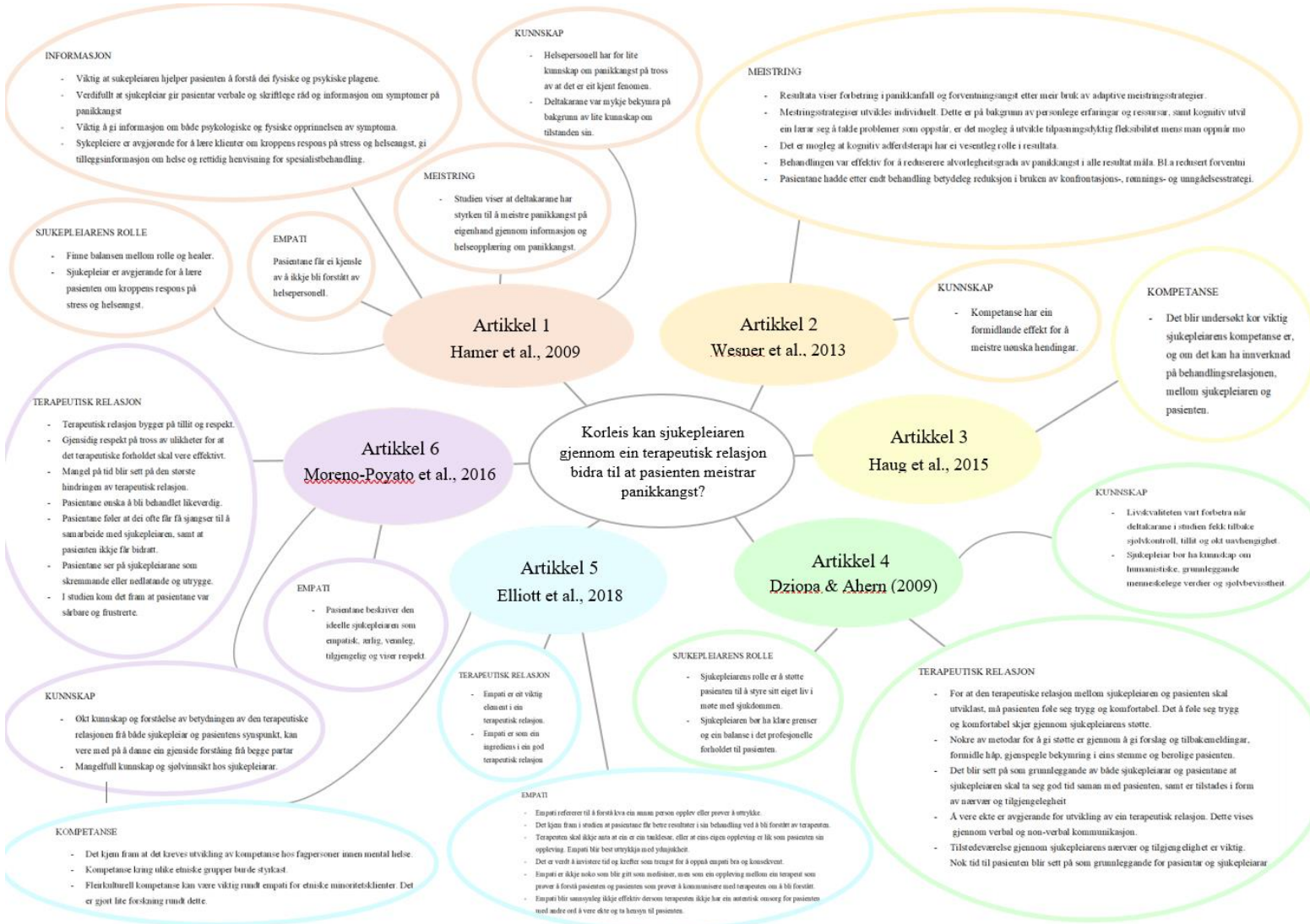
Artikkel	Hensikt	Metode	Utval	Resultat	Konklusjon
<i>Therapist Empathy and Client Outcome: An updated Meta-analysis</i> (Elliott, Bohart, Watson, & Murphy, 2018)	Hensikten med denne studien er å forklare kva terapeutens empatiske rolle har å seie for pasientutfallet.	-Metaanalyse som metode med god systematisk oversikt rundt empati.	Studien har identifisert ei rekke nyttige empatiske responser frå over 80 studiar.	Funna viser ei rekke nyttige empatiske responser, der fleire presentertes i dei kliniske eksemplane. Gjennom det terapeutens fortel og gjer gjenspeilar empati seg i korleis terapeutens mottar, lyttar, respekterer og ivaretar pasienten.	Generelt har pasientane moderat betre resultater innen psykoterapi når terapeuten har evne til å kunne vise forståelse.

Vedlegg 6

Artikkel	Hensikt	Metode	Utval	Resultat	Konklusjon
<i>The therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: A narrative review of the perspective of nurses and patients</i> (Moreno-Poyato, et al., 2016)	Målet med denne studien er å studere betydninga av den terapeutiske relasjonen mellom sjukepleiar og pasientar på psykiatrisk sjukehus.	Det blir nytta litteraturstudie som metode, der det blei gjort systematiske søk i databasane SCOPUS, PubMed og CINAHL.	Utvalet bestod av 48 artiklar.	Resultata i studien viser at mangelen på tid blir sett på som den største hindringen for å oppnå ein terapeutisk relasjon mellom sykepleiar og pasient. Også lite kunnskap og lite forståing ovanfor kvarandres roller gir negativ påverknad på den terapeutiske relasjonen.	Det blir konkludert med at auka kunnskap og felles forståing ovanfor kvarandre er nøkkelen til ein god terapeutisk relasjon.

Vedlegg 7

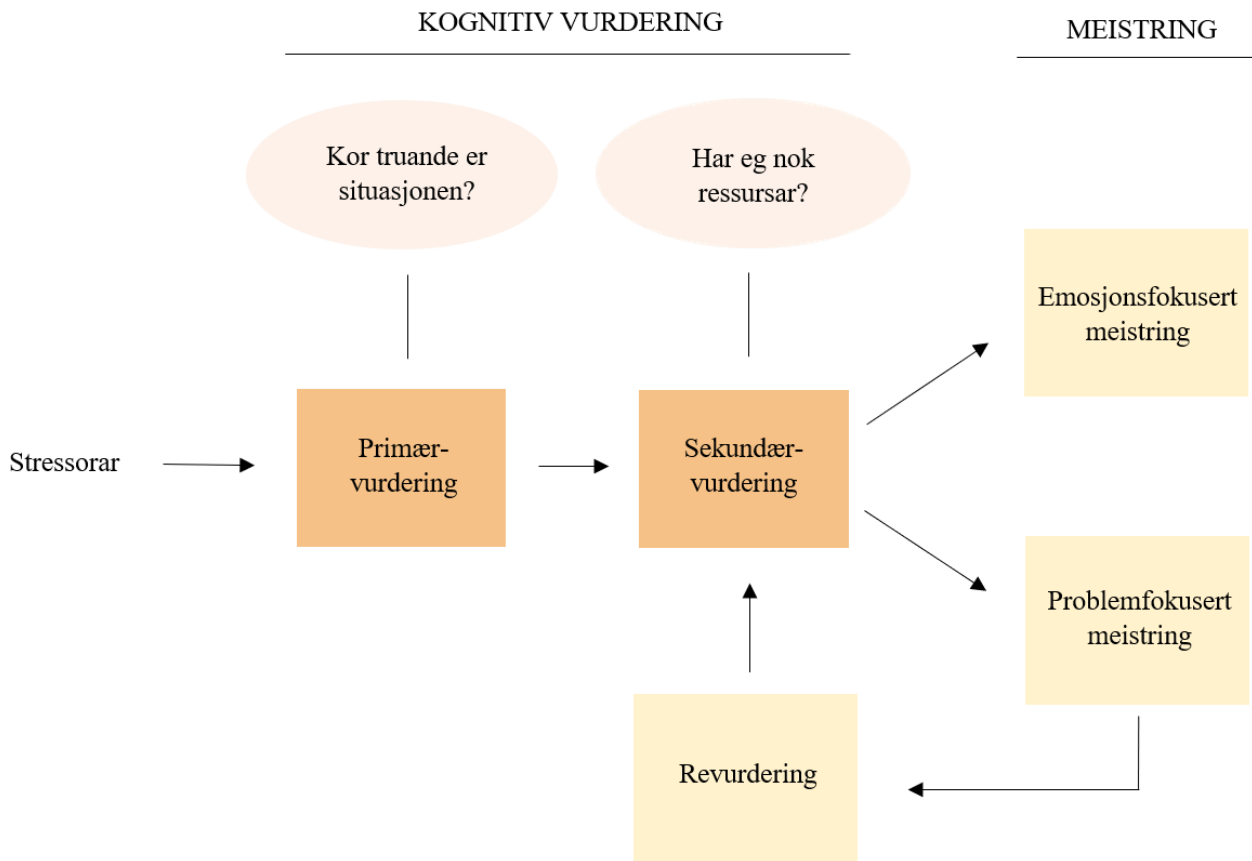
Arbeidsprosess av forskingsresultat:



(Hamer et al., 2009; Wesner et al., 2013; Haug et al., 2015; Dzioni & Ahern, 2009; Elliott et al., 2018; Moreno-Poyato et al., 2016)

Vedlegg 8

Lazarus & Folkmanns stressmeistringsmodell:



(Renolen, 2015, s. 170)