

Avsluttende eksamen i sykepleie

Bachelor-oppgave

Hvordan kan sykepleierens kommunikasjonsferdigheter bidra til at pasienten opplever trygghet og tillit ved en akutt sykehusinnleggelse?



Høgskolen i Gjøvik

Seksjon for sykepleie, mai 2011

Antall ord:9678

Sammendrag

OPPGAVE/eksamen SPL 3902 Dato: 09.05.2011

Norsk tittel: Hvordan kan sykepleierens kommunikasjonsferdigheter bidra til at pasienten opplever trygghet og tillit ved en akutt sykehusinnleggelse?

Oppgaven er en litteraturstudie der vi har sett på hvordan sykepleier kan benytte seg av sine kommunikasjonsferdigheter for å sikre at pasienten opplever en relasjon bygget på tillit og trygghet ved en akutt sykehusinnleggelse. I teoridelen har vi skrevet litt om faget sykepleie og verdigrunnlaget, videre har vi belyst Joyce Travelbees sykepleiefilosofi og Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Vi har lagt vekt på temaer som kommunikasjon, kommunikasjonsferdigheter og teknikker. Videre har vi drøftet hvordan sykepleieren ved hjelp av disse ferdighetene og teknikkene kan skape tillit og trygghet hos pasienten ved en akutt sykehusinnleggelse.

Nøkkelord: Kommunikasjon, trygghet, tillit, Joyce Travelbee, Kari Martinsen, omsorg, empati.

Engelsk tittel: How can the nurse's communication skills help to ensure that patient's feelings of safety and trust in an acute hospital admission?

This paper is a literature study where we looked at how nurses can use their communication skills to ensure that the patient experiences a relationship built on trust and confidence in an acute hospitalization. In the theory section we have written a little about the subject nursing and valuation, we have further elucidated Joyce Travelbee nursing philosophy and Kari Martinsens caring philosophy. We have focused on themes such as communication, communication skills and techniques. Furthermore, we discussed how the nurse at the help of these skills and techniques to create trust and confidence in the patient.

Keywords: Communication, confidence, trust, Joyce Travelbee, Kari Martinsen, care, empathy

Innhold

SAMMENDRAG	2
1. INNLEDNING	5
1.1 PRESENTASJON AV TEMA OG PROBLEMSTILLING.	5
1.2 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING.	5
1.3 AVGRENSING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLINGEN.....	5
1.4 OPPGAVENS OPPBYGNING	6
2. METODE	8
2.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE	8
2.2 LITTERATURSØK.....	8
2.3 KILDEKRITIKK.....	10
3. TEORI	11
3.1 SYKEPLEIE	11
3.1.1 <i>Verdigrunnlaget – Yrkesetikk</i>	12
3.2 JOYCE TRAVELBEE	12
3.2.1 <i>Menneskesyn</i>	12
3.2.2 <i>Menneske-til-menneske-forhold</i>	13
3.2.3 <i>Kommunikasjon</i>	13
3.3 KARI MARTINSEN – OMSORGSFILOSOFI.....	14
3.3.1 <i>Menneskesyn</i>	14
3.3.2 <i>Omsorg</i>	15
3.4 TRYGGHET	17
3.5 VERBAL OG NON-VERBAL KOMMUNIKASJON.....	18
3.6 PROFESJONELL KOMMUNIKASJON.....	19
3.7 KOMMUNIKASJONSFERDIGHETER	21

3.8	AKUTT SYK/SYKEHUSINNLEGGELSE	23
3.8.1	<i>Stress</i>	23
3.8.2	<i>Omgivelser</i>	24
3.8.3	<i>Krise og forsvarsmekanismer</i>	24
4.	DRØFTING	27
4.1	PASIENTENS SITUASJON VED AKUTT SYKEHUSINNLEGGELSE.....	27
4.2	MENNESKE-TIL- MENNESKE-FORHOLD.....	29
4.3	KOMMUNIKASJONSFERDIGHETER	32
5.	KONKLUSJON	36
6.	ETTERORD	37
7.	LITTERATURLISTE.....	38

1. INNLEDNING.

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling.

Vi har valgt temaet å skape trygghet og tillit mellom sykepleier og pasient ved en akutt sykehusinnleggelse. Vi har valgt å ta for oss sykepleierens kommunikasjonsferdigheter, derfor har vår problemstilling blitt:

Hvordan kan sykepleierens kommunikasjonsferdigheter bidra til at pasienten opplever trygghet og tillit ved en akutt sykehusinnleggelse?

1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling.

Vi har gjennom vår utdanning hatt tre praksisperioder innen spesialisthelsetjenesten, der vi har erfart at sykepleierens væremåte og ord i møte med pasienten er av stor betydning. Ved en akutt sykehusinnleggelse opplever mange pasienter en stor utrygghet. En sykehusinnleggelse kan for mange være svært belastende og det er knyttet usikkerhet til egen helse. Vi som sykepleiere er ofte de første som møter pasienter ved en sykehusinnleggelse og hva vi sier og gjør blir observert av pasienten. At pasienten skal oppleve trygghet i en slik situasjon kommer helt an på sykepleierens kommunikasjonsferdigheter, verbalt og non – verbalt. Vi mener at trygghet og tillit i en slik situasjon kan være med på å påvirke pasientens sykdomsforløp. Vi har ut ifra dette valgt vår problemstilling.

1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen.

Vi har valgt å utelukke pasientens pårørende, barn og eldre på grunn av oppgavens ordbegrensning. Pårørendes rolle er et stort tema i seg selv og vi ser det som svært viktig og betryggende å ha familie rundt seg ved en sykehusinnleggelse. I forhold til barn vil pårørendes rolle være sentral. Eldre kan ha tilleggssykdommer som demens og dette krever en annen tilnæringsmåte. Vi har valgt og ikke legge vekt på eventuell sykdom og behandling på grunn av ordbegrensning og tiden vi har til rådighet.

Pasienten vi har valgt er voksen og av norsk opprinnelse. Pasienten blir sendt opp fra mottagelsen til medisinsk post for videre utredning. Det vi legger vekt på i situasjonen er pasientens møte med sykepleier og hvordan sykepleier bruker kommunikasjon for å skape trygghet og tillit rundt pasienten. Vi har i denne oppgaven valgt at pasienten blir lagt inn på enerom, men vet at det ofte er nødvendig at pasienter deler rom ved en sykehusinnleggelse og har sagt mer om dette i drøftingsdelen.

1.4 Oppgavens oppbygning

I innledningen tar vi for oss valg av tema, problemstilling, presisering og avgrensning av oppgaven. Under metoddelen beskriver vi valg av metode, hvilke litteratursøk vi har brukt og kildekritikk.

I teoridelen skriver vi først om sykepleie som fag og trekker frem verdigrunnlaget og de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. Videre har vi valgt å bruke sykepleieteoretikerne Joyce Travelbee og Kari Martinsen siden deres verdier og syn er relevant for vår problemstilling. Her trekker vi frem deres menneskesyn, der Travelbee legger stor vekt på kommunikasjon for å skape et menneske – til – menneske – forhold. Martinsen syn på omsorg og det menneskelige fellesskapet føler vi er viktig å få med for å kunne finne svar på vår problemstilling. Vi har valgt å ta med et eget punkt for trygghet da dette er et sentralt mål i vår problemstilling, selv om begrepet trygghet blir nevnt ved flere anledninger i vår teoridel. I siste del av dette kapitlet har vi skrevet om å bli akutt syk og bli lagt inn på sykehus, her har vi tatt for oss omgivelser, stress, krise og forsvarsmekanismer.

I drøftingsdelen innleder vi med pasientens situasjon ved en innleggelse og det første møtet med sykepleier, her har vi snakket om betydningen av informasjon i forhold til hva loven sier. Vi har diskutert alt i fra mottagelse av pasient, grunnleggende behov og bruk av forsvarsmekanismer i krise og sorg. Videre har vi lagt vekt på egne erfaringer og praksiserfaringer. Vi har drøftet Travelbees menneske – til – menneske – forhold og brukt Martinsens syn på omsorg og tillit for å skape trygghet. Vi har prøvd å se dette fra både pasientens og sykepleierens side. Til slutt i drøftingsdelen har vi med punktet kommunikasjonsferdigheter der vi har diskutert en forskningsartikkel, der de snakker om

Gruppenr. 715

viktigheten med å reflektere over egne handlinger. Vi har sett på de forskjellige enkeltferdighetene og diskutert bruken av de i praksis.

I konklusjonen har vi prøvd å komme frem til et svar på vår problemstilling.

I etterordet reflekterer vi over hvordan det har vært å jobbe med oppgaven og læringsprosessen vi har vært gjennom.

2. METODE.

Vilhelm Albert definerer metode slik:

...” *En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder...*” (Dalland 2008 s. 83).

2.1 Litteraturstudie som metode.

Vi har valgt å bruke litteraturstudie som metode, dette på grunn av tiden vi har til rådighet og arbeidsmengde. En litteraturstudie innebærer bruk av pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, forskningsartikler, tidsskrifter og andre skriftlige kilder. En litteraturstudie er en systematisk gjennomgang av litteratur rundt en valgt problemstilling, kritisk granskning, vurdering og analysering av relevant forskningslitteratur. Fordelen med en litteraturstudie kan være at du har mulighet til å samle store mengder data for å tilegne oss kunnskap, ulempen kan være at det er vanskelig å få tak i primærlitteratur. Ved å bruke sekundærlitteratur kan litteraturen være tolket av andre og vi må stole på dette (Dalland 2008). I forhold til vår problemstilling fant vi både gammel og ny litteratur, vi har brukt mye tid på biblioteket, både på Gjøvik og vårt lokale bibliotek. Der vi har vært på utkikk etter relevant litteratur i forhold til vår problemstilling og vi har søkt i databaser etter forskningsartikler.

2.2 Litteratursøk.

Vi har brukt høyskolen i Gjøvik sin hjemmeside hig.no, videre har vi gått inn under biblioteket sine sider og søkt i databaser. Vi prøvde først å søke i ovid nursing database, der vi gikk under advanced search. Søkeord vi brukte var: Nurse – patient – relations der vi fikk 25.000 treff. For å få et mindre antall treff la vi til communicationskills som emneord, da ble treffene redusert til 195. Vi la til hospital admissions som emneord og fikk 2 treff.

Vi har også søkt i proquest som er en fulltekstdatabase. Vi brukte søkeord som: patient admission and nursing – patient relation som ga 28 treff. Vi søkte videre under scholarly journals, dette søket ga oss 23 treff. Vi la til søkeord som communicationskills som ga 4

treff. Vi søkte også på hospital admissions and communicationskills og fikk 1 treff, søkeordene patient and communicationskills and nurse ga 181 treff. Når vi la til søkeordet hospital fikk vi 44 treff etter scholarly journals. For å søke oss frem i databaser fikk vi hjelp av en bibliotekar ved høyskolen i Gjøvik, dette følte vi at vi hadde god nytte av.

Ut ifra disse søkene fant vi to vitenskaplige artikler som var relevant for vårt tema og problemstilling. Det ble veldig mange artikler å se igjennom, for å få frem de artiklene som var relevant i forhold til vår problemstilling la vi til flere emneord som gjorde at antallet ble betraktelig redusert. Når vi søkte i proquest fikk vi tilslutt opp 4 artikler som var relevante og valgte to av disse. Vi fant ut at de to artiklene handlet mye om helsepersonellets mestringstro og selvforståelse i forhold til å bli bedre i å kommunisere. I den ene artikkelen blir det brukt en modell for å øke kommunikasjonen mellom leger og sykepleiere for å sikre god omsorg til pasientene og den valgte vi fordi den legger vekt på rollepill og tilbakemeldinger som en har god læringseffekt.

Vi har for øvrig brukt internett veldig lite da ikke alle nettsider er troverdige. Vi har brukt nettsiden www.lovdatabasen.no som drives av justisdepartementet og det juridiske fakultet ved universitetet i Oslo. Her har vi søkt opp lover og forskrifter i pasientrettighetsloven og helsepersonelloven.

Vi har vært inne og søkt på www.sykepleien.no der vi har søkt under forskning og videre under forskningsartikler. Vi har søkt videre i fag og forskningsarkivet. Søkerord her har vært kommunikasjon og kommunikasjonsferdigheter og under dette søket fikk vi frem 14 artikler men ingen var relevant i forhold til vår problemstilling.

Vi har også vært inne på Norsk Sykepleie Forbund sine nettsider, under www.sykepleieforbundet.no der har vi søkt under fag, videre under utdanning, fagutvikling og forskning. Vi har lett etter faghefter som kunne være relevant for vår problemstilling uten å finne noe.

2.3 Kildekritikk.

Av sykepleieteoretikere har vi valgt Joyce Travelbee og Kari Martinsen. Vi har valgt disse for å belyse vår problemstilling og at de begge har stor innflytelse og relevans i dagens sykepleieutdanning. Av primær litteratur har vi brukt Kari Martinsens: Øyet og kallet og fra Marx til Løgstrup, den sistnevnte boken syns vi var veldig tunglest og vanskelig å forstå. Vi har også brukt Joyce Travelbees Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Marit Kirkvolds bok om sykepleieteorier har vi også bruk.

Av sekundær litteratur har vi brukt Grunnleggende sykepleie av Kristoffersen mfl en del, kilden er sekundær og innholdet kan ha blitt revidert/endret.

Vi har brukt Hallbjørg Almås sin bok i klinisk sykepleie, der vi har lest i kapittel 2 om reaksjoner om å bli lagt inn på sykehus. Dette fordi det er relevant for vår problemstilling. Kapitlene i boka er skrevet av personer med førstehåndserfaring og kjennskap til det de skriver om. Det kapitlet vi har brukt er skrevet av M, Fagermoen som er sykepleier, utdannet sykepleielærer, er master of arts i klinisk sykepleie og har doktorgrad i sykepleievitenskap.

Dalland sin bok om metode og oppgaveskriving har vi brukt mye da den har hjulpet oss i oppsettet av oppgaven, kildebruk og kildekritikk. Olav Dalland er cand.pilot med hovedfag i sosialpedagogikk og førsteamanuensis ved Diakonhjemmet høgskole.

Av selvvalgt litteratur har vi valgt gammel og ny litteratur av Eide og Eide. Vi har valgt disse for å prøve å finne svar på vår problemstilling med tanke på kommunikasjon i relasjoner og kommunikasjonsferdigheter. Den siste reviderte utgaven fra 2011 er en forskningsbasert fagbok og anbefales til sykepleiestudenter som ønsker bevisstgjøring av egen praksis. Hilde Eide er dr.philos. og førsteamanuensis i sykepleie, psykologi og kommunikasjon, mens Tom Eide er dr.philos. og førsteamanuensis i verdibasert ledelse. Vi har også sett på tittelen på disse bøkene da de er relevant for vår problemstilling.

Vi har valgt Moesmand og Kjøllesdal sin bok om å være akutt kritisk syk for å finne mer informasjon om pasienter som blir akutt innlagt på sykehus. Vi valgte boken på grunn av tittel og at den er relevant for vår problemstilling.

3. TEORI

I dette kapittelet vil vi først si litt om hva sykepleie er og sentrale mål for sykepleien. Vi har valgt sykepleieteoretiker Joyce Travelbee fordi vi synes hennes menneskesyn og det å skape et menneske- til- menneske- forhold er relevant for vår oppgave. Omsorg og tillitt er sentralt i forhold til vår problemstilling, derfor har vi valgt Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Videre skriver vi om profesjonell kommunikasjon og kommunikasjonsferdigheter. Tilslutt i teorikapittelet skriver vi om akutt sykehusinnleggelse, kriser og forsvarsmekanismer.

3.1 Sykepleie

Faget sykepleie er et av de eldste og viktigste yrkene vi har i samfunnet. Sentrale mål for sykepleien er å bevare helse, livskvalitet og mestring. Begrepet helse er vanskelig å definere siden alle mennesker har et forhold til helse og opplever god helse som subjektivt. Noen mener at god helse er og ”ikke være syk”, mens andre mener at det er viktig å ha det bra i hverdagen, og begrepet *trivsel* er sentralt for mange mennesker (Kristoffersen 2006).

Florence Nightingale sitt syn på helse er:

... ” Helse er ikke bare å føle seg vel, men også å gjøre god bruk av alle de ressurser som en måtte ha...” (Kristoffersen 2006 bind 1 s.34)

Ved sykdom og helsesvikt opplever mange mennesker at ens egne ressurser svikter, det som før var en selvfølge å gjøre selv er blitt vanskelig. Behovet for sykepleie oppstår når en person trenger hjelp for å ivareta grunnleggende behov. Sykepleier må ha kunnskaper om menneskets grunnleggende behov og en faglig plattform av teoretisk kunnskap, ferdigheter og verdier. Et svært viktig begrep er her empati. Kommunikasjon og samhandling med pasienten, bli kjent med personen og se mennesket i situasjonen, er sentralt i utøvelsen av sykepleie (Kristoffersen 2006)

3.1.1 Verdigrunnlaget – Yrkesetikk

Respekt for enkelte menneskets liv og iboende nestekjærlighet, respekt for grunnleggende menneskerettigheter og vise medmenneskelighet er verdier som beskriver sykepleiefagets kjerne. Verdigrunnlaget er humanistisk og altruistisk altså et menneskesyn som er humanistisk og verdier som, barmhjertighet og omsorg (Kristoffersen 2006 s. 137).

Verdigrunnlaget for sykepleie er nedfelt i ICNs (International Council of Nurses) etiske regler for sykepleiere og i Norsk sykepleieforbunds yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og lindre lidelse er fire punkter som er sykepleierens ansvar, disse punktene er formulert av ICN (2001.s 1) (Brinchmann 2007 s 91).

”De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere behandler sykepleierens plikter ovenfor individ og samfunn, pasient, pårørende, medarbeidere og forholdet til egen profesjon og praksis” (NSF 2001, Sneltvedt 2007 s. 91).

3.2 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee var en amerikansk psykiatrisk sykepleier og lærer i sykepleierutdanningen. Travelbee har fokus på utvikling av relasjoner mellom pasient og sykepleier, hvor det enkelte individet skulle stå i sentrum.

3.2.1 Menneskesyn

Joyce Travelbees sykepleietenkning har stor innflytelse innenfor norsk sykepleieutdanning og i sin sykepleietenkning retter hun oppmerksomheten mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleie. Hennes sykepleiedefinisjon bygger på at lidelse og smerte er uunngåelig for mennesker og er en del av det og leve. Samtidig skal sykepleier hjelpe den lidende med å finne en mening i møtet med lidelse og sykdom. Travelbee sier at det og oppleve lidelse og tap blir en fellesmenneskelig erfaring, men understreker samtidig at opplevelse av sykdom og sorg vil være høyst personlig og individuelt. Å se mennesker som unike, enestående og uerstattelig og ikke mennesker med bestemte roller er sentralt i hennes

definisjon av hva sykepleie er. Begrepet rolle tar Travelbee sterkt avstand fra, hun misliker at mennesker blir satt i grupper. Eksempel på slike grupper kan være sykepleier og pasient. I en kommunikasjonsprosess ser vi dette som svært viktig. Hvis sykepleier ikke ser mennesket i pasienten vil omsorgen bli upersonlig og det blir vanskelig å bli kjent med pasienten som person (Kristoffersen 2006).

3.2.2 Menneske-til-menneske-forhold

Begrepet empati har en sentral plass i Travelbees sykepleietenkning. For å kunne skape en relasjon med et annet menneske er det en forutsetning og helt nødvendig å ønske å forstå den andres situasjon. Vi må bruke våre egne følelser som en ressurs. Det er viktig å presisere at empatisk forståelse innebærer at man må prøve å forstå den andre *som om man* var den andre og ikke identifisere seg selv gjennom pasientens situasjon (Hummelvoll 2006)

Vetlesen og Norftvedt (1996) definerer empati som:

”... En grunnleggende følelsesmessig evne til å leve seg inn i en annens situasjon. De vektlegger samspillet mellom intellektuelle og følelsesmessige evner, og ser disse evnene som likeverdige...” (Brinchmann 2007 s. 137).

Ifølge Travelbee er empati:

”... Evnen til å trenge inn i, eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da...” (Kristoffersen 2006 s. 30)

3.2.3 Kommunikasjon

Travelbee ser på kommunikasjon som svært viktig, og en av sykepleierens viktigste redskaper for å skape et menneske-til-menneske-forhold. For at en sykepleier skal kunne iverksette tiltak og sikre seg at pasientens behov blir ivaretatt er kommunikasjon helt sentralt.

Travelbee definerer kommunikasjon på følgende måte:

”... *Kommunikasjon er en gjensidig prosess der en deler eller overfører tanker og følelser...*” (Kirkvold 2001 s.118-119)

Å bruke seg selv terapeutisk har en sentral plass i Travelbees sykepleietenkning, og hun mener det kjennetegner en profesjonell sykepleier. Terapeutisk kan defineres som ...” *Det som gjelder behandling av sykdom eller plage ved hjelp av virksomme eller metoder: helbredende...*” (Travelbee 2007 s. 44).

For å bruke seg selv terapeutisk må en reflektere og studere virkningen av egen atferd på andre, bevisst bruk av personlighet og kunnskap for å skape forandring hos syke mennesker (Kirkvold 2001). Nøkkelord er her selvinnsikt, selvforståelse og forståelse for menneskelig atferd. Hensikten er å oppnå forandring hos pasienten, og forandringen er terapeutisk når plagene lindres. Å ha en målrettet intellektuell tilnærming der sykepleier nærmer seg pasientens situasjon ved å bruke sine fagkunnskaper og innsikt for å finne frem til pasientens behov for sykepleie (Kristoffersen 2006 s 32). Dette er kommunikasjonsferdigheter/teknikker Travelbee vektlegger i kommunikasjon mellom sykepleier og pasient.

3.3 Kari Martinsen – Omsorgsfilosofi

Kari Martinsen er en norsk sykepleier som har magistergrad i filosofi, der hennes emne var sykepleiens historie. Hun har utviklet sin omsorgsfilosofi gjennom et langt forfatterskap, og er fortsatt en sentral skikkelse i debatter om sykepleiefaget i Norge og Norden (Kristoffersen 2006 s 59)

3.3.1 Menneskesyn

Kari Martinsens menneskesyn er kollektivistisk, der det menneskelige fellesskapet settes i sentrum og relasjonene står sentralt. Hennes verdioppfatning er at det fundamentale i

menneskets liv er relasjoner, og at menneskene derfor er avhengige av hverandre. Menneskets avhengighet av hverandre blir tydelig i situasjoner som ved sykdom, skade eller funksjonstap (Kristoffersen 2006)

Kari Martinsens tenkning om sykepleie fremstår som overordnet og generell, hun tar opp grunnleggende spørsmål knyttet til menneskets natur og livsvilkår. Hun tar avstand fra at det overordnede målet om at mennesket skal gjenvinne sin funksjon og selvstendighet, og mener at et menneskesyn som framhever enkeltmennesket på bekostning av fellesskapet ikke er forenlig med sykepleiens omsorgstradisjoner. Hun mener også at faglig skjønn og praktisk kunnskap er viktigere i sykepleien enn teoretisk kunnskap. (Kristoffersen 2006 s.60)

Kari Martinsen er inspirert av den danske filosofen og teologen Knud Løgstrups tenkning, og her er omsorgsetikk sentralt. For å forklare dette avhengighetsforholdet og det menneskelige fellesskapet, bygger hun på Løgstrups tenkning om livsytringene. Tillit og barmhjertighet er to av disse livsytringene som er spontant tilstede mellom mennesker, men kan fort forsvinne hvis det oppstår skuffelser. Martinsen mener at det fundamentale i de menneskelige relasjonene er nettopp disse spontane livsytringene. Martinsen viser til Løgstrup når hun sier at det er i et møte og nærvær med et annet menneske at tillit og oppriktighet oppstår, og barmhjertighet trer frem i situasjoner der mennesker opplever ulykke og sorg (Kristoffersen 2006).

Martinsen sier at Løgstrups tenkning er aktuell for henne da de begge mener at moral og sykepleie er en enhet, og at moral springer ut fra erfaring i inntrykket, og at dette bærer en appell i seg til å ta vare på medmenneskene. De sier også at moral er en livsytring der man skal ta vare på andre. Livsytringer som tillit, håp og barmhjertighet er det skapte livs uttrykksformer. (Martinsen 1993)

3.3.2 Omsorg

Martinsen tar som sagt avstand fra formålsrasjonaliteten om at mennesket skal gjenvinne sin funksjon og selvstendighet, men fremhever en menneskeoppfatning der relasjoner mellom mennesker er sentralt. Pasientens situasjon er utgangspunktet og omsorg blir et mål i seg selv.

Martinsen sier at:

”Omsorg er et grunnleggende fenomen ved den menneskelige eksistens og menneskelig samhandling, og utgjør dermed også grunnlaget for sykepleie” (Kristoffersen 2006 s. 62).

Den fundamentale verdien er ansvaret for den svake, derfor må sykepleier ha en grunnholdning og en tilnæringsmåte som er ekte med forståelse og empati. Resultatet av omsorgen sykepleieren gir vil da være en opplevelse av velvære (Kristoffersen 2006).

I boken, Øyet og kallet (Martinsen 2002), har hun hentet inspirasjon fra blant andre Rikke Nissen, Margrethe Lombolt Kemp og Løgstrup. Der skriver hun om den barmhjertige samaritan som uten å vente noe tilbake helt instinktivt velger å hjelpe en nødlidende person. Her snakker hun om å sanse, og mener med det at det er å ha et våkent, oppfattende og utforskende øye.

Martinsen fremhever tre dimensjoner ved omsorgsbegrepet, det relasjonelle, det praktiske og det moralske.

Det relasjonelle aspektet:

Sykepleier må kunne sette seg inn i pasientens situasjon altså være empatisk, for å kunne hjelpe og iverksette tiltak for å dekke pasientens behov. Engasjement og interesse blir her sentralt for å forstå situasjonen pasienten er i. Pasientens erfaringer og ønsker må imøtekommes, at pasienten blir tatt på alvor og opplever respekt er helt nødvendig for at et tillitsforhold skal etableres. Gode fagkunnskaper er også helt nødvendig for at pasienten skal føle seg imøtekommet sier Martinsen (Kristoffersen 2006).

Det praktiske aspektet:

Omsorgen må tilrettelegges og gjennomføres på en slik måte at pasienten opplever anerkjennelse. I en samtale med pasienten er det viktig at sykepleier ikke bruker fagspråk som ofte kan være uforståelig for pasienten. Som medmenneske kan vi sette oss inn i pasientens situasjon ved å bruke egne erfaringer som redskap. Smerte, sult, tørste og det å

ligge vondt er erfaringer vi selv er kjent med og gjør at vi kan forstå den andres situasjon (Kristoffersen 2006)

Det moralske aspektet

I følge Martinsen består det moralske i å *være i en bevegelse fra seg selv til den andre, for å handle til den andres beste* (Kristoffersen 2006 s. 68).

Sykepleier må lære å handle moralsk sier Martinsen. Sykepleieren vil i enhver sykepleiesituasjon stå ovenfor moralske utfordringer. Viljen til å handle til det beste for pasienten, altså ta riktige og gode beslutninger som er moralsk og etisk forsvarlig.

3.4 Trygghet

Trygghet er et grunnleggende behov og stiller krav til sykepleierens varhet og årvåkenhet.

Tillit og trygghet knyttes sammen fordi ved å ha tillit til en person skapes også trygghet. Det vil ikke oppstå trygghet mennesker imellom uten at tillit er tilstede. Tillit er en av livsytringene som Martinsen snakker om, den er spontant tilstede i mellommenneskelige situasjoner.

Ved uventede situasjoner der man blir akutt syk eller skadet svekkes oversikten og forutsigbarheten. Fordi en slik situasjon er uventet og ukjent vil pasienten føle seg usikker på om han vil takle den. Har pasienten en hjelper som han stoler på i en oppstått ustrukturert situasjon, og har tillit til ham vil angsten reduseres (Thorsen 2006)

Sykepleierens kunnskaper om faget er sentralt slik at man kan utføre observasjon, behandling og pleie på en forsvarlig måte. For at pasienten skal føle seg trygg og ivaretatt er fagkunnskaper helt grunnleggende (Moesmand og Kjøllesdal 2004).

At sykepleier opptrer rolig, balansert, viser forståelse og interesse er relasjonsbyggende. Det er også viktig at sykepleieren setter seg godt inn i pasientens diagnose/skade, søker kunnskap om denne og hvordan sykdommen/skaden kan utarte seg. En sykehusinnleggelse kan for mange være traumatisk, opplevelsen av å ikke ha kontroll over egen situasjon, setter pasienten i en sårbar posisjon. At sykepleier forstår viktigheten med tilstrekkelig

informasjon, og viser pasienten at hun er trygg på sitt fag kan føre til at pasienten opplever trygghet og tillit. Trygghet skapes ved pålitelighet, ærlighet og trofasthet. Når pasienten har tillit til dette kan sykepleierens tilstedeværelse være nok til å skape trygghet. I forholdet mellom sykepleier og pasient overføres verdier, holdninger og informasjon dem imellom. En kan derfor se på kommunikasjon som et redskap for denne overføringen (Thorsen 2006).

3.5 Verbal og non-verbal kommunikasjon

Vi mennesker har et grunnleggende behov for å bli forstått og selv forstå, og å gjøre noe felles som er hensikten med kommunikasjon (Hummelvoll 2008)

Kroppen utveksler signaler uten å bruke ord. Mens verbal kommunikasjon formidles ved hjelp av ord, bruker vi tegn og signaler ved non-verbal kommunikasjon. Vi kommuniserer gjennom kroppsholdning, bevegelser, mimikk, stemmebruk og berøring. Det kan være et smil, et mildt blikk, tonefall. I samspill med andre mennesker vil den nonverbale kommunikasjonen ofte bety like mye som den verbale kommunikasjonen (Eide og Eide 2005). Gjennom det non – verbale språket signaliserer sykepleier om hun er innstilt på å lytte og hjelpe. I en pasientsituasjon kan sykepleier respondere bekræftende eller avvisende. Det å møte pasientens blikk, lytte aktivt, bekrefte med et smil eller et oppmuntrende nikk viser at sykepleier er opptatt av hva som blir sagt og pasienten vil føle at han/hun blir hørt. Det er nettopp denne bekræftende holdningen som er så viktig i det non- verbale språket, dette skaper trygghet og tillit rundt pasienten (Eide og Eide 2011).

På den andre siden kan sykepleierens non – verbale kommunikasjonsferdigheter respondere avvisende. En sykepleier som opptrer spent, rastløs og urolig vil ikke kunne oppnå kontakt og skape en relasjon med pasienten. Det å vise interesse gjennom å lytte er en svært viktig egenskap, gjennom og aktivt lytte til det pasienten sier vil sykepleier vise en oppriktig interesse for pasientens situasjon og behov.

3.6 Profesjonell kommunikasjon

Vi kommuniserer ikke på samme måte på jobben som i dagliglivet, på jobben er vi fagpersoner som kommuniserer med personer som trenger vår hjelp og assistanse. Begrepet ”profesjonell” kommer av det latinske ordet for yrke eller erverv, *professio*. Med profesjonell kommunikasjon menes her kommunikasjon som hører ens yrke til, i vår sammenheng yrkesrollen som hjelper (Eide og Eide 2005 s. 17).

Som sykepleiere må vi utøve god profesjonell kommunikasjon for å ivareta pasienten som er i en sårbar situasjon og som trenger vår hjelp og omsorg. For å utøve god profesjonell kommunikasjon må den være faglig velfundert og til hjelp for pasienten. Det er forventninger om at vi som helsepersonell kommuniserer på en måte som er faglig velbegrunnet og har som formål å være hjelpende for pasienten.

Profesjonell, helsefaglig kommunikasjon er basert på yrkets verdigrunnlag. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet, og at sykepleie baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter (NSF 2001). For å oppnå dette er det sentralt å utøve god profesjonell kommunikasjon i møte med pasienter, vise respekt ved å involvere pasienten og la pasienten få innflytelse ved samtaler og beslutninger. Ved å involvere pasienten vil vi bevare pasientens autonomi og likeverd (Eide og Eide 2011)

Ordet autonomi stammer fra to greske ord: autos (selv) og nomos (lov, styring, regulering) (Brinchmann 2007 s. 80)

Erfarne sykepleiere har gjerne ” et trenet blikk” og ser fort hvilke behov pasienten har. Dette ”blikket” krever at sykepleier har empati, fagkunnskap og en vilje til å handle det beste for den andre. For å kommunisere profesjonelt er det en forutsetning at sykepleier setter seg inn i pasientens situasjon og forstår følelser og reaksjoner som kan oppstå i situasjonen pasienten er i. I profesjonell sammenheng må også sykepleier signalisere tilbake til pasienten at den følelsesmessige forståelsen av den andre er forstått.

Sykepleierens fagkunnskaper er svært viktig, at man har kunnskaper om sykdommer, medisiner, dosering, virkning og bivirkninger er helt sentralt for å kunne leve seg inn i pasientens situasjon. Har ikke sykepleier tilstrekkelig kunnskaper så vil det bli veldig

vanskelig å oppdage pasientens behov og iverksette tiltak deretter. I helsepersonelloven § 4 står det:

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell

(www.lovdatab.no).

Fagkunnskap og kommunikasjon henger nøye sammen, men det hjelper ikke å ha gode kommunikasjonsferdigheter hvis man ikke vet hva pasientens behov er. For at sykepleier skal kunne hjelpe pasienten til å løse eller forholde seg bedre til sine helseproblemer vil sykepleieprosessen være en problemløsende metode. Gjennom sykepleieprosessen vil vi kunne identifisere problemet, stille diagnose, fastsette mål, utarbeide plan for arbeidet, gjennomføre planen og evaluere resultatet. Gjennom denne prosessen må sykepleier involvere pasienten i beslutninger som blir tatt, delaktiggjøre pasienten i prosessen for å oppnå best mulig resultat (Eide og Eide 2011).

Profesjonell kommunikasjon krever også at sykepleier ivaretar pasientens autonomi og selvbestemmelsesrett. Begrepet *empowerment* blir brukt i faglitteraturen og handler om å la pasienter delta i beslutninger og beholde mest mulig makt og kontroll over egen situasjon. Empowerment kan best oversettes med ” det å vinne større makt og kontroll over” (Mæland 2005 s. 70)

I forskriften kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten er brukermedvirkning et sentralt prinsipp. Brukermedvirkning innebærer at tjenestetilbudet så langt som mulig utformes i samarbeid med brukeren, og at det legges stor vekt på hva brukeren ønsker (Sosial og helsedirektoratet 2004) For at vi skal oppnå dette mener vi at gode kommunikasjonsferdigheter er en forutsetning og bør kanskje legges mer vekt på.

3.7 Kommunikasjonsferdigheter

For å finne de best mulige tiltakene og å skape en relasjon med pasienten er det helt nødvendig at sykepleier har gode kommunikasjonsferdigheter. Ved dårlig kommunikasjon mellom sykepleier og pasient kan det fort oppstå misforståelser og faren for profesjonelle feil og mangler kan oppstå.

Grunnleggende kommunikasjonsferdigheter

1. å lytte til den andre
2. å observere og fortolke den andres verbale og nonverbale signaler
3. å skape gode og likeverdige relasjoner
4. å møte den andres behov og ønsker på en god måte
5. å stimulere den andres ressurser og muligheter
6. å strukturere en samtale eller samhandlingssituasjon
7. å formidle informasjon på en klar og forståelig måte
8. å skape alternative perspektiver og åpne for nye handlingsvalg
9. å forholde seg åpent til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål
10. å samarbeide om å finne frem til gode løsninger

(Eide og Eide 2005 s.23)

I artikkelen av Ammentorp mfl.2007, blir det understreket viktigheten at helsepersonell må ha tro på egne kommunikasjonsferdigheter. Flere studier viser at effekten på treningskurs, for helsepersonell i kommunikasjonsferdigheter blir redusert hvis mestringsstroen er dårlig. Helsepersonell må ha tro på seg selv til å mestre en bestemt oppgave, mangelen på mestringsstro kan forklare mangelen på gode kommunikasjonsferdigheter, som igjen vil påvirke pasientens opplevelse av situasjonen. Det står videre i artikkelen at mestringsstro kan forandre seg med erfaring og tilbakemeldinger, faktorer som spiller inn er personlig

kunnskap, helsepersonellens psykiske tilstand og selvbylde. For å utvikle sin egen mestringstro vil rollespill og tilbakemeldinger være de mest effektive metodene. Resultatet av denne studien viser at kurs i kommunikasjonsferdigheter for helsepersonell, øker egen vurdering til å mestre kommunikasjonsoppgaver som de møter i praksis (Ammentorp mfl. 2007).

I Eide og Eide 2005 står det også at rollespill i kombinasjon med teori viser seg å ha stor læringseffekt.

Enkeltferdigheter som kan øves på for å bli bedre i å kommunisere:

- bekrefte den andre verbalt og nonverbalt
- å speile den andres følelser og derved formidle at man også forstår den andres emosjonelle verden
- utfordre den andre til å reflektere
- stille spørsmål av ulike typer
- strukturere samtaler
- fortelle dårlige nyheter

For å oppnå god helhetlig mestring i praksis må de enkelte ferdighetene beherskes, for at kombinasjonen av ferdighetene skal bli så god som mulig (Eide og Eide 2005 s 25).

I artikkelen skrevet av Raica 2009 har de brukt en treningsmodell. Denne modellen ble modifisert for bruk i helsehjelp fra metoden som brukes i flyindustrien til å bedre kommunikasjonen mellom mannskapet for å redusere kommunikasjonsfeil og unngå tragedier. På grunn av bekymringer om effektiv kommunikasjon mellom sykepleiere og leger, var en pilotstudie gjennomført for å evaluere virkningen av å gi strukturert, action-orientert opplæring i bruk av denne modellen på sykepleiere som jobber på sykehus. Mål med studien var å evaluere effekten av trening på sykepleierens mestringstro. Sykepleiere hadde 5 uker på å øve på de nye ferdighetene for så å ta en test. Dette viste seg å ha god effekt og man så forbedringer i mestringstro.

3.8 Akutt syk/sykehusinnleggelse

Ved akutt sykdom eller skade der sykehusinnleggelse er nødvendig, vil pasienten være uforberedt. Pasientens muligheter til å forberede seg på en sykehusinnleggelse kan ha mye å si for hvordan han reagerer og opplever innleggelsen og oppholdet i sykehuset.

Da en akutt sykehusinnleggelse har betydning for pasientens behov for informasjon om sin situasjon, er det viktig at sykepleieren er oppmerksom på dette. Også pasientens behov for hva som vil skje videre.

Vi henvender til pasientrettighetsloven § 3.1, pasientens rett til medvirkning, § 3.2 pasientens rett til informasjon, § 3.5 informasjonens form

(www.lovdatab.no).

Ved innleggelse i sykehus vil reaksjonene være individuelle. Men alle opplever forandring i dagliglivet ved at de nå må innta rollen som pasient, da denne rollen er både underordnet og man blir avhengig av andre. (Fagermoen 2007)

Det å bli akutt kritisk syk, preges som regel av brå forandringer. Pasientens grunnleggende behov blir truet. Trusselen kan påvirke pasienten fysisk, psykisk, sosialt og åndelig. Han kan også reagere med forvirring, usikkerhet, sinne, hjelpeløshet, passivitet, angst og depresjon. (Moesmand og Kjøllesdal 2004)

3.8.1 Stress

Begrepet stress er vanskelig å definere, da det til daglig brukes om ulike påkjenninger vi kommer opp i. Stressbegrepet brukes derfor i dagligtalen som:

”Summen av fysiske og psykiske påkjenninger som vi utsettes for”

(Håkonsen 2007 s. 271)

Stress betegner ulike belastninger menneskene kan utsettes for, dette er den mest tilsvarende opprinnelige fysiske betydningen av begrepet. Stressbegrepet betegner menneskets

fysiologiske og psykologiske reaksjoner, og de subjektive opplevelsene når man møter belastninger. Begrepet stress brukes også for å vise til ulike konsekvenser av stressreaksjonene. Noen eksempler på stress er: smerte, sult, tørst, sykdom, ukjente situasjoner, usikkerhet, konflikt, å føle seg truet, tap, funksjonstap osv. Moderne stressforskning viser til at det man føler som en følelsesmessig belastning kan være årsaken til stressreaksjoner. (Fagermoen 2007)

3.8.2 Omgivelser

Når pasienten legges inn på sykehus vil han møte helt nye omgivelser, og bli avhengig av ukjente mennesker. Dette kan forsterke belastningen pasienten allerede er utsatt for. I de nye omgivelsene er det lite som gir pasienten opplevelse av gjenkjennelse.

Både de fysiske forholdene og aktiviteten som foregår vil ha innvirkning på pasientens opplevelse av situasjonen. For de fleste pasienter vil det være personalet som er den viktigste delen, pasienten vil være opptatt av deres væremåte og kompetanse. På et akuttmottak vil travelhet og uoppmerksomhet fra sykepleieren gi signaler til pasienten om at han er til bry, selv om dette ikke er budskapet fra sykepleieren. (Moesmand og Kjøllesdal 2004)

3.8.3 Krise og forsvarsmekanismer

”Med krise mener vi den psykologiske reaksjonen som mennesker opplever når vanlige mestringsstrategier ikke er tilstrekkelige for å finne løsninger på en vanskelig situasjon (Håkonsen 2006 s.300).

En traumatisk krise utløses av ytre påkjenninger, som for eksempel en ulykke eller en alvorlig sykdom, og truer pasientens integritet.

Sjokkfasen er den første tiden etter et traume eller en alvorlig hendelse. I denne fasen vil den rammede bruke all sin energi på å forstå hva som er skjedd, noen kan være lite berørt, mens

andre igjen viser sterke sorgreaksjoner som angst og fortvilelse. Sjokkfasen kan vare fra bare noen få minutter til noen dager.

Reaksjonsfasen her tar den rammede situasjonen inn over seg og de emosjonelle reaksjonene trer sterkere fram. Når virkeligheten går opp, vil reaksjonen som oftest være adferdsendringer, dette forbindes med krisereaksjoner som sorg, depresjon, gråt og fortvilelse. Pasienten får ofte dårlig matlyst, søvnevansker og blir initiativløs.

Bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen er faser der pasienten går videre og har akseptert en ny plattform i livet. Disse fasene kan vare i flere år (Håkonsen 2006).

Forsvarsmekanismer er ubevisste mestringsstrategier som endrer vår oppfatning av en stressfylt situasjon og dermed bidrar til å redusere angst (Håkonsen 2006 s. 305)

Forsvarsmekanismer vi har er:

Fortrenging : Mest kjente forsvarsmekanisme vi har. Opplevelser, tanker og følelser som truer selvforståelsen. Dette fortrenses fra bevisstheten, skyves vekk og glemmes

Fornektning: Likner på fortregning men innebærer også at man nekter å erkjenne visse realiteter. Denne forsvarsmekanismen opptrer særlig i akutte stressituasjoner. Traumatisk krise og sterke påkjenninger kan være vanskelig å takle, denne forsvarsmekanismen kan være hensiktsmessig ved at traumatisk kunnskap gradvis blir en del av virkelighetsoppfatningen.

Regresjon: Regressiv atferd kan vise seg hos voksne ved store belastninger. Det kan gi seg utslag i hjelpeløshet som ved at pasienten spør om hjelp til ting han klarte før, viser manglende initiativ.

Projeksjon: Skyver tanker og følelser vi ikke vil vedkjenne over på andre altså en ubevisst fraskrivelse av egne tanker, følelser og holdninger.

Forskyvning: Skyve følelser over til et annet menneske. Bidrar til å lette trykket som følelser, tanker og holdninger kan forårsake hos et menneske (Håkonsen 2006 s 306-308)

Gruppenr. 715

Bagatellisering: benyttes ofte for å tilpasse seg en vanskelig situasjon, og gjør nederlag lettere å forholde seg til.

Aggresjon: brukes som forsvar mot angst, og mot en situasjon som føles overmektig.

(Hummelvoll 2006)

4. DRØFTING

Vi ønsker i dette kapitlet å prøve å belyse vår problemstilling i forhold til den teorien vi har funnet, egne erfaringer og synspunkter.

4.1 Pasientens situasjon ved akutt sykehusinnleggelse

Gjennom våre egne erfaringer fra praksis vet vi at en akutt sykehusinnleggelse for mange kan være en stor belastning. Vi har uansett erfart at det kan være individuelt hvordan mennesker forholder seg til en slik situasjon. Vi har erfart at det i noen tilfeller er av betydning om det er en førstegangsinleggelse eller om pasienten har vært innlagt før. Er omgivelsene helt ny for pasienten er ofte usikkerheten mer fremtredene, tanker om egen helse, altså hva er det som feiler meg og vil dette gå bra. Er omgivelsene i tillegg helt ny, vil dette kanskje være en ekstra belastning for pasienten. Vi vil påpeke at pasienter som har vært innlagt før vil føle på samme usikkerhet rundt egen helse, men at tidligere erfaringer fra sykehusinnleggelse kanskje kan være noe betryggende.

Uansett om det er en førstegangsinleggelse eller ikke, har det skjedd en brå forandring i et menneskets liv. Fagermoen 2007 påpeker at man er i en situasjon der man er avhengig av andre og behovet for informasjon er stort.

I pasientrettighetsloven står det at pasienten har rett til informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. I en akutt situasjon vil det kanskje være begrensninger for hva pasienten får med seg av informasjon som blir gitt. Vi mener at skal informasjonen være hensynsfull må informasjonen deles opp, gjentas og det må brukes et språk som blir forstått. Vi kan tenke oss selv at i en krisesituasjon vil vi ikke greie og sortere og få med oss alt som blir sagt og gjort rundt oss, det kan fort oppstå misforståelser. En viktig sykepleieroppgave vil være å forsikre seg at pasienten har fått og forstått informasjonen, da er det ofte nødvendig med gjentakelser.

Denne forandringen i en persons liv kan føre til at personen går inn i en sjokkfase. I følge Håkonsen 2006 er det individuelt hvordan mennesker reagerer i denne fasen. Vi har diskutert

Gruppenr. 715

viktigheten av å huske på dette i møte med pasienter. Vi har snakket om at kunnskaper om krise og forsvarsmekaniser må være der, skal sykepleier forstå at det den ene opplever som angst og fortvilelse, ikke nødvendigvis er det en annen pasient opplever. Det er forskjellige stadier i en krise, der vi nevner traumatisk krise, sjokkfase og reaksjonsfase. Hvis sykepleier opplever forandringer hos pasienten kan det være tegn på at han har kommet inn i en reaksjonsfase. Dårlig matlyst, søvnvansker og initiativløshet kan være tegn på at virkeligheten har gått opp for ham. For mange er dette forbundet med sorg og tap over egen livskvalitet.

Å bli akutt kritisk syk vil true pasientens grunnleggende behov, dette kan gi utsalg i forvirring, usikkerhet, sinne, hjelpsløshet, passivitet, angst og depresjon (Moesmand og Kjøllesdal 2004). Dette kan sammenlignes med noe vi har opplevd i praksis. Vi har opplevd at pasienter kan reagere med passivitet eller sinne når grunnleggende behov er truet. Følelsen av å være hjelpsløs og trenge hjelp for å spise, drikke, gå på do og ta vare på personlig hygiene kan være en følelse av maktesløshet og fortvilelse. Helsepersonell må vite om de forskjellige typene av forsvarsmekanismer slik at de kan forstå menneskelig atferd. Pasienter kan fortrenge opplevelser, tanker og følelser som truer selvforståelsen (Håkonsen 2006) I krisesituasjoner og ved beskjed om alvorlig sykdom kan dette skyves vekk og glemmes. I enkelte krisesituasjoner er forsvarsmekanismene hensiktsmessige. Ved en traumatisk krise og sterke påkjenninger bruker vi forsvarsmekanismene for å redusere strømmen av inntrykk.

Vi har prøvd å sette oss inn i situasjonen selv, der vi har snakket om hvordan vi selv ville ha opplevd det å bli akutt syk og lagt inn på sykehus. Det ble mange tanker rundt angst og frykt for alvorlig sykdom og tap av kontroll og selvstendighet. Vi har også snakket en del om den følelsesmessige belastningen, og spesielt usikkerheten rundt egen situasjon. Usikkerheten kan føre til at det blir mange tanker og det kan bli vanskelig å sortere alle. I følge Fagermoen 2007 viser moderne stressforskning at det man føler som en følelsesmessig belastning kan være årsaken til stressreaksjoner. Å bli alvorlig syk er for mange en følelsesmessig belastning, det kan bli mange tanker om fremtiden. At dette er en situasjon preget av stress er det ikke vanskelig å forstå.

I vår pasientsituasjon har vi valgt at pasienten skal ligge på enerom. Av egen praksiserfaring har vi opplevd at pasienter ofte blir plassert på rom med flere pasienter. Vi mener at hvis sykepleier skal skape kontakt med pasienten og skape trygge omgivelser kan det være en større utfordring på en firemannsstue. Usikkerheten, stress og behov for informasjon preger situasjonen, derfor kan det være en ekstra belastning å dele rom med flere. Pasienten kan være redd for at andre skal høre hva som blir sagt og gjort rundt sin egen situasjon. Vi har diskutert at muligheten for at pasienten unnlater å gi viktige opplysninger, kan være tilstede under slike forhold. Når pasienter deler rom må sykepleier være varsom med tanke på taushetsplikt og vektlegge skjerming av pasienten.

Ved mottagelse av pasienten på post har sykepleier på forånd mottatt informasjon som, alder, kjønn, navn og innleggelsesårsak. Sykepleier vil utfra disse opplysningene vite om pasienten har vært innlagt før eller om det er en førstegangsinleggelse. Allerede i det første møte med pasienten starter relasjonsbyggingen. Førsteintrykket sykepleier gir er av stor betydning, ved å håndhilse (fast og godt) og å presentere seg. Møte pasientens blick og opptre rolig og balansert, kan være med på å skape en trygg atmosfære.

Av egne praksiserfaringer vet vi at pasienter som kommer opp på post ofte blir liggende en stund på gangen før de blir kjørt inn på rommet. På en avdeling er det ofte hektisk med stor aktivitet. Hvis pasienten blir liggende på gangen for lenge, uten at noen kommer bort og ønsker velkommen vil kanskje pasienten føle seg ubekvem. Her har vi selv prøvd å sette oss selv inn i situasjonen, hvordan ville vi ha reagert? Vi kom frem til at vi ville ha reagert med frustrasjon og følelsen av å være til bry. Vi mener derfor at det er svært viktig at vi tar imot pasienten raskt og skaper kontakt og tillit.

4.2 Menneske-til- menneske-forhold

Målet i vår problemstilling er å skape trygghet og tillit hos pasienten. Gjennom våre praksisperioder har vi erfart at for å skape et menneske – til – menneske – forhold er det som Travelbee påpeker. Hun sier at for å skape dette menneske – til – menneske – forhold må vi se mennesket i pasienten, alle er unike. I pasientsituasjonen vil de menneskene du møter ha

ulike behov som krever at sykepleier iverksetter tiltak som gagnar hver enkelt person. Travelbee tar sterk avstand fra begrepet rolle, og med roller mener hun sykepleier og pasient.

I vår pasientsituasjon har vi diskutert mye rundt dette hvordan vi skal møte pasienten og vi har snakket mye om empati. Vi har selv prøvd å tenke oss situasjonen som pasient og hva ville ha vært viktig for oss? Som pasient vil du fort legge merke til om sykepleier er interessert i deg som person eller om det er ”diagnosen” hun ser. Om sykepleier er lite empatisk i møte med pasienten vil hun aldri kunne oppnå et tillitsforhold.

Travelbee er opptatt av at sykepleier må bruke seg selv terapeutisk, nøkkelord er her selvinnsikt, selvforståelse og forståelse for menneskelig atferd (Kristoffersen 2006 s.32). Vi må reflektere over egen atferd for å forstå hvordan det gagnar pasienten om vi fremstår empatisk eller ikke. Vårt mål er å oppnå trygghet og tillit for pasienten og for å få dette til er kommunikasjonsprosessen svært viktig. Sykepleier må se mennesket i pasienten for å finne hvilket behov han har, deretter iverksette tiltak. For å være sikker på at det er de rette tiltakene i forhold til behovene må god kommunikasjonen være tilstede. Vi kan tenke oss at er det første møtet med sykepleier preget av lite sympati og empati, vil dette selvfølgelig gå ut over kommunikasjonen dem imellom. Dette kan føre til at pasientens behov ikke blir avdekket og tiltak som iverksettes ikke vil være til pasientens beste. Pasienten kan da havne i en situasjon som vil være preget av usikkerhet og utrygghet.

Under en kommunikasjonsprosess er begrepet *empowerment* svært sentralt. I følge Mæland 2005 står dette begrepet sentralt innenfor det helsefremmende arbeidet. Nøkkelord blir her kunnskap, innflytelse, kontroll, konsekvenser. Slik vi forstår, må vi delaktiggjøre og la pasienten få innflytelse over beslutninger som har med egen helse å gjøre. For at pasienten skal kunne ta de riktige beslutningene er det en forutsetning at sykepleier underviser og veileder pasienten ved å bruke sine fagkunnskaper og kommunikasjonsferdigheter. Føler pasienten at han blir inkludert og respektert vil dette kanskje øke mestringstroen og selvtilliten som kan gi følelsen av kontroll i en vanskelig situasjon.

Kristoffersen 2006, snakker om den problemløsende metode og bruker betegnelsen sykepleieprosessen, nøkkelord er her problemløsning og samhandling. Innhenting av data, subjektive og objektive, identifisere problemet, stille diagnose, fastsette mål, utarbeide en plan, gjennomføre planen og evaluering av arbeidet. Alt sykepleier gjør, for og sammen med

pasienten, altså alt det som skjer dem imellom der målet er best mulig resultat. Her trekker vi igjen frem viktigheten med å delaktiggjøre pasienten i prosessen og at han blir hørt. For å oppnå best mulig resultat mener vi at sykepleierens kommunikasjonsferdigheter, verbalt og nonverbalt, spiller en stor rolle. Denne prosessen innebærer kartlegging av behov for sykepleie, herunder mental kapasitet, kommunikasjonskapasitet, blodsirkulasjon (puls, blodtrykk, hud), respirasjon, temperatur, ernæring, eliminasjon, personlig hygiene (Kristoffersen 2006) Ved mottak av ny pasient må sykepleier kartlegge pasientens opplevelse av situasjonen, altså forventninger og ønsker, samt opplysninger om helsetilstand (aktuelle sykdommer, allergier, legemidler). For å oppnå målet om tillit og trygghet vil vi nevne her at vi må kartlegge hva som oppleves som trygghet for akkurat denne pasienten.

Sykepleieren ansvar er å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse, lindre lidelse, vise barmhjertighet og respekt. Være et medmenneske. Kari Martinsen sier at pasientens situasjon er utgangspunktet, og at det er ved sykdom avhengighetsforholdet blir synlig. Når vi opplever sykdom eller skade er vi avhengig av hjelp fra andre, og det er måten denne hjelpen blir gitt på som er utgangspunkt i forhold til å oppleve tillit og omsorg.

Tillit er en av livsytringene som Martinsen snakker om. Denne livsytringen er spontant tilstede mellom mennesker, men kan fort forsvinne hvis det oppstår skuffelser (Kristoffersen 2006) Hva skal vi gjøre for å oppnå tillit hos pasienten? Her har vi snakket om hvor viktig det er at sykepleier har gode fagkunnskaper og kan gi svar på eventuelle spørsmål pasienten har. Ærlighet og oppriktighet er også verdier som innfrir tillit. Er sykepleier usikker i hva hun skal svare eller gjøre, må hun be om assistanse. Pasienten vil da kanskje føle seg trygg på at sykepleier ikke går ut over sitt kompetansenivå. Her vil vi nevne helsepersonellovens § 4 om faglig forsvarlighet, der helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og innhente bistand der det er nødvendig og mulig (www.lovdatab.no).

Martinsen sier at vi skal legge forholdene til rette for at tillit mellom sykepleier og pasienten skal vokse frem. Om pasienten får tillit til sykepleieren vil trygghet kunne oppstå, da tillit er grunnstein for å skape trygghet. Når sykepleieren viser oppriktig interesse og engasjement for pasienten, har en tilnæringsmåte som er empatisk og ekte vil kanskje pasienten få følelsen av velvære. I Martinsens omsorgsbegrep trekker vi også frem det moralske aspektet. Slik vi forstår dette må sykepleier i enhver pasientsituasjon tenke og reflektere over hva som

Gruppenr. 715

er det riktige å gjøre, og ha vilje til å handle til det beste for den andre. Når vi leser om Martinsens omsorgsbegrep er det mange viktige begreper som skiller seg ut. Empati, dekke behov, iverksette tiltak, vise respekt, ha gode fagkunnskaper, opplevelse av anerkjennelse, være moralsk etisk forsvarlig og omsorg er et mål i seg selv.

For å oppnå tillit og dermed trygghet, ser vi det som svært viktig at sykepleier har god nonverbal kommunikasjon. Vi vil her ta med et eksempel der en av oss har egen erfaring med å være pasient på sykehus. Denne erfaringen var en positiv opplevelse.

Situasjonen jeg var i føltes usikker og utrygg, men møtet med sykepleier gjorde at jeg slappet av og ble tryggere. Hun hilste med et godt håndtrykk og virket avslappet og tok seg god tid. Når jeg snakket virket hun oppriktig interessert, hun satt seg på sengekanten og holdt hånden min, møtte blikket mitt med et mildt smil og lyttet oppriktig til hva jeg sa. Jeg merket gjennom det verbale språket at hun hadde gode fagkunnskaper og hadde satt seg inn i min situasjon på forhånd. Gjennom det nonverbale språket merket jeg at hun hadde lyttet godt til hva jeg hadde sagt med å gjenta og bekrefte. Jeg følte at hun tok meg på alvor og ville det beste for meg, jeg fikk tillit til sykepleieren og følte meg trygg.

I følge Eide og Eide 2005, vil den nonverbale kommunikasjonen ofte bety like mye som den verbale i samspill med andre mennesker, noe jeg opplevde i min situasjon som pasient. Vi har utfra denne opplevelsen diskutert hvordan jeg som pasient ville ha hatt det hvis det hadde vært omvendt, altså om sykepleier hadde opptrådt spent, rastløs og avvisende. Hadde det vært tilfelle, er vi begge enige om at vi hadde blitt passive og mer innesluttet. Tilliten ville ikke vært tilstede og en situasjon som allerede er usikker ville ha blitt en større belastning.

4.3 Kommunikasjonsferdigheter

Gjennom våre praksisperioder har vi vært i situasjoner med pasienter der vi som studenter har vært usikre i forhold til våre kommunikasjonsferdigheter. Kanskje spesielt i situasjoner der pasienter har fått beskjed om alvorlig sykdom. Sorg og tap fører med seg følelser som sinne og tristhet og det kan være vanskelig å finne de rette ordene. Som studenter har vi kanskje ikke nok erfaring med slike situasjoner, derfor blir det noen ganger vanskelig å vite

hva man skal si. Vi har her diskutert hvor viktig det er å reflektere over slike situasjoner i etterkant. I vår utdanning og i praksisperiodene blir det satt av mye tid til å reflektere skriftlig og muntlig med veileder, noe som vi følte var veldig lærerikt og nyttig. Der fikk vi tatt opp vanskelige situasjoner og reflektert over ulike tilnæringsmåter, på den måten fikk vi delt våre egne og hørt andres erfaringer.

I artikkelen til Ammentorp mfl. 2007 fremhever de læringseffekten av rollespill og tilbakemeldinger. De påpeker også at helsepersonell må ha tro på seg selv i kommunikasjon med pasienter. I rollespill vil man kunne øve seg på å bli bedre sammen med andre, der man øver på enkeltferdigheter og får tilbakemelding på hva som er bra og hva man må øve mer på. Enkeltferdigheter som kan øves på er blant annet å bekrefte den andre verbalt og nonverbalt. I en samtale vil du bekrefte verbalt med ”ja” eller ”mm” dette er små verbale oppmuntringer som viser at du følger aktivt med på hva som sies. For å vise at du er interessert i hva som blir sagt må kroppsspråket, altså det nonverbale, være bekræftende. Øyekontakt, ansiktsuttrykk, berøring og kroppsholdning vil være av betydning. Med øynene signaliserer du at er interessert og at du viser respekt for den som snakker, med ansiktet kan du gi et mildt blikk og uttrykke sympati. Ved å holde pasienten i hånden vil du også vise omsorg og medfølelse, og din kroppsholdning må være henvendt mot den som snakker, for å vise oppmerksomhet. Det handler om å lytte aktivt til samtalen og er kanskje den viktigste og mest grunnleggende ferdighet i profesjonell, hjelpende kommunikasjon (Eide og Eide 2005 s.25).

I artikkelen til Raica 2009 har de testet treningsmodeller fra et annet yrke ut på helsepersonell for å bedre kommunikasjonen dem imellom. I artikkelen fremheves det at god kommunikasjon mellom leger og sykepleiere var av betydning for å sikre god og trygg behandling for pasienten. Etter studien kom de frem til en konklusjon at pågåenhet og en systematisk tilnærming var viktige komponenter av sykepleierens tro på egne kommunikasjonsferdigheter.

I begge artiklene kommer det frem at rollespill, tilbakemeldinger, kurs og å ha tro på egne ferdigheter er viktig for å utvikle og bedre kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasienter.

Å speile følelser er en annen ferdighet som kan trenes opp i kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Med dette forstår vi at sykepleier må observere tegn og uttrykk hos pasienten, for eksempel kan pasienten ha smerter uten å si noe. Dette kan vise seg ved en rynke i pannen eller en knyttet neve. Pasientens liggestilling i sengen kan også si noe om smerter, eksempel en sammenkrøllet liggestilling. Å speile følelser handler da om å sette ord på følelsene, eksempel jeg ser at du har smerter eller jeg ser du ikke har det bra. Dette kan være en fin måte til å få pasienten til å sette ord på og snakke om følelsene sine, bearbeide dem og gjenkjenne dem. I Eide og Eide 2005 beskriver de, det å stille spørsmål og det å utfordre den andre til å reflektere, som en enkeltferdighet som kan øves på for å bli bedre i å kommunisere. Å stille spørsmål som utdyper det pasienten mener. Eksempel her kan være å gjenta det pasienten har sagt, med et nytt ledende spørsmål, som får pasienten til å reflektere og bidra til å tydeliggjøre det han vil snakke om.

Fra sykepleierens side vil det å ha følelsen av å mestre disse enkeltferdighetene i en kommunikasjonsprosess, kanskje bidra til å øke sin egen mestringstro. Etter en samtale vil også sykepleier få signaler nonverbalt, også kanskje verbalt, fra pasienten om det har vært en god samtale eller ikke. Gode tilbakemeldinger vil kanskje øke selvtillit og selvinnsett som sykepleier vil ha med seg i neste møte med en ny pasient. Det som er viktig å huske på at alle disse kommunikasjonsferdighetene må øves på og beherskes, slik at de kan brukes sammen i kombinasjon for å få et best mulig resultat. I artikkelen til Ammentorp mfl. 2007, er det gjort studier på at helsepersonellens personlige kunnskap, psykiske tilstand og selvbilde kan være av betydning i forhold til å ha tro på seg selv i bestemte oppgaver. Vi tolker dette dit hen at mye erfaring gir mer personlig kunnskap, men viljen til å tilegne seg ny kunnskap må være der. Sykepleierens psykiske helse kan være av betydning, slik vi forstår dette kan det være vanskelig å gi av seg selv, hvis man har det tungt og vanskelig i sitt private liv. Konsentrasjonen kan være dårligere og kanskje det blir vanskeligere å sette seg godt inn i pasientens situasjon. Dette trenger ikke å være tilfelle, da alle er forskjellige og håndterer psykiske belastninger forskjellig. Med dette mener vi at mange greier å stenge ute det som skjer i det private for å være tilstede i situasjonen på jobb, men som det sies i artikkelen så kan den psykiske helsen være av betydning. Å ha et dårlig selvbilde kan føre til at troen på seg selv blir dårligere. Vi har diskutert at tilbakemelding og å ha andre rundt seg kan øke selvtillit og selvbilde. Mangel på tilbakemelding kan føre til misforståelser ved at du ikke får bekreftelse på god eller dårlig jobb. Hvis du tror du gjør en god jobb, men får

tilbakemelding på det motsatte, handler det om å ta kritikken til etterretning, reflektere og lære av situasjonen.

Ingen av oss hadde jobbet på sykehus før vi begynte med vår utdanning, og det var mange situasjoner vi kom opp i som var helt nye og utfordrene. Det å være nært et menneske med alvorlig sykdom eller skade, får frem mange følelser og tanker, også om vårt eget liv. Redselen for å si noe galt var ofte tilstede, og vi har nå i slutten av vår utdanning snakket om at det i mange situasjoner kunne vært en fordel å ha lært mer om kommunikasjonsferdigheter/teknikker.

I denne kommunikasjonsprosessen vil det skje mye mellom sykepleier og pasient, alt som blir sagt og gjort blir observert, vurdert og tolket av pasienten. Grunnleggende behov er truet, og pasienten har kommet i et avhengighetsforhold der han trenger hjelp og støtte fra andre til å gjenvinne sine egne ressurser. Sykepleier bruker her sykepleieprosessen for å avdekke behov, iverksette tiltak, mål og evaluere resultatet. Målet er nevnt tidligere å skape en relasjon der pasienten får tillit og opplevelse av trygghet. Kommunikasjonsprosessen og ferdighetene blir et viktig verktøy og hjelpemiddel for å oppnå målet i vår problemstilling.

5. KONKLUSJON

Hvordan kan sykepleierens kommunikasjonsferdigheter bidra til at pasienten opplever trygghet og tillit ved en akutt sykehusinnleggelse?

Å bli akutt syk og bli lagt inn på sykehus er en brå forandring i menneskets liv og man er kommet i en situasjon der avhengighetsforholdet til andre mennesker blir synlig. Grunnleggende behov er truet og pasienter opplever svikt i ivaretagelsen av egne ressurser. Usikkerhet rundt egen helse og fremtid kan være en følelsesmessig belastning og behovet for informasjon er stort. Å møte helsepersonell som kan skape en trygg og tillitsfull atmosfære vil i denne sammenhengen være svært viktig. For å nå målet her er kommunikasjon mellom sykepleier og pasient viktig, og kommunikasjonsferdighetene blir et sentralt hjelpemiddel/verktøy. Disse enkeltferdighetene må øves på og brukes i kombinasjon for å oppnå et best mulig resultat. Ved mottakelse av ny pasient på post må ikke pasienten ligge for lenge på gangen før det oppstår en kontakt med sykepleier, dette for å forhindre at pasienten skal føle seg oversett og ubekvem. Informasjonen må gis på en hensynsfull måte med norske forståelige ord. Informasjonen må ofte deles opp, der det må vurderes hvor mye informasjon pasienten er mottakelig for. Ved det første møtet er det ofte nok å gi en kort informasjon om situasjonen, forklare hvem som er ansvarlig lege og sykepleier og litt om hva som skal skje fremover.

Begrepet brukermedvirkning, altså det å involvere pasienten i beslutninger som gjelder ens egen helse og situasjon, er en selvfølge for at pasienten skal føle seg respektert og ivarettatt. Altså en forutsetning for å oppnå tillit og dermed trygghet.

Sykepleierens verbale og nonverbale kommunikasjonsferdigheter i det første møtet blir tolket og vurdert av pasienten. Førsteintrykket pasienten får er viktig, og kan være avgjørende for totalopplevelsen. Sykepleier må være ærlig, forståelig og varsom. Å lytte til hva pasienten sier er svært viktig, kroppsholdning, mimikk og blick er alt svært viktig for å skape tillit og trygghet. Å vise pasienten at du har tid til ham, ”å ha en jeg er her for deg” holdning er betydningsfullt. Respekt, omsorg og moral må være verdier som står høyt i fokus hos sykepleieren for å oppnå målet i vår problemstilling.

6. ETTERORD

Å jobbe med denne oppgaven har vært både utfordrene og lærerikt. Vi ser i etterkant at vi begynte for sent med innhenting av primærlitteratur noe som gjorde at mye var utlånt. Vi kom også for sent i gang med skrivingen, men har de siste ukene jobbet intensivt. I forhold til teoridelen har vi nok brukt litt for mye tid på den, den ble også litt for lang. Vi har derfor brukt tid på å redigere den. I drøftingsdelen har vi hele tiden prøvd å holde fokus på problemstillingen siden det kan være fort gjort å ramle ut av den. Føler at vi har klart dette. Vi har prøvd å strukturere drøftingen, men det har vært en utfordring. Vi har fått god veiledning på overskrifter, oppsett og metodedel.

I teoridelen har vi jobbet litt individuelt og litt sammen, vi fant ut at vi fikk best resultat ved å sitte sammen og hadde fokus på dette i drøftingsdelen. Samarbeidet har vært best under drøftingen der vi har hatt mange diskusjoner i forhold til å prøve å belyse vår problemstilling.

Etter å ha jobbet med denne oppgaven føler vi at vi sitter igjen med mye mer kunnskap om vårt tema, som vi kan ha god nytte av når vi nå snart skal ut i yrket og jobbe som sykepleiere.

7. Litteraturliste

Pensumlitteratur:

Brinchmann, Berit (2007). De 4 prinsippers etikk- velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I: Brinchmann, Berit (red.) *Etikk i sykepleien*.s.73-87. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Dalland, Olav. (2008) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fagermoen, May Solveig. (2007). Samtaler, undervisning og veiledning. I: Almås, Hallbjørg (red.) *Klinisk Sykepleie- bind1. s. 12-30*. Oslo: Gyldendal Akademisk AS

Hummelvoll, Jan Kåre. (2008) *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Håkonsen, Kjell Magne (2006). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, Nina Jahren mfl. (2006). Om sykepleie. I: Kristoffersen, Nina Jahren mfl. (red.) *Grunnleggende sykepleie- bind1. s. 12-27*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, Nina Jahren. (2006). Teoretiske perspektiver på sykepleie I: Kristoffersen Nina Jahren, mfl. (red.) *Grunnleggende sykepleie- bind4. s. 13-99* Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS

Mæland, John Gunnar. (2005) *Forebyggende helsearbeid. I teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Sneltvedt Torild (2007). Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier. I: Brinchmann, Berit (red.) *Etikk i sykepleien. S. 135-148*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Sneltvedt Torild (2007). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I: Brinchmann, Berit (red.) *Etikk i sykepleien. S.88-104*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Thorsen, Rolf. (2006). Trygghet. I: Kristoffersen Nina Jahren, mfl. (red.) *Grunnleggende sykepleie- bind3 s. 13-38*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Veileder til forskrift: IS 1201 (2004) ”Kvalitet i pleie og omsorgstjenesten”. Sosial og helsedirektoratet.

Selvvalgt litteratur:

*Eide, Tom og Eide, Hilde. (2005) *Kommunikasjon i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Eide, Tom og Eide, Hilde. (2011) *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

*Kirkvold Marit. (2001) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

*Martinsen Kari. (1993) *FRA MARX TIL LØGSTRUP Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo, TANO A.S

*Martinsen, Kari, (2000) *Øyet og kallet*. Polen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS
Røkenes, Odd Harald & Hanssen, Per-Halvard. (2002) *Bære eller breste-Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

*Moesmand Anna Marie og Astrid Kjøllesdal.(2004) *Å være akutt kritisk syk. Om pasientenes og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov*. Oslo : Gyldendal Norsk Forlag AS

*Samuelson, Anne Gerd. (2005) *Kunsten i samspill*. 2.utgave 2006. Oslo: Kommuneforlaget AS.

*Travelbee Joyce. (2007) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Gruppenr. 715

Ammentorp, J.m.fl. (2007). *The effect of training in communication skills on medical doctors, and nurses, self- efficacy*: A randomized controlled trial. *Patient Education and counselling*, 66 (3) s. 270-277.

Raica, A Dagmar (2009). *Effect of action-oriented communication training on nurse's communication self-efficacy*. *Research for practice*, 18 (6) s. 343-359.

<http://www.lovddata.no/all/t1-19990702-063-003.html>

<http://www.lovddata.no/all/t1-19990702-064-002.html>

.

