



BACHELOROPPGAVE:

**ASPEKTER VED SYKEPLEIE I
AKUTTMOTTAK – FRYKT, ANGST OG
STRESS**

FORFATTERE:
PETTER AUKRUST STENSAAS
MARI HAYDEN TARALDSEN

DATO: 09.05.2014

BACHELOR I SYKEPLEIE
VÅREN 2014
AVDELING FOR HELSE, OMSORG OG SYKEPLEIE

SAMMENDRAG

Tittel:	Aspekter ved sykepleie i akuttmottak – Frykt, angst og stress	Dato : 09.05.14
Deltaker(e)/	Petter Aukrust Stensaas Mari Hayden Taraldsen	
Veileder(e):	Siri Gunn Simonsen	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkel ord (3-5 stk)	Frykt, angst, stress, sykepleier, akuttmottak	
Antall sider/ord:11765	Antall vedlegg: 0	Publiseringsavtale inngått: ja
<p>Bakgrunn: Frykt og angst er følelsesreaksjoner som kan medføre ubehag, og komplisere pasientenes sykdomsforløp. Kunnskaper om indikatorer og håndtering er avgjørende for at sykepleier skal kunne yte optimal omsorg til pasienter i akuttmottak.</p> <p>Hensikt: Belyse frykt- og angstfølelsens tilknytning til stress, og hvordan følelsene påvirker pasient og sykepleier i akuttmottak.</p> <p>Metode: Det er gjennomført systematisk søk etter forskningsartikler. Syv forskningsartikler danner grunnlaget for studien.</p> <p>Funn: Akuttmottaket kan være et stressende miljø. Frykt- og angstfølelsene preger mange pasienter, noe som stiller store krav til sykepleier. Det eksisterer en rekke ulike indikatorer på frykt og angst. Tiltak for håndtering av følelsesreaksjonene er blitt identifisert. De mest anerkjente tiltakene oppgis å være ulike former for kommunikasjon og farmakologisk intervensjon.</p> <p>Konklusjon: Håndtering av frykt og angst skal være et mål for sykepleier i akuttmottak. Følelsesreaksjonene er normale reaksjoner, som når tilstede, vil kunne forstyrre kroppens indre miljø og forverre pasientens sykdomstilstand.</p>		

ABSTRACT

Title:	Aspects of emergency room nursing – Fear, anxiety and stress	Date : 09.05.14
Participants/	Petter Aukrust Stensaas. Mari Hayden Taraldsen.	
Supervisor(s)	Siri Gunn Simonsen	
Employer:		
Keywords (3-5)	Fear, anxiety, stress, nurse, emergency room	
Number of pages/words: 11765	Number of appendix: 0	Availability: open
<p>Background: Fear and anxiety are emotional reactions which can cause discomfort and complicate the course of the illness in patients. Knowledge of indicators and handling is necessary for the nurse’s ability to yield optimal care.</p> <p>Purpose: To shed light on feelings of fear and anxiety in relation to stress, and how these factors influence the patient and the nurse in the emergency room.</p> <p>Method: There has been made a systematic search for research papers, from which seven articles form the basis for this thesis.</p> <p>Findings: The emergency room can be a stressful environment. Fear and anxiety characterize many of the patients. This makes certain demands on the nurse, as there is a range of indicators for fear and anxiety. Measures for the correct handling of the emotional reactions have been identified. The most recognized measures is different forms of communication and pharmacologic intervention.</p> <p>Conclusion: Correct handling of fear and anxiety should be a prioritized goal for the emergency room nurse. These emotional reactions are normal reactions that, when present, could disturb the organism’ homeostasis and complicate the illness in patients.</p>		

*Anxiety is the rust of life,
destroying its brightness
and weaking its power.
A childlike and abiding trust in Providence
it's best preventive and remedy.*

Tryon Edwards (1809-1894).

INNHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	2
ABSTRACT	3
1.0 INNLEDNING	6
1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA	7
1.2 RELASJON TIL SEKSJONENS FORSKNINGSOMRÅDER	7
1.3 FORMÅL OG HENSIKT MED OPPGAVEN	8
1.4 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	8
2.0 BAKGRUNNSLITTERATUR	9
2.1 ANGST OG FRYKT	9
2.2 STRESS	10
2.3 STRESSRESPONSEN I KORTE TREKK	12
2.4 STRESS OVER TID	13
2.5 SYKEPLEIERS TILNÆRMING TIL PASIENTER	14
2.6 KOMMENTARER TIL BAKGRUNNSLITTERATUREN	16
3.0 METODE	17
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE	17
3.2 KILDEKRITIKK	18
3.3 FORSKNINGSETIKK	19
3.4 SØKEPROSESSEN	19
3.4.1 TABELL 1. STRUKTURERTE SØK	22
3.4.2 TABELL 2. USTRUKTURERTE SØK	24
3.4.3 KOMMENTARER TIL SØKEMATRISENE	24
3.5 KOMMENTARER TIL EGEN METODE	25
4.0 RESULTAT	27
4.1 TABELL 3. SKJEMATISK FREMSTILLING AV ARTIKLENE	28
4.2 ANALYSE OG RELEVANS	32
4.3 SAMMENFATTING AV RESULTATER	36
5.0 DISKUSJON	39
5.1 SETT MED PASIENTENS ØYNE	39
5.2 SYKEPLEIEN TIL DENNE PASIENTGRUPPEN	40
5.3 RESULTATETS BETYDNING FOR SYKEPLEIE	44
5.4 KRITISK VURDERING AV VALGT LITTERATUR, FORSKNINGSETIKK OG METODISKE OVERVEIELSER	45
6.0 KONKLUSJON	47
7.0 LITTERATUR	49

Antall ord: 11765

1.0 INNLEDNING

I helsetilsynets rapport (2008) viser det seg at det, i mer enn halvparten av alle akuttmottak i Norge, er usikkert om pasientene får den oppfølgingen og diagnostiseringen de skal ha. Videre viser rapporten at det er stor pågang av pasienter i akuttmottak, noe som medfører at pasienter med uavklarte tilstander må vente lenge.

I spesialisthelsetjenesten er det akuttmottaket som drifter akuttmedisin. Akuttmedisin er et bredere fagområde enn hva som kanskje blir oppfattet. Kunnskaper og ferdigheter om forebygging og akutte tilstander, både somatisk og psykisk, gjør seg blant annet gjeldende for akuttmottakets ansatte (Bjørnsen og Uleberg 2012). Det kommer frem i Helse og Omsorgsdepartementets NOU-rapport (1997), "*pasienten først*", at alle forslag til behandling skal bygge på faglig vurdering. Eventuelle andre lidelser, behandlinger, bivirkninger og interaksjoner som kan være med på å forverre pasientens helsetilstand, skal tas hensyn til. Akuttmottaket er på mange måter inngangsporten til sykehuset. Pasientgruppene er varierte, det kan være alt fra pasienter med livstruende sykdom, til pasienter med uklare diagnoser og sykdomstilstander som har behov for observasjon, uten at det er nødvendig med akutt behandling (Helsetilsynet 2008).

Møtet med sykehus kan for mange være en skremmende opplevelse, og for pasienter kan et akuttmottak oppleves som et svært stressende miljø. I tillegg til å befinne seg på et ukjent sted, kan opplevelser av smerte, angst, tap av kontroll, følelse av maktesløshet og desorientering være med på å prege situasjonen. En traumatisk hendelse kan også for mange bli ledsaget av følelser som frykt og angst (Håkonsen 2011, Ferns 2007).

Bone m.fl. (1995) beskriver at mennesker som opplever en truende situasjon responderer med følelser som uro, anspenhet, engstelse og bekymring. Det er en smertefull opplevelse som advarer organismen om at tiltak må iverksettes for å redusere den opplevde, eller forestilte trusselen. Angst kan forstyrre normale kognitive funksjoner, og kan gjøre en person ute av stand til å tenke eller oppfatte ting klart. De fysiologiske indikatorene på angst er mangfoldige og styres av responsen bak "kamp-flukt"

mekanismen (Ibid). Hensiktsmessig respons fra “kamp-flukt” mekanismen, er en avgjørende forutsetning for følelse av velvære, tilstrekkelig utførelse av oppgaver og positive sosiale interaksjoner. Uhensiktsmessig respons av “kamp-flukt” mekanismen svekker vekst og utvikling, og kan på sikt utvikle seg til å bli en del av endokrine, metabolske, auto-immune eller psykiatriske lidelser (Charmandari, Tsigus og Chorosos 2005).

1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA

Valget av tema “Aspekter ved sykepleie i akuttmottak – Frykt, angst og stress” ble gjort på bakgrunn av interessen for å lære mer om samspillet mellom følelsesmessige reaksjoner og fysiologiske forandringer. I følge Håkonsen (2011) er kriser, stress og psykiske lidelser naturlige fenomener som stiller sykepleiere ovenfor utfordringer i praksis hverdagen. Nysgjerrighet rundt denne påstanden gjorde at man også ønsket å se nærmere på hvordan sykepleiere kan håndtere disse utfordringene, og hvilke konsekvenser det vil kunne gi dersom de ikke blir viet oppmerksomhet.

Et akuttmottak kan være en arena der følelsesreaksjonene frykt og angst tydelig kommer til uttrykk. Norsk Sykepleierforbunds etiske retningslinjer sier blant annet at sykepleier skal ivareta hver enkelt pasients behov for omsorg. Sykepleier skal gi pasienten håp, mestring og livsmot (Norsk Sykepleierforbund 2014). Kunnskap om temaet er svært relevant, og overførbart i mange situasjoner en sykepleier kan stå overfor. Både i arbeidssammenheng, men også ellers i hverdagen.

1.2 RELASJON TIL SEKSJONENS FORSKNINGSOMRÅDER

Høgskolen i Gjøvik har etablert ulike forskningsområder ved de forskjellige seksjonsområdene som skolen tilbyr. Innenfor seksjonsområde sykepleie finner vi ulike delområder, henholdsvis utdanningskvalitet, kvalitet i sykepleie og helse i dagliglivet (Lillemoen 2012). “Klinisk sykepleieforskning retter seg mot fenomener som er knyttet til sykepleierens funksjons- og ansvarsområder i den praktiske hverdagen, som studeres fra for eksempel et pasient-, pårørende – eller sykepleieperspektiv” (Borø 2013). Med hensyn til seksjonens forskningsområder, vil denne oppgaven relateres til forskning innenfor delområdet: “Kvalitet i sykepleie”. Dette området inneholder fokusområdene: “Pasienters

behov og sikkerhet” og “Personalets funksjon og sikkerhet”. Områdene omfatter utvikling av kunnskap som knytter seg opp imot grunnleggende behov og pasientsikkerhet hos blant annet pasienter og pårørende, og personalets funksjon rettet opp mot arbeidssituasjon og samvirke med andre ulike yrkesgrupper (Lillemoen 2012).

1.3 FORMÅL OG HENSIKT MED OPPGAVEN

Oppgavens hensikt er å belyse følelsesreaksjonene frykt og angst, og deres tilknytning til stress. Videre er hensikten å bevisstgjøre sykepleiere på hvilke komplikasjoner som kan oppstå, dersom man overser frykt og angst hos syke/skadde pasienter. I tillegg til å danne et bilde av hvordan sykepleiere direkte kan være med på å regulere, og dermed påvirke utfallet, av disse følelsesreaksjonene hos pasienten.

1.4 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING

“Håndtering av frykt og angst - et mål for sykepleiere i akuttmottak?”

2.0 BAKGRUNNSLITTERATUR

I dette avsnittet presenteres oppgavens bakgrunns litteratur. Den presenterte litteraturen er ment å anvendes som en kilde til forståelse av oppgavens ulike aspekter.

2.1 ANGST OG FRYKT

I følge Håkonsen (2011) er frykt en tankemessig reaksjon og en vurdering av noe farlig. Når et menneske uttrykker at det er noe en frykter, så sikter man til noe konkret. Det kan være en spesifikk situasjon eller hendelse som fremkaller følelsen av frykt. Frykten kan også være reell, fordi en vurdering av at noe er farlig, faktisk kan være det og på den måten vil frykthfølelsen være til hjelp. Frykthfølelsen vil gjøre oss bedre rustet til å motstå eller håndtere det man står ovenfor. Kort sagt er frykt vanligvis en normal reaksjon på noe som er farlig eller truende, og vi vet hva vi er redd for (Håkonsen 2011).

I følge Kierkegaard (2004) er angst et mer diffust begrep, med mange ansikter. Travelbee (2007) definerer angst som “en subjektiv erfaring karakterisert ved spenning, rastløshet og uro, utløst av en reell eller imaginær fare som truer behovsoppfyllelsen”. Det finnes mange likheter mellom frykt og angst. Begge er en reaksjon på truende situasjoner. Forskjellen på de er i følge Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke (2010) at angst er en mindre spesifikk form for frykt. Ved frykt er objektet for frykten definert, dette er ikke tilfellet ved angst (Håkonsen 2011).

Både angst og frykt finnes i varierende grader av styrke. Dette spenner seg fra lette og normale reaksjoner til paniske anfall, som de man kan se ved angstlidelser (Håkonsen 2011). Under normale omstendigheter bidrar både angst og frykt til at organismen forbereder seg bedre gjennom aktivering av “kamp-flukt” responsen (Ibid). Denne responsen fører til at kroppen, gjennom utskillelse av en serie hormoner, havner i alarmberedskap. Likhetsstrekk ved dette kan trekkes til feberens rolle i immunforsvaret, den er et symptom på at noe er galt (Ibid). Mennesket har den egenskapen at den stoler på kroppens egen evne til å vurdere trusler og respondere deretter (Skårderud, Haugsgjerd &

Stänicke 2010). Denne hensiktsmessige siden av angst har spilt en viktig rolle i menneskets overlevelse (Beck 1985, i Håkonsen 2011).

2.2 STRESS

Begrepet stress brukes til daglig om ulike typer belastninger og påkjenninger (Håkonsen 2011). I følge Selye (1978) vil stress i likhet med begrepet *suksess* eller begrepet *mislykket*, har ulik betydning fra menneske til menneske. Videre beskriver Selye at stressbegrepet er vanskelig å definere. I følge Espnes og Smedslund (2009) har stress vært definert på tre forskjellige måter. Oppgaven forholder seg til Selyes definisjon på stress som lyder, “kroppens uspesifikke reaksjon på enhver belastning” (Selye 1978 s. 134).

Gjennom medisinsk forskning fant Selye (1978) ut, at kroppen reagerer på stress etter et typisk mønster av biokjemiske forandringer. I denne sammenheng menes biokjemiske forandringer utskillelsen av hormoner spesifikk for stress (Wyller 2011b). I følge Håkonsen (2011) påvirkes stressresponsen av følelsesmessige- og kognitive faktorer. Videre beskriver Håkonsen (2011) at stress kan være en blanding av positive og negative opplevelser – frykt og angst er eksempler på negative opplevelser, mens mestring kan være et eksempel på en positiv opplevelse. Selv om de stressproduserende faktorene er ulike, fremkaller de stort sett de samme fysiologiske reaksjonene. Alle former for stress vil kunne utløse en kroppslig respons. Stressresponsens oppgave er å sette organismen i beredskap, dette for å øke organismens fysiske yteevne, slik at kroppen klarer å mestre stressfaktoren (Wyller 2011b). For eksempel vil toppidrettsutøvere være utsatt for en slik prosess i forkant av en stor konkurranse.

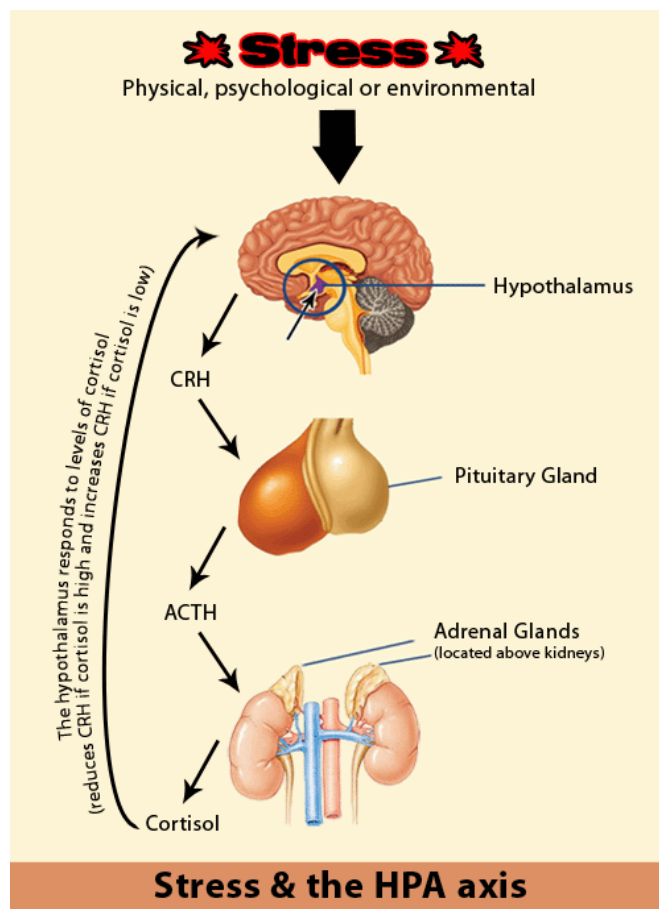
Det er organismens celler som sørger for en stabil opprettholdelse av kroppens indre miljø, også kjent som homeostasen (Wyller 2011a). Hypothalamus er en av delene i hjernen som har stor betydning for reguleringen av kroppens indre miljø (Sand m.fl. 2009). Dersom kroppen blir utsatt for en hendelse eller tilstand som oppfattes som truende for homeostasen, må organismens organer kompensere for dette. Dette for at kroppen skal kunne opprettholde en uforandret homeostase, og for å unngå sykdomsutvikling (Wyller 2011a). Kroppens organer reguleres ved hjelp av nervesystemet og det endokrine systemet (Wyller 2011a). Det endokrine systemet og nervesystemet sørger for at cellene i kroppen kommuniserer, der hypothalamus fungerer

som et bindeledd mellom disse. Dette gjøres ved at begge systemer benytter seg av signalmolekyler, som videreformidler beskjeder til cellene. På den måten kan kroppens celler samarbeide for å opprettholde kroppens indre miljø (Sand m.fl. 2009).

Adrenalin og noradrenalin, felles kalt katekolaminer, produseres i binyremargen. Hormonene sirkulerer fritt i blodet, har en svært kort levetid, og de brytes hurtig ned. Nedbrytningen skjer hovedsakelig i nyrer og lever. Adrenalin er et av kroppens stresshormoner. Normalt er utskillelsen av katekolaminer lav, men ved en stress situasjon øker utskillelsen kraftig (Sand m.fl. 2009). Dette skjer fordi binyremargen mottar sympatiske nevroner, nerveaktiviteten øker og adrenalinutskillelsen øker (Wyller 2011b). Adrenalin øker blant annet den perifere karmotstanden noe som igjen vil resultere i økt blodtrykk. Hjerterets kontraksjonsevne øker i styrke og frekvens, noe som resulterer i økt minuttvolum. Adrenalin fører også til en økt konsentrasjon av glukose og frie fettsyrer i blodet. I tillegg virker adrenalin inn på økningen av blodtilstrømming til skjelettmuskulatur, og nedsatt tilførsel til hud og organer (Sand m.fl. 2009).

Binyrebarken produserer glukokortikoider. Av glukokortikoidene er kortisol den viktigste. Kortisol er et av kroppens stresshormoner. Adrenokortikotropt hormon (ACTH), er et peptidhormon som skilles ut fra hypofysen, og regulerer produksjonen av kortisol. Når kroppen utsettes for påkjenninger over lengre tid, øker produksjonen av kortisol. Kortisol sirkulerer i blodet bundet til kortikosteroidbindende globulin (CBG), eller som fri form. Kortisol har effekt på alle cellene i kroppen, men med ulik virkning. Et eksempel er at store mengder kortisol har en antiinflammatorisk effekt. I tillegg til dette stimulerer kortisol til økt nedbrytning av fett og protein som igjen fører til økte mengder amino- og fettsyrer i blodet. Resultatet av dette er en økt glukosekonsentrasjon i blodet, samt en økning av glykogenlagrene i vevet. Kortisol har en veksthemmende effekt og bidrar til økt nedbrytning av proteiner i mange vev. Dette fører til at kroppen, i en stressituasjon, benytter seg av sine egne ressurser for å dekke cellenes energibehov (Sand m.fl. 2009).

2.3 STRESSRESPONSEN I KORTE TREKK



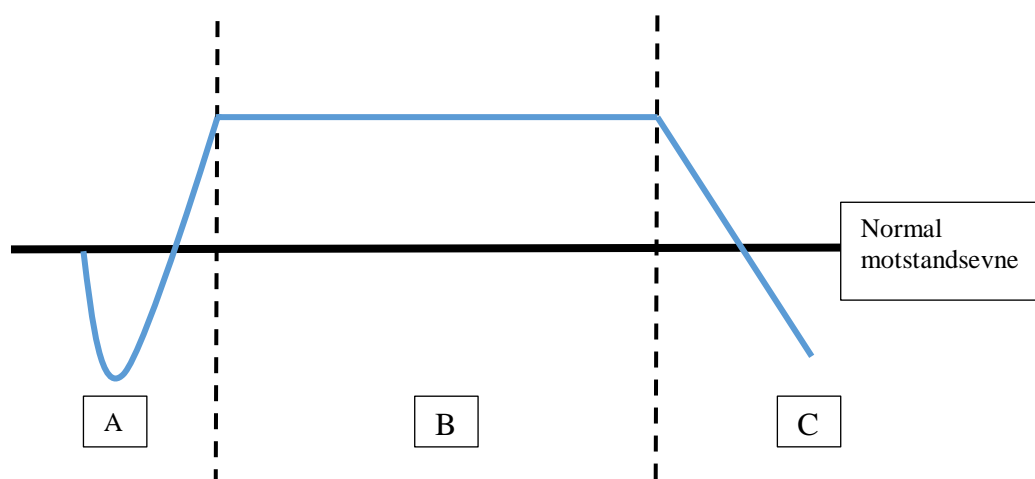
(Figur 1: Kroppens stressrespons) Copyright @ 2012 of Total-Body-Psychology

Gjennom ulike reseptorer, som blant annet nociseptorer og afferente nervefibre, kan kroppens sentrale nervesystem oppdage en stressfaktor. Stressfaktoren kan oppfattes som truende for kroppens homeostase, og kroppen vil forberede en "kamp-flukt-respons". Hypothalamus aktiverer det endokrine systemet og det autonome nervesystemet. Det autonome nervesystemet aktiverer glatt muskulatur, og binyremargen stimuleres til å øke utskillelsen av adrenalin og noradrenalin. Hypofysen signaliserer til økt utskillelse av CBG-hormon (kortikosteroidbindende globulin), som stimulerer til økt utskillelse av ACTH (adrenokortikotrop hormon) i hypofysen. ACTH signaliserer deretter binyrebarken til en økt utskillelse av glukokortikoider. Hypothalamus signaliserer også til redusert parasympatisk nerveaktivitet (Wyller 2011b). Ved denne reaksjonen prioriterer kroppen hvilke organer som skal benyttes, for å kunne yte best mulig motstand mot den utløsende trusselen. Kort oppsummert vil blodtrykket øke, hjertets minuttvolum øke, nivået av glukose i blodet vil øke, det vil bli en økt blodstrøm til skjelettmuskulaturen,

samt redusert blodstrøm til tarm og hud og en økt plasmakonsentrasjon av frie fettsyrer (Wyller 2011b).

2.4 STRESS OVER TID

Selye (1978) presenterte en teori, om hvordan menneskekroppen tilpasser seg stress over tid; Generell Adaptasjons Syndrom (GAS). Generell Adaptasjons Syndrom, også kalt det biologiske stress-syndrom. Dette er en fremstilling av hvordan organismen reagerer på stress over tid. GAS er inndelt i tre stadier, alarmreaksjonen, motstandsstadiet og utmattelsesstadiet. Teorien er utviklet gjennom dyreforsøk, men Selye antok at disse resultatene kunne gjenspeiles hos mennesket. I følge Håkonsen (2011) kan denne modellen kun brukes som en illustrasjon, da man hos mennesket også må ta hensyn til psykologiske forhold som også vil påvirke evnen til å motstå stress.



(Figur 2: Generell Adaptasjons Syndrom. Illustrasjon med utgangspunkt i Selyes figur (1978, s.37).

- A) Alarm-reaksjonen: Kroppen viser de første forandringer som svar på en stressfaktor (Selye 1978). Ved dette stadiet viser kroppen de samme reaksjonene som ved “kamp-flukt-responsen” (Espnes og Smedlund 2009).

- B) Motstands-stadiet: Ved stadiet 1, alarm-stadiet, frigjør de fysiologiske reaksjonene energi. Det er denne energien som skal “ta seg av” trusselen som kroppen oppfatter, det er her motstanden iverksettes (Espnes og Smedlund 2009). Det er i denne fasen kroppens evne til å stå imot en stressreaksjon er på sitt ytterste (Håkonsen 2011). Dersom kroppen må være i denne beredskapssituasjonen over tid, vil dette være belastende i seg selv. Dette fordi det allerede er et økt nivå av hormoner (stresshormoner og katekolaminer) i blodet, som vil kunne forstyrre kroppens homeostase ytterligere (Espnes og Smedlund 2009).
- C) Utmattelses-stadiet: Etter en lengre periode med påvirkning av den samme stressfaktoren, er kroppen tilslutt utmattet (Selye 1978). Kroppens energilager er tømt, og stressbelastningen bryter ned motstandsevnen (Håkonsen 2011). Kroppen vil ikke vende tilbake til optimal homeostase, og kroppens evne til alarmberedskap reduseres (Espnes og Smedlund 2009).

2.5 SYKEPLEIERS TILNÆRMING TIL PASIENTER

I følge Travelbee (2007) innebærer rollen som sykepleier at man er seg selv, og benytter seg av sine ressurser i terapeutisk samhandling med pasienten. Begrepet *terapeutisk* kan defineres som “det som gjelder behandling av sykdom eller plage ved hjelp av virksomme midler eller metoder; helbredende. . .” (Travelbee 2007 s. 44). Når en sykepleier bruker seg selv terapeutisk, omhandler dette at en har innsikt i det å være et menneske (Travelbee 2007). Det å bruke seg selv handler om å bruke fornuft og intelligens. For å kunne bruke seg selv terapeutisk er det helt nødvendig at en sitter inne med gode kunnskaper og innsikt i vitenskapelige prinsipper og begreper. Sykepleier bruker bevisst sine egne kunnskaper og sin personlighet med det formål å frembringe endring hos den syke (Ibid). Det er denne endringen som anses som terapeutisk når den lindrer den sykes plager (Kristoffersen 2011a). Videre kreves det at sykepleier har selvinnikt, selvforståelse og innsikt i menneskelig atferd. Man må vite at en er i stand til å kunne drøfte sine egne oppfatninger av sykdom, lidelse og død (Travelbee 2007). “Skal en kunne bruke seg selv effektivt som endringsagent, eller handle effektivt i sykepleiesituasjoner, er det vesentlig at en vet hvordan ens egen atferd virker inn på andre” (Travelbee 2007 s. 44).

Travelbee hadde ikke tro på et “sykepleier-pasient-forhold”, og mente at sykepleieren måtte tre inn i rollen som menneske, for og på den måten kunne etablere et menneske-til-menneske forhold (Travelbee 2007). Videre hevdet Travelbee at sykepleierens hensikt ikke skulle ha handling som et mål, men som et middel til å hjelpe andre, og den beste måten å kunne oppnå det på, var igjennom et menneske-til-menneske forhold (Kristoffersen 2011a). Travelbees definisjon på forholdet lyder som følger “et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring som finner sted mellom sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkennetegnene ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt “ (Travelbee 2007 s. 177). Videre beskriver Travelbee at kommunikasjon er et viktig hjelpemiddel ved etablering av et menneske-til-menneske-forhold (Kristoffersen 2011a).

Kommunikasjon og samhandling med pasienten er en forutsetning for utøvelse av sykepleie, og er grunnleggende ferdigheter for enhver sykepleier (Kristoffersen 2011b). Store norske leksikon (2014) definerer kommunikasjon som “det å dele tanker med andre individer, på en overlagt og uforbeholden måte”. I følge Kristoffersen (2011b) kan de grunnleggende ferdighetene plasseres i to ulike grupper. Avklarende/fokuserende ferdigheter, som for eksempel kroppsstilling, gjentakelse av setninger og ord, ulike typer spørsmål og speiling. Relasjonskapende ferdigheter kan for eksempel være aktiv lytting. Sykepleier må bruke seg selv som person, og ferdighetene kan ikke begrenses til en teknikk. Sykepleier bruker disse ferdighetene ved undervisning, veiledning og informasjon (Ibid). Dette er også sentrale aspekter ved det å føle empati ovenfor et annet menneske.

I følge Håkonsen (2011) handler empati om å forstå, lytte og formidle. Videre sier han at det er evnen til å kunne forstå den andre parts erfaringer, meninger og opplevelser. Store norske leksikon (2014) definerer empati som “evnen til innlevelse i et annet menneskes situasjon eller tankeliv”. Travelbee (2007) beskriver at empati ikke er noe som kommer av seg selv, men at det er en bevisst prosess, som gir en opplevelse av å forstå. Gjennom empatiprosessen oppnår man evnen til å forstå atferden til den man har opplevd empati med (Ibid). Videre beskriver Travelbee (2007) at empati er en nøytral prosess. I motsetning til empati, har man ved sympati og medfølelse, et ønske om å lindre plagene som er tilstede hos den andre part. Ved sympati og medfølelse blir man i stand til å kunne

sette seg inn i den andre parts plager, fordi man deltar i andres følelser, og opplever medlidenhet (Ibid).

2.6 KOMMENTARER TIL BAKGRUNNSLITTERATUREN

Det er i oppgaven lagt vekt på å benytte primærkilder ved faglitteraturen, men vi har sett oss nødt til å også bruke pensum litteratur, samt annen relevant faglitteratur. Dette er valg som ble gjort da det på flere områder har vist seg å være utfordrende å anskaffe primærkilder.

Det har vært vanskelig å begrense oppgavens bakgrunns litteratur, da det er mange sentrale og krevende begreper som favner hverandre. Allikevel mener vi at vi har presentert elementer ved de ulike begrepene, som vi anser som relevante for denne oppgaven. Vi er kritiske til at innholdet under hver enkelt overskrift kunne vært mer detaljerte, på bakgrunn av begrepenes omfang. På samme tid stiller vi oss kritiske til mengden bakgrunns litteratur som er brukt i oppgaven.

Spesifikke detaljer rundt stressrespons systemet er inkludert i bakgrunns litteratur, uten å direkte nevne det i teksten. Dette er gjort for å gi lesere av oppgaven en dypere forståelse av hva begrepet innebærer.

Frykt og angst vil i oppgaven tidvis kunne gli litt inn i hverandre. Dette baseres på de små forskjellene det faktisk er mellom disse følelsene i en akutt sykdomssituasjon, noe som gjør det vanskelig å skille den ene fra den andre.

3.0 METODE

Dette avsnittet presenterer metoden som ligger til grunn for oppgavens resultater, en beskrivelse av vårt grunnlag for vurdering, samt detaljer rundt søkeprosessen.

3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE

Oppgaven bygger på systematisk litteratursøk som metode. Et litteraturstudium er ifølge Polit og Beck (2013), en kritisk oppsummering av forskning på et spesielt emne. En litteraturstudie innebærer at man søker systematisk etter aktuell litteratur innenfor et valgt område, gransker denne kritisk og deretter sammenlikner det innsamlede materialet (Forsberg og Wengstrøm 2013). Videre sier Polit og Beck (2013) at en litteraturstudie handler om å formulere en problemstilling, deretter lage en plan for hvordan man samler inn informasjonen, analyserer, og tilslutt drøfter og tolker den informasjonen man har samlet inn.

Som Forsberg og Wengstrøm (2013) beskriver, finnes det utfordringer ved et litteraturstudie. De presenterer blant annet ulike styrker og svakheter. Styrken ved å benytte seg av litteraturstudie som metode kan for eksempel være at kilder til informasjon er lett tilgjengelige for forfatter, samt at man har mulighet til å innhente mye litteratur på kort tid (Forsberg og Wengstrøm 2013). Dette kan på den annen side også være en svakhet da det i følge Dalland (2013) er en fare for å drukne i informasjon når man søker etter litteratur. Svakheter, eller utfordringer, kan være å samle inn relevant litteratur og forskning til det bestemte temaet, samtidig som forfattere kan velge litteratur som understøtter egne standpunkter (Forsberg og Wengstrøm 2013). Ved et litteraturstudie vil det også alltid være rom for egne tolkninger av materialet man gransker, noe som videre kan resultere i ulike resultater til tross for at forskningen skjer på samme fagområde (Ibid).

3.2 KILDEKRITIKK

I følge Dalland (2012) handler kildekritikk om å vurdere den litteraturen som er benyttet. Kritikken er en vurdering av studiens styrke og svakheter (Polit og Beck 2013). Polit og Beck (2013) beskriver videre at man ved hjelp av gode spørsmål, kan finne styrker og svakheter ved artikkelen. Er studien troverdig, gyldig og pålitelig? Pålitelighet refererer til nøyaktigheten og sammensettingen av den informasjon som er brukt i den enkelte studie. På samme måte som pålitelighet, er gyldighet et viktig kriterie for å evaluere metoder som måler variabler. Spørsmålet om gyldighet blir ofte rettet i mot, om studien måler det den er ment å måle. Det er viktig å vurdere gyldigheten til studien for å kunne evaluere metodene som ble benyttet i den enkelte studie. Troverdighet er en viktig del av kritikken. Er det oppnådd troverdighet i den grad at de forskningsmetoder som benyttes gir tillitsvekkende resultater, ærlige tolkninger og nøyaktighet? Ble deltakernes rettigheter beskyttet? Er det et tydelig formål med studien? Er forfatteren kritisk til eget arbeid? Finnes det personlige verdier som kan påvirke datainnsamlingen og tolkningen? Forskning kan ikke bidra med bevis til klinisk praksis, dersom funnene i studien ikke respekterer målgruppens erfaringer eller er unøyaktige (Polit og Beck 2013).

Videre beskriver Polit og Beck (2013) at god grammatikk og god organisering også er noe man må vurdere. Tidsskriftartikler består ofte av et abstrakt, et sammendrag av studien, og fire store seksjoner som ofte følger IMRAD struktur. Strukturen består av, en introduksjon (problemstilling og dets sammenheng), metode (de strategiene som brukes for å besvare forskningsspørsmålet), resultat (studiets funn) og diskusjon (fortolkning av funnene) (Polit og Beck 2013). Denne strukturen er en ryddig presentasjon av artiklens innhold, og forenkler analyseringen av studien. For å vurdere om artiklene ble publisert i tidsskrift som oppnår et vitenskapelig nivå og er fagfellevurdert, ble det på internettetsiden til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste – database for statistikk, søkt gjennom publiseringskanaler med artikkelens ISSN eller ISBN nummer. Fagfellevurdering er en prosess for å kvalitetssikre en publikasjon, da ikke alle vitenskapelige artikler holder mål. «En forutsetning for at en artikkel blir publisert i et vitenskapelig tidsskrift, er at den er blitt godkjent av to eller tre upartiske eksperter, som er utpekt av tidsskriftets redaktører» (Hildebrant 2011). Dette er alle kriterier tatt i betraktning under analyse av studiens resultater.

3.3 FORSKNINGSETIKK

Kravene til vitenskapelig etikk, stammer fra etiske prinsipper som er nedfelt i FNs erklæring om god etisk standard i forskning som involverer mennesker.

I følge Polit og Beck (2013) er etisk hensyn spesielt fremtredende i sykepleierforskning, da linjen mellom hva som er forventet sykepleie utøvelse og innsamling av forskningsdata noen ganger blir uskarpt. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research utarbeidet tre primære etiske prinsipper som standard for etisk forskning; velgjørenhet, respekt for menneskeverd og rettferdighet, som kommer til uttrykk i deres *Belmont Report* (Polit og Beck 2013). Et grunnleggende etisk prinsipp i forskning, er velgjørenhet, plikt til å minimere skade og maksimere fordelene. Menneskelig forskning bør gi fordeler for deltakerne selv, for andre individer eller for samfunnet som en helhet (Polit og Beck 2013).

Sykepleiernes Samarbeid i Norden (SSN) har snevret inn sin egen versjon av etiske retningslinjer i forhold til forskningsetikk, tilrettelagt for sykepleiere i Norden. Her kommer det frem at sykepleierforskning styres av følgende etiske prinsipper: autonomi, velgjørenhet, og ikke forårsake skade og rettferdighet. Prinsippene går noenlunde ut på det samme, nemlig at deltagelse i studien skal være frivillig, beskyttet, retten til selvbestemmelse og rettferdighet skal ivaretas. Det skal heller ikke være bruk av tvang, en skal respektere verdighet, integriteten skal ivaretas, sårbare grupper skal ivaretas ekstra, det skal opprettholdes fortrolighet og samtykke, taushetsplikt og anonymitet.

Forskningens integritet er også noe som skal ivaretas. I følge Polit og Beck (2013) er dette noe som kun kan gjøres av forskerne selv, ved å sørge for at publikasjonene ikke har manipulerte og fabrikkerte resultater, eller plagierer andres publikasjoner.

3.4 SØKEPROSESSEN

Da søkeprosessen for innhenting av litteratur er krevende, ble denne prosessen satt tidlig i gang. Søkeprosessen fant sted i tidsrommet Januar – April, 2014. For å finne gode søkeord, ble det benyttet et PICO-skjema som hjelpemiddel. Nordtvedt (2012) anbefaler

dette skjemaet når man jobber med oppgaveskriving. PICO står for patient/problem, intervention, comparison og outcome (Ibid).

Søkeord som ga resultater var, Anxiety, Fear, Acute Care, Psychological stress, Emergency nursing, Patients, Adult.

Det ble utarbeidet inklusjons- og eksklusjonskriterier for å finne artikler relatert til oppgavens tema. Inklusjonskriterier er kriterier som spesifiserer de egenskaper målgruppen har, som forfatterne ønsker at skal være med (Polit og Beck 2013). Eksklusjonskriterier er kriterier som spesifiserer de egenskaper målgruppen har, som forfatterne ikke ønsker at skal være med (Ibid). Inklusjon- og eksklusjonskriteriene er ikke en fasit på hva artiklene skal inneholde, men benyttes som et hjelpemiddel.

Inklusjonskriterier

Artiklene må inneholde elementer ved angst, frykt eller stress. De skal inkludere voksne pasienter, eller sykepleier i akuttmottak. Engelskspråkelige artikler er å foretrekke. Artiklene bør være utgitt etter år 2004, men eldre artikler med tydelig relevant innhold for oppgaven blir tatt i betraktning. Artiklene må være fagfelleurdert og være publisert i tidsskrift som oppnår et vitenskapelig nivå. Artiklene skal følge etiske retningslinjer for forskning.

Eksklusjonskriterier

Artiklene bør ikke være utgitt før år 2004. De blir ekskludert dersom de er publisert i tidsskrift som ikke oppnår et vitenskapelignivå, og ikke er fagfelleurdert, dersom de ikke følger etiske retningslinjer for forskning. Artikler uten nordisk eller engelsk språk.

I søk etter forskningsartikler, har det vært fokusert på å søke etter primærartikler, men sekundærartikler ble ikke forkastet. Primærartikler er studier skrevet av forskeren som har utført dem. Artikler der forskere bearbeider andres studier, kategoriseres som sekundærartikler (Polit og Beck 2013).

Forskningsartiklene baserer seg på kvalitative og kvantitative forsknings metoder. I følge Polit og Beck (2013) er kvalitativ data, informasjon samlet i en fortellende form, altså uten numeriske data, som for eksempel en dialog fra en avskrift av et ustrukturert intervju. Kvalitativ forskning fokuserer på å tolke, skape mening og forståelse av menneskers opplevelse (Forsberg og Wengstrøm 2013). Kvantitativ data, er informasjon samlet i en numerisk form (Polit og Beck 2013). Som for eksempel etterforskning av fenomener som egner seg til nøyaktig måling og nummerisering (Ibid). Polit og Beck (2013) sier også at kvantitative analyser innhentes ved hjelp av statistiske fremgangsmåter. Forskeren i kvantitative studier er mest mulig objektiv for å unngå at resultatet i studien blir påvirket av egne meninger (Ibid). For å vurdere om artiklene har vært kvalitative eller kvantitative er det benyttet sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014).

Under søkeprosessen er det benyttet ulike søkemetoder for å finne relevante artikler. I oppgaven presenteres metodene som strukturerte og ustrukturerte søk.

For å gjennomføre de strukturerte søkene, ble disse databasene benyttet: Ovid nursing database, MEDLINE, Cinahl, PubMed, Helsebiblioteket og Kunnskapsegget. Dette er databaser som inneholder flerfoldige helse- og pleierelaterte tidsskrifter. Det er benyttet engelskspråklige databaser, da det ifølge Nortvedt (2012) er lite vitenskapelige artikler som er skrevet på norsk og det anbefales å ikke avgrense søket til norske ord. Norske databaser ble allikevel ikke ekskludert. Søkeordene ble kombinert med AND i de ulike databasene for å avgrense søkene. For å ytterligere avgrense søkene, ble det søkt etter artikler som var fagfellevurdert.

Ved gjennomføring av de ustrukturerte søkene, ble et utvalg av søkeordene brukt til grove søk på internett. Henholdsvis i søkemotoren Google Scholar, men også i enkelte tidsskrifters databaser. Dette ble gjort for å danne seg et bilde av forskningen gjort innenfor oppgavens tema. I følge Dalland (2012) er det naturlig å benytte seg av internett

når en ønsker å finne ut av hva som kan eksistere av informasjon på det området en fordyper seg i. Det er uansett viktig at man kritisk vurderer sine funn. Det er for eksempel viktig å se på hvem som har skrevet teksten, og hvem som har opphavsretten (Ibid). En blir nødt til å sile ut det relevante fagstoffet man finner, forsikre seg om at materialet er relevant, seriøst og kvalitetssikret (Ibid).

Gjennom nøye granskning av referanselistene i relevante artikler, både review artikler benyttet i bakgrunns litteratur, og artikler funnet gjennom strukturerte søk, fant man flere artikler med tydelig relevans for oppgaven. Polit og Beck (2013) beskriver dette som opphavs metoden, i deres avsnitt om ulike søkestrategier. Fremgangsmåten ved metoden er å følge siteringer gjort av relevante studier, for å på den måten finne opphavet til disse studiene. Benyttelsen av denne metoden resulterte i flere artikler av interesse. Artiklene ble i sin helhet funnet gjennom å søke på tidsskriftene de ble publisert i. BIBSYS ask ble i dette tilfellet benyttet. BIBSYS ask, er en bibliotekbase som har registrert tidsskrifter og bøker i ulik grad, som eies av høgskoler, universiter, forskningsinstitusjoner og helseforetak (Dalland 2012).

I søkematrisene nedenfor, presenteres de valgte artiklene som er funnet gjennom strukturerte søk i databaser og de ustrukturerte søkene ved hjelp av opphavs metoden.

3.4.1 TABELL 1. STRUKTURERTE SØK

STRUKTURERTE SØK				
Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Valgt artikkel
1. Fear. 2. Acute Care. 3. Nursing Care.	Ovid Nursing Database.	2 AND 3 (49 treff = (4)). 3 AND 4 (17 treff).	17	Satisfied patients are also vulnerable patients – narratives from an acute care

				ward.
<ul style="list-style-type: none"> 1. Emergency nursing. 2. Psychological stress. 3. Patients. 	Ovid Nursing Database.	<ul style="list-style-type: none"> 1 AND 3 (310 treff = (4)). 2 AND 4 (9 treff). 	9	Nurse comforting strategies: perceptions of emergency department patients.
<ul style="list-style-type: none"> 1. Anxiety. 2. Emergency patients. 3. Fear. 	Ovid Nursing Database.	<ul style="list-style-type: none"> 1 AND 2 (52 treff = (4)). 3 AND 4 (6 treff). 	6	Reassuring and reducing anxiety in seriously injured patients: a study of accident and emergency.
<ul style="list-style-type: none"> 1. Interviews. 2. Patients. 3. Anxiety. 4. Adult. 	Ovid Nursing Database.	<ul style="list-style-type: none"> 1 AND 2 (1912 treff = (5)). 1 AND 5 (81 treff = (6)). 4 AND 6 (51 treff). 	51	Perception of intensive care unit stressors by patients in Malaysian Federal Territory hospitals.

3.4.2 TABELL 2. USTRUKTURERTE SØK

USTRUKTURERTE SØK		
OPPHAVS ARTIKKEL	ARTIKKELNAVN	PUBLISERT I TIDSSKRIFT
“The Rust of Life”: Impact of anxiety on cardiac patients (Moser 2007).	Impact of anxiety and perceived control on in-hospital complications after acute myocardial infarction (Moser m.fl. 2007).	Psychosomatic Medicine.
Impact of anxiety and perceived on in-hospital complications after acute myocardial infarction (Moser m.fl. 2007).	Critical care nursing practice regarding patient anxiety assesment and management (Moser m.fl. 2003).	Intensive and critical care nursing.
Critical care nursing practice regarding patient anxiety assesment and management (Moser m.fl. 2003).	Critical care nurses’ beliefs about and reported management of anxiety (Frazier m.fl. 2003).	American Journal of Critical Care.

3.4.3 KOMMENTARER TIL SØKEMATRISENE

Forskjellige kombinasjoner av søkeord brukt i de strukturerte søkene, resulterte i ulike antall treff. Overskriften på hver enkelt artikkel ble lest, ut i fra disse ble artikler av interesse plukket ut. Dersom artiklenes overskrifter virket interessante, ble abstraktet lest. Videre ble artiklene ansett som relevante skimlest, for så å bli forkastet eller beholdt for mer dyptgående analyse. De fleste søkene som ble gjort, resulterte i et mindre antall treff, noe som gjorde denne prosessen lettere å gjennomføre. Ett søk resulterte i 51 treff, til tross for ulike sammensetninger av søkeordene klarte vi ikke å begrense søket ytterligere. Her ble det allikevel valgt å skimlese aktuelle overskrifter og abstrakter som likt ved de andre søkene. Dette ble gjort fordi den gjennomgående tematikken blant overskriftene falt

inn under kategorier som kunne være aktuelle for denne oppgavens tema, og det var derfor ikke ønskelig å overse artikler som kunne være av relevans.

Gjennom de innledende søkene for denne oppgaven dukket review artikkelen “The Rust of Life”: Impact of anxiety on cardiac patients (Moser 2007) opp. Denne studien var meget interessant på bakgrunn av dets relasjon til tema, og alle aspektene ved angst den belyste. Til tross for dette ble det besluttet å ikke benytte seg av den. Grunnet artikkelens natur, anså man allikevel granskning av dens referanseliste som en selvfølge. Her ble artikkelen “Impact of anxiety and perceived control on in-hospital complications after acute myocardial infarction” (Moser m.fl. 2007) funnet. Denne artikkelen viste seg å være relevant for oppgaven, den ble analysert og inkludert videre i arbeidet. Opphavsmetoden ga resultater, og denne metoden ble også brukt for å finne de andre artiklene presentert i matrisen for ustrukturerte søk. De aktuelle artiklene ble nøye gransket, og vurderingen av artiklene var de samme, uavhengig av metode for søk.

3.5 KOMMENTARER TIL EGEN METODE

Det ble valgt å fremme synspunkter fra sykepleiere, da dette er yrkesgruppen studien retter seg mot. I tillegg følte det naturlig å inkludere artikler med synspunkter fra pasientene, da hver enkelt pasients behov er retningsgivende for sykepleien som blir utført.

Det var i søkeprosessen vanskelig å skille mellom angst som lidelse, og angst som en allmenn følelesereaksjon. Dette utsagnet baserer seg på det faktum at, det i ingen av artiklene vi har lest, har blitt fremstilt en klar beskrivelse på hva den enkelte studie forholder seg til vedrørende angstbegrepet.

Det ble under søkeprosessen gjennomført søk, med ulike kombinasjoner av søkeord i de forskjellige databasene. Disse søkeordene var blant annet: Trauma nursing, Critical illness, Stress management, Glucocorticoids, Physiological stress, Emotions, Risk factors, Complications. Da disse søkene ikke ga de resultater som var ønsket for oppgaven, vil de heller ikke bli fremstilt i matrise.

Vi stiller oss kritiske til de ustrukturerte søkene som ble utført, da vi kanskje kunne ha funnet flere relevante artikler gjennom strukturerte database søk. På den annen side fikk vi raskt et inntrykk av at Moser var et navn som gikk igjen i forskning på området angst, og angstens effekt på hjertesyrke pasienter. Derfor ble det under søkeprosessen besluttet at et opphavssøk knyttet til Mosers forskningsresultater var av god kvalitet og særs relevante for oppgavens tema.

Det ble fastslått å inkludere en artikkel fra et ikke vestlig land, men forståelsen for at holdninger og tilnærminger som avviker fra nordiske og ikke vestlige land, kunne være tilstede.

4.0 RESULTAT

I dette avsnittet presenteres de syv artiklene som utgjør oppgavens resultat. De aktuelle artiklene vil først bli fremstilt skjematisk, deretter vil det komme en analyse av hver artikkel, etterfulgt av en sammenfatning av resultater.

4.1 TABELL 3. SKJEMATISK FREMSTILLING AV ARTIKLENE

NR.	REFERANSE (Forfatter, år, tittel, tidsskrift, land)	FORMÅL/HENSIKT	METODE/DELTAKERE	RESULTAT
1	M. Patricia Hawley, 2000. <i>Nurse comforting strategies: perceptions of emergency department patients.</i> Clinical Nursing Research. Canada.	Hensikten med studien var å: 1) Beskrive ulike betryggende sykepleiestategier, beskrevet av pasientene. 2) Hva pasientene oppfatter som resultatet av sykepleierens betryggende strategier.	Kvalitativ studie. 14 deltagere.	Pasientene beskriver blant annet kommunikasjon og behandling av fysiske plager som betryggende. De betryggende tiltak som sykepleier benyttet seg av hadde en positive innvirkning på deltagernes fysiske og følelsesmessige velvære.
2	R. Jay, 1996. <i>Reassuring and reducing anxiety in seriously injured patients: a study of accident and emergency.</i> Accident and Emergency Nursing. England.	1) Utforske og forklare utfordringer ved sykepleie til traumepasienter i akuttmottak. 2) Identifisere	Kvalitativ studie. 7 deltagere.	Studien viser til utfordringer knyttet til pasientenes evne til å uttrykke misnøye, da det ligger i en pasients natur å ikke snakke høyt om

		sykepleietiltak som både er, og ikke er av interesse for pasienter i akuttmottak.		negative hendelser. Pasientene rapporter at tiltak som berøring, tilstedeværelse og informasjon var de mest beroligende.
3	K.L. Soh, K.G. Soh, Z. Ahmad, R.A. Raman, S. Japar, 2008. <i>Perception of intensive care unit stressors by patients in Malaysian Federal Territory hospitals</i> . Contemporary Nurse. Malaysia.	1) Kartlegge hvilke stressfaktorer pasientene opplevde. 2) Kartlegge nivået av stress pasientene opplevde.	Kvalitativ studie. 70 deltagere.	Pasientene beskrev fem hovedgrupper av stressfaktorer. De fysiske belastningene var de mest stressende. Sykepleiere bør vie oppmerksomhet til de psykiske behovene.
4	D.K. Moser, M.L. Chung, S. McKinley, B. Riegel, K. An, C.C. Cherington, W. Blakely, M. Biddle, S.K. Frazier, B.J. Garvin, 2003. <i>Critical care nursing practice regarding patient anxiety assesment and management</i> . Intensive and Critical care nursing. USA.	1) Identifisere de kliniske indikatorene/symptomene som akutt sykepleier regner som de tydeligste kjennetegnene ved angst hos den kritisk syke pasient.	Kvalitativ studie. 593 deltagere.	Akuttsykepleiere identifiserte en rekke ulike indikatorer og tiltak ved angst. De mest brukte tiltakene var informasjon og farmakologisk

		2) Avgrense tiltakene som akuttsykepleier bruker for å lette på angst hos pasienter.		håndtering av angst.
5	V. Sørli, K. Torjuul, A. Ross, M. Kihlgren, 2005. <i>Satisfied patients are also vulnerable patients – narratives from an acute care ward</i> . Issues in clinical nursing. Norge.	Belyse opplevelsen av å være en ivaretatt pasient på en akutt sengepost.	Kvalitativ studie. 25 deltagere.	Pasientene var fornøyde med behandling og omsorg, men det fantes faktorer som ikke ble ansett som optimale. Studien viser en nær sammenheng mellom pasienttilfredshet og sårbarhet.
6	D.K. Moser, B. Riegel, S. McKineley, L.V. Doering, K. An, S. Sheahan, 2007. <i>Impact of anxiety and perceived on in-hospital complications after acute myocardial infarction</i> . Psychosomatic medicine. USA/Australia.	Utforske hypotesen om opplevelse av kontroll har noen sammenheng, eller innvirkning på angst og sykehuskomplikasjoner hos pasienter med akutt myokard infarkt.	Kvalitativ og kvantitativ metode. 540 deltagere.	Angst under sykehusopphold for pasienter med akutt myokardinfarkt, er assosiert med økt risiko for komplikasjoner.

7	<p>S.K. Frazier, D.K. Moser, L.K. Daley, S. McKinley, B. Riegel, B.J. Garvin, K. An, 2003. <i>Critical care nurses' beliefs about and reported management of anxiety</i>. American Journal of critical care. USA.</p>	<p>1) Utforske akuttsykepleieres oppfatninger om angst håndtering. 2) Beskrive de rapporterte sykepleie tiltakene brukt for å håndtere angst hos pasienter.</p>	<p>Kvalitativ metode. 783 deltagere.</p>	<p>Respondentene mente at behandling av angst er viktig, og at effektiv kontrollering av angst er gunstig. Blant tiltakene ble kommunikasjon og farmakologisk intervensjon mest benyttet.</p>
---	---	---	--	---

4.2 ANALYSE OG RELEVANS

Artiklene som er anvendt i oppgaven er skrevet på engelsk med et avansert fagspråk, noe som kan ha medført feiltolkning av innholdet.

NURSE COMFORTING STRATEGIES: PERCEPTIONS OF EMERGENCY DEPARTMENT PATIENTS

Tidsskriftet denne artikkelen er publisert i oppnår et vitenskapelig nivå 1, og er fagfelleverdert. 14 innlagte pasienter i et akuttmottak ble intervjuet. Studien er gjort på et kanadisk sykehus. Gjennomføring av studien ble godkjent av det respektive sykehusets etiske komité. Intervjuene ble tatt opp på bånd og senere omgjort til tekst. Studiens deltagelse var frivillig, og skriftlig samtykke ble innhentet fra deltakerne. Deltakerene i studien var av begge kjønn i alderen 20-75 år. Pasientene hadde ulike diagnose. Blant annet ustabil angina, hjerteinfarkt, magesmerter, hypertensjon, forverring av Chrons sykdom og trafikkskadde. Forfatter har ikke vært kritisk til egen studie.

Studien trekker frem tiltak som virker beroligende for pasienten. Den gir også et beskrivende bilde av opplevelsen av å være pasient i akuttmottak, og hvilke følelser det kan fremkalle. Dette gjør den relevant for inklusjon i denne oppgaven.

REASSURING AND REDUCING ANXIETY IN SERIOUSLY INJURED PATIENTS: A STUDY OF ACCIDENT AND EMERGENCY

Artikkelen er publisert i et tidsskrift som oppnår et vitenskapelig nivå 1, og er fagfelleverdert. Fem inneliggende pasienter og to ansatte i et akuttmottak, som for kort tid siden hadde vært rammet av en alvorlig skade/sykdom, ble intervjuet. De ansatte som deltok i studien fungerte som prøveobjekter, og var med på å evaluere spørsmålene som ble stilt. Studien er gjort på et engelsk sykehus. Forfatteren benyttet Critical Incident Technique (CIT) som metode for å samle inn observasjoner av menneskelig atferd. Intervjuene ble tatt opp på bånd og senere omgjort til tekst. Studien var frivillig og pasientene leverte skriftlig samtykke på deltagelsen, med mulighet til å trekke seg fra studien. Deltagernes anonymitet ble sikret ved at navnene deres ble erstattet med koder. Forfatter av studien innser at det kan stilles spørsmål ved antallet deltagere, og dermed studiens pålitelighet. Hun mener allikevel at studien gir et viktig

innblikk i pasientenes syn og opplevelse av sykepleie i et akuttmottak. Det kommer ikke frem om gjennomføring av studien er godkjent av en etisk komité.

Artikkelen har relevans for oppgaven da den belyser aspekter ved det å være pasient, og hva man som sykepleier bør gjøre for å imøtekomme pasientenes psykologiske behov.

PERCEPTION OF INTENSIVE CARE UNIT STRESSORS BY PATIENTS IN MALAYSIAN FEDERAL TERRITORY HOSPITALS

Artikkelen er utgitt i et tidsskrift som er fagfelleurdert, og oppnår et vitenskapelig nivå 1. Av 74 pasienter som ble forespurt til å delta i studien, var det 70 pasienter som deltok. De deltagende pasientene ble plukket ut fra to sykehus i Malaysia. Alle deltakerne i studien var over 18 år. Gjennomføring av studien ble godkjent av de respektive sykehusenes etiske komiteer. Begge kjønn ble representert. Pasientene ble intervjuet ved hjelp av et strukturert spørreskjema. Pasienter med nedsatt nevrologisk kapasitet og en historie med psykotiske episoder, ble ekskludert fra studien. Deltakerne var inneforstått med studiens hensikt, og deltakelsen var frivillig. Deltakerne ble anonymisert. Forfatter er kritisk til egen studie. Kritikken vender seg mot et lavt antall deltagere, slik at de ikke fikk sammenlignet forskjeller mellom etniske grupper.

Artikkelen er aktuell for denne oppgaven da den belyser ulike stressfaktorer i en sykehusavdeling, utpekt av pasienter.

CRITICAL CARE NURSING PRACTICE REGARDING PATIENT ANXIETY ASSESSMENT AND MANAGEMENT

Tidsskriftet studien er publisert i oppnår et vitenskapelig nivå 1, og er fagfelleurdert. 2500 tilfeldig utvalgte akuttsykepleiere, alle er medlemmer i "American Association of Critical Care Nurses", ble tilsendt et spørreskjema, der de skulle svare på to åpne spørsmål om hvordan de vurderte og håndterte angst hos pasienter. Studien var frivillig, og av de 2500 tilfeldig utvalgte akuttsykepleierne, var det 593 som svarte på undersøkelsen. Studien ble godkjent for gjennomførelse av "Human Subject Protection Committee". Respondentene ble bedt om å huske en pasient fra sitt arbeidsmiljø, som ut i fra vurdering var engstelig og hadde behov for behandling. De ble bedt om å beskrive pasientens utseende og de handlinger som

førte til mistanke om pasientens engstelse. Deretter ble de bedt om å beskrive de tiltakene som ble iverksatt for å regulere pasientens angst. Forfatter er kritisk til eget arbeid. Kritikken retter seg blant annet mot at sykepleierenes svar var basert på deres hukommelse av en pasientsituasjon. Annen kritikk retter seg mot sykepleierens manglende evne til å beskrive effektiviteten av de beskrevne behandlingsstrategier.

Artikkelen har relevans for oppgaven ved at den identifiserer en rekke ulike symptomer på angst, samt ulike tiltak sykepleier kan benytte i regulering av frykt og angst.

SATISFIED PATIENTS ARE ALSO VULNERABLE PATIENTS: NARRATIVES FROM AN ACUTE CARE WARD

Studien er publisert i tidsskrift som oppnår et vitenskapelig nivå 2, og er fagfelleurdert. Ti pasienter ble intervjuet etter en fenomenologisk hermeneutisk metode. Studien ble utført på et universitetssykehus i Sverige og den etiske komiteen ved sykehuset godkjente studien. Pasientene ga skriftlig samtykke for deltagelse i studien. Pasientenes alder var 32-90 år. Deltagernes diagnoser var blant annet hjertesvikt, pankreatitt, cholangitt og smerter i rygg, og hode. Gjennom intervjuene ønsket studien å fremheve pasientenes egen opplevelse av deres opphold på akuttmottaket. Analyse av studien gir ingen funn på forfatters egenkritikk til studien.

Artikkelens relevans for oppgaven viser seg i innblikket den gir av pasientenes opplevelser og behov, ved innleggelse i akuttmottak.

IMPACT OF ANXIETY AND PERCEIVED CONTROL ON IN-HOSPITAL COMPLICATIONS AFTER ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Tidsskriftet studien er publisert i oppnår et vitenskapelig nivå 2, og er fagfelleurdert. Studien består av intervjuer fra 536 pasienter med akutt myokard infarkt, hvor de ved hjelp av en spørreundersøkelse gjorde rede for følelsen av angst, og opplevelse av kontroll. Deltagelse i studien var frivillig, og pasientene ga skriftlig samtykke. Godkjenning av studien ble gitt av etiske komiteer på de respektive sykehus. De deltagende pasientene ble plukket ut fra avdelinger på seks forskjellige sykehus i USA og Australia. I tillegg ble det gjennomført

innhenting og analysering av data fra deltageres sykehusjournaler. Forfatter retter kritikk mot egen studie og stiller spørsmål ved studiens overføringsverdi. Dette gjøres da antallet ST-elevasjons infarkt var høyt i forhold til andre registrert studier av pasienter med akutt myokard infarkt. Studien har på den annen side et stor deltagergruppe, og antallet nonST-elevasjons infarkt gir studien allikevel overføringsverdi til begge gruppene av pasienter med akutt myokard infarkt.

Artikkelen har relevans for oppgaven da den gir en beskrivelse av noen komplikasjoner, der angst kan være en medvirkende faktor for komplikasjoner hos denne pasientgruppen. I tillegg belyser studien viktigheten av rask identifisering av angst.

CRITICAL CARE NURSES' BELIEFS ABOUT AND REPORTED MANAGEMENT OF ANXIETY

Studien er utgitt i tidsskrift som oppnår vitenskapelig nivå 1, og er fagfelleurdert. Et tilfeldig utvalg av 2500 akuttsykepleiere, alle medlemmer av American association of critical-care, ble tilsendt en e-post der de ble spurt om å delta i undersøkelsen. For å bli inkludert i studien, måtte sykepleier aktivt jobbe med voksne kritisk syke pasienter minst 8 timer i uken. Deltakelsen i studien var frivillig og deltageres samtykke ble gitt ved at de responderte på e-posten de var blitt tilsendt. Deltakerne ble anonymisert ved hjelp av identifikasjons nummer isteden for bruk av navn, samt bruk av en tredjeparts eposttjeneste. På bakgrunn av dette ble etisk godkjenning gitt. Av de 2500 sykepleierne som fikk tilsendt undersøkelsen, var det 783 sykepleiere som responderte. Deltakerne ble bedt om å besvare spørsmål som omfattet vurdering, behandling, potensiell skade ved å overse og fordelene ved behandling av angst hos kritisk syke pasienter. Deltakerne av studien ble også gitt 23 tiltak som kan brukes til å behandle angst. Hvor de ut i fra disse, ble bedt om å beskrive hvor ofte de benyttet seg av de gitte tiltak. Forfatter er kritisk til egen studie, kritikken retter seg mot antallet sykepleiere som besvarte undersøkelsen. Forfatter er også kritisk til mangelen på evaluering av bruk av tiltakene sykepleierne i studien benyttet seg av.

Artikkelen gjør seg relevant for oppgaven da den belyser sykepleietiltak for håndtering av frykt og angst, sykepleieres oppfatninger av frykt og angst, og viktigheten av angsthåndtering.

4.3 SAMMENFATTING AV RESULTATER

Artiklene inkludert i studien er valgt på bakgrunn av de ulike vinklingene de gir av oppgavens tematikk. Til tross for artiklenes ulike vinklinger, ser vi i resultatene at det finnes likhetstrekk. Under følger det en sammenfatning av funnene, sortert under overskrifter som representerer resultatenes kategoriske tilhørighet.

Opplevelsen av akuttmottaket

Pasientene i tre av syv artikler (Sørli m.fl. 2005, Hawley 2000, Jay 1996) rapporterte alle om en opplevelse av frykt og angst som følge av sykdom, skade og behovet for å måtte legges inn i et akuttmottak. De var redde og fryktet det ukjente. Denne frykten stammet hos flere av pasienten fra usikkerhet vedrørende sin diagnose, og utfallet av denne (Sørli m.fl. 2005, Hawley 2000, Jay 1996). En av pasientene som ble intervjuet uttrykte redselen for å dø. Pasienten ga uttrykk for at man stadig vekk hørte om personer som fikk hjerteinfarkt, men at man aldri tenkte så mye over det før det faktisk hendte en selv. Pasienten beskriver 30 sekunder med svetting og følelsen av å besvime, etterfulgt av undring om dette er slutten (Hawley 2000). Slike utsagn gjenspeiles i artikkelen til Sørli m.fl. (2005). Pasientene i flere studier fremhevet informasjon som noe som var viktig for seg (Sørli m.fl. 2005, Hawley 2000, Jay 1996). De hadde et sterkt ønske om å få vite hva som hadde skjedd og hva som kom til å skje. Det ble beskrevet at pasientene var takknemlige over å bli velinformert, spesielt i perioder med venting. Som en pasient uttrykte så var det viktigste å få et svar. Pasientene i Sørli m.fl. (2005) uttrykker forståelse ovenfor at akutte tilfeller må prioriteres og at det finnes en aksept for at de er en av flere pasienter som trenger oppfølging. Mange følte seg allikevel sårbare, og denne sårbarheten kom til uttrykk på ulike måter. Følelsen av hjelpsløshet og usikkerhet preget mange (Sørli m.fl. 2005, Hawley 2000, Jay 1996). Fragmentert hukommelse ble rapportert som vanlig hos pasienten (Jay 1996).

Akuttmottaket kan være et skremmende miljø (Moser m.fl. 2003, Hawley 2000, Jay 1996). De deltagende pasientene ga uttrykk for redsel knyttet til det å komme inn i et nytt og ukjent miljø (Moser m.fl. 2003, Hawley 2000). Antallet stressfaktorer i en sykehusavdeling kan være mange. De fem stressfaktorere som ble rapportert som de mest stressende blant pasientene var smerte, å bli stukket med nåler, kjedsomhet, manglende ektefelle, være for varm/for kald (Soh m.fl. 2008).

Indikatorer

Sykepleierne som deltok i studien til Moser m.fl. (2003) identifiserte 70 ulike symptomer på angst, disse ble igjen delt inn i fire kategorier: fysiske/fysiologiske, atferd, psykologiske/kognitive og sosiale. Hver enkelt kategori er i samme studie delt inn undergrupper på bakgrunn av sykepleiernes svar på undersøkelsen.

Komplikasjoner

Nesten halvparten (49,5 %) av de som deltok i undersøkelsen til Frazier m.fl. (2003) mente angst kunne være skadelig. Arrytmiske og iskemiske komplikasjoner kunne forutsies på bakgrunn av angstens tilstedeværelse hos pasientene (Moser m.fl. 2007). Angst under sykehusoppholdet har sammenheng med en økt risiko for komplikasjoner, og at pasientenes opplevelse av kontroll var med på å regulere utfallet (Ibid).

Tiltak

I fem av syv artikler kommer det frem at angstreduserende tiltak er viktig å iverksette (Moser m.fl. 2007, Frazier m.fl. 2003, Moser m.fl. 2003, Hawley 2000 og Jay 1996). Viktigheten av å gjenkjenne angst tidlig fremheves, slik at tiltak raskt kan iverksettes (Moser m.fl. 2007). Det kom frem av studien til Frazier m.fl. (2003) at 79,8 % av deltakerne i studien mente at behandling av angst var svært viktig, og at effektiv regulering av angst er gunstig. Til tross for dette er realiteten den at psykososial vurdering av kritisk syke pasienter får betydelig mindre oppmerksomhet enn vurdering av fysiske faktorer (Moser m.fl. 2003).

Pasienter i Hawley (2000) sin studie beskriver ulike tiltak de opplevde som positive i møte med akuttmottaket. Tiltakene pasientene nevner blir gruppert inn i umiddelbar og kompetent omsorg, positiv kommunikasjon, oppmerksomhet, imøtekommenhet til fysiske plager, og inkluderende til pasientens pårørende (Ibid). I Moser m.fl. (2003) sin studie ble det identifisert 61 forskjellige angstregulerende tiltak. Tiltakene ble delt inn i kategoriene sykepleietekniske ferdigheter, kommunikasjon og informasjon, og ulike former for støtte (Ibid). De mest brukte metodene for å redusere angst var empati, informasjon, snakke oppmuntrende om status og fremgang, snakke rolig og sakte, administrering av medikamenter (Sørli m.fl. 2005, Moser

m.fl. 2003, Frazier m.fl. 2003, Hawley 2000, Jay 1996). Felles for alle artiklene som belyser tiltak brukt ved regulering av angst, er ulike former for kommunikasjon. Kommunikasjon blir i de samme artiklene ansett blant det viktigste verktøyet sykepleiere kunne benytte seg av for å håndtere frykt og angst (Frazier m.fl 2003, Moser m.fl. 2003, Hawley 2000 og Jay 1996). Selv om iverksettelse av tiltak for å håndtere frykt og angst er nyttig, og viktig, er det ikke nødvendigvis gitt at de er like effektive for alle pasientene (Frazier m.fl. 2003).

5.0 DISKUSJON

5.1 SETT MED PASIENTENS ØYNE

Enten det haster med behandling, eller ikke, vil pasientens besøk til akuttmottaket kunne utgjøre en trussel for opplevelsen av velvære. Potensialet for at mange pasienter i akuttmottak vil oppleve en stor mengde stress er tilstede (Hawley 2000, Soh 2008). Dette er også noe som kommer frem i Moser m.fl. (2003) sin studie, der det står beskrevet at det er få menneskelige situasjoner som er mer angstfremkallende enn å være pasient i akuttmottak. Pasienter i akuttmottak, vil i ulik grad, oppleve ubehag og stress (Sørliie m.fl. 2005, Hawley 2000, Jay 1996). Ved traumatiske skader/sykdommer, er ikke bare pasienten skadet, men bekymringer om skaden/sykdommens årsak, opplevelse av smerter, ikke lenger å ha kontroll over egen situasjon og det å være hjelpeløs, er følelsesreaksjoner som kan være tilstede (Jay 1996). En pasient med fysiske plager, vil sannsynligvis oppleve emosjonelt stress (Hawley 2000). Frykt, angst, forlegenhet, sårbarhet og usikkerhet, kan være noen av disse emosjonelle reaksjonene (Hawley 2000, Jay 1996). Dette kan være normale reaksjoner på en skremmende situasjon. Håkonsen (2011) nevner at, i tillegg til følelser som frykt og angst, så vil desorientering og følelse av maktesløshet kunne være med å prege en slik situasjon. Det kan stilles spørsmål ved hva det er som gjør at et akuttmottak er belastende for pasienten. Om det er akuttmottaket i seg selv som er skremmende, å bli tatt vare på av fremmede, eller frykten for at det er noe alvorlig som feiler en, kan være noen synspunkter.

Pasientene fra Soh m.fl. (2008) sin studie kunne identifisere mange ulike stressfaktorer i avdelingen. Disse var som nevnt tidligere smerte, å bli stukket med nål, kjedsomhet og savnet av sine kjære. Selv om disse pasientene identifiserte flere ulike stressfaktorer, var det kanskje ikke de en tenker er naturlige på et sykehus, som for eksempel intravenøs – væske og annet medisinsk teknisk utstyr (Ibid). Det som kan virke stressende for én person, vil kanskje ikke virke stressende for en annen. Ord som redd, nervøs, engstelig og bekymret, var beskrivelser pasientene i Hawley (2000) sin studie benyttet da de ankom akuttmottaket. For noen av deltakerne i studien, stammet disse følelsene fra det å vite eller å mistenke en spesifikk diagnose. Frykten for voldsomme smerter og frykten for å dø utpekte seg hos noen av

pasientene (Sørлие m.fl. 2005, Hawley 2000, Jay 1996). Travelbee (2007) beskriver at det å være syk kan innebære så mangt, blant annet nevner hun at det å være syk, er å være redd. At man frykter det ukjente, frykter nåtiden og fremtiden, har frykt for at man mangler mot eller ikke strekker til, frykter for å ikke ha en fremtid (Ibid). Å være i et fremmed miljø, bli tatt vare på av fremmede, eller å måtte gjennomgå smertefulle prosedyrer vil kunne påvirke pasientens emosjonelle reaksjoner (Hawley 2000). I følge Espnes og Smedslund (2009) kan mangelen på ressurser føre til at en person opplever å føle seg sårbar i situasjoner vedkommende anser som viktig for seg. Pasienter uttrykker sårbarhet på mange måter. Opplevelsen av å være hjelpeløs, redselen for hva som hender med dem og hva utfallet kommer til å bli er alle følelser som er blitt beskrevet (Sørлие m.fl. 2005, Hawley 2000, Jay 1996).

Om man på dette tidspunkt tar en ny kikk på Selyes definisjon på stress, nemlig “kroppens uspesifikke reaksjon på enhver belastning” (Selye 1978 s. 134), vil alt nevnt ovenfor kunne regnes som en belastning. Kroppen vil svare på denne belastningen ved å iverksette den fysiologiske stressresponsen fordi den føler seg truet (Wyller 2011a). Dette stiller krav til kunnskap hos sykepleieren.

5.2 SYKEPLEIEN TIL DENNE PASIENTGRUPPEN

Akuttmottaket er på mange måter inngangsporten til sykehuset, og variasjonen av pasienter er stor, både i sykdom/skade, alvorlighetsgrad, alder og kjønn (Helsetilsynet 2008).

Akuttsykepleieren er ofte den første som møter pasienten, og gjerne den som følger opp pasienten under oppholdet i akuttmottaket (Hawley 2000). Sykepleieren jobber tett med pasienten over tid, og er derfor i den beste posisjonen til å gjenkjenne eventuelle tegn til angst på et tidlig stadium (Moser m.fl. 2003, Hawley 2000). Som det kommer frem i Helse- og Omsorgsdepartementets NOU rapport (1997) så skal all behandling bygge på en faglig vurdering. En faglig vurdering der både fysiske og psykiske faktorer skal tas hensyn til. Moser m.fl. (2003) kan på den annen side vise til at psykososial vurdering hos kritisk syke pasienter får betydelig mindre oppmerksomhet enn hva vurdering av fysiske faktorer får.

Den fysiologiske stressresponsen i organismen påvirker ulike organer. Fysiske indikatorer på dette kan blant annet være økt blodtrykk, økt puls og økt respirasjonsfrekvens (Wyller 2011b). De deltagende sykepleierene i Moser m.fl. (2003) sin studie gjenkjente, i tillegg til de tre

overnevnte indikatorene, en rekke andre indikatorer på angst. Blant de fysiologiske indikatorene finner man brystmerter, hyperventilasjon, kvelningsfølelse, kald og klam hud, munntørrhet, hodepine, samt kvalme og oppkast (Ibid). Atferdsrelatert spenning og uro var på den annen side den enkeltstående indikatoren flest sykepleiere gjenkjente (Ibid). I tillegg til dette ble det rapportert om både psykologiske/kognitive og sosiale indikatorer. Blant de psykologiske/kognitive indikatorene kan man blant annet plassere forvirring, konsentrasjonsvansker, vansker for å ta inn over seg informasjonen man blir gitt, samt at pasientenes verbalisering av sin frykt og angst (Ibid). De sosiale indikatorene omhandler faktorer som behovet for å hele tiden vite hva som skjer, at man hele tiden uttrykker bekymring og behov for oppmerksomhet (Ibid). Dette er alle tegn og symptomer på angst, som understøttes av studien til Bone m.fl. (1995). Det kan være verdt å bemerke seg ved gjenkjennelsen av frykt og angst, at disse følelsesreaksjonene ofte kan imitere symptombildet ved andre sykdommer (Ibid). Fordi stressresponsen påvirker ulike organer (Wyller 2011b), kan det være vanskelig å skille mellom fysiologiske symptomer og tegn på følelsesreaksjoner og ved sykdom. Dette poengterer viktigheten av og å både vurdere fysiske og psykologiske faktorer hos hver enkelt pasient (Helse- og Omsorgsdepartementet 1997).

Sykepleieren må også vurdere om det finnes utløsende faktorer i miljøet som påvirker pasienten (Hawley 2000). I dette tilfellet vil faktorene kunne være mange. Det er også individuelt hvilke faktorer som påvirker den enkelte (Sørli m.fl. 2005). Pasientene i Soh m.fl. (2008) pekte ut flere faktorer som kunne oppleves som stressende. Herunder kom vanskeligheter med å sove, uvanlige lukter, oksygenmasker, kjedelige omgivelser, mangelen på kontroll over seg selv, fremmede lyder, mangelen på privatliv og følelsen av at sykepleierens oppmerksomhet rettet seg mer mot maskinene enn mot pasientene selv (Ibid). Dette kan være viktige faktorer som, når de er tilstede, endrer hvordan angst påvirker utfallet. Oppdagelsen av faktorer som påvirker enhver forbindelse mellom angst og negative utfall er viktige, fordi disse faktorene er mål for tiltak (Moser m.fl. 2007). Angst kan heller ikke behandles før det er gjenkjent (Ibid).

På grunn av forekomsten og potensielt alvorlige komplikasjoner angst kan medføre, må akuttsykepleier kunne vurdere grader av angst hos pasienten, raskt og nøyaktig (Moser m.fl. 2003). Dette understøttes av Frazier m.fl. (2003) sin studie, der det ansees som svært viktig å behandle angst hos kritisk syke pasienter.

Dersom følelsen av angst eller frykt vedvarer over tid, vil kroppen befinne seg i en posisjon med stor belastning da nivået av stress vil være konstant. Belastning over tid fører tilslutt til en utmattelse av organismen og motstandsevnen blir dermed brutt ned (Håkonsen 2011, Selye 1978). Svekket motstandsevne kan gjøre kroppen mer mottagelig for sykdom, og kan komplisere allerede oppståtte sykdomstilstander. Det viser seg at ACTH, adrenalin og kortikosteroider direkte påvirker immunsystemet, blant disse er kortikosteroidene rapportert å ha størst immunsuppressiv effekt som følge av en belastning (Håkonsen 2011). Studien til Moser m.fl. (2007) viser til dette, nemlig at pasienter som rapporterte at de følte en høy grad av angst hadde en betydelig økt risiko for komplikasjoner knyttet til sin sykdom, i motsetning til pasientene med en lav følelse av angst. Disse funnene understøttes av artikkelen til Moser (2007), Moser m.fl. (2003) og Bone m.fl. (1995). Komplikasjonene av stress hos den akutt syke pasienten kan være mange. Komplikasjoner som ventrikkulær tachykardi, ventrikkelflimmer og iskemi/re-infarkt hos akutt hjertesyke pasienter ble rapportert hos pasienter med et høyt nivå av angst (Moser m.fl. 2007). En ugunstig aktivering av stressresponsystemet vil kunne føre til en rekke komplikasjoner av endokrin, metabolsk, autoimmunologisk eller psykiatrisk art (Wyller 2011a/b, Charmandari, Tsigus og Chorusos 2005). Typen og grad av komplikasjoner er individuell og styres ofte av genetiske faktorer (Charmandari, Tsigus og Chorusos 2005).

I øyeblikkelig hjelp situasjoner, er omsorg avgjørende for å opprettholde pasientens liv, stabilisere og/eller minimere effekten av pasientens sykdom (Hawley 2000). I tillegg til å behandle de medisinske plagene hos pasienten, kan det stilles spørsmål om det også bør være et mål for sykepleieren å redusere/dempe pasientens følelse av angst og frykt i akuttmottaket. Da det tydelig fremheves i flere studier (Sørli m.fl. 2005, Hawley 2000, Jay 1996) at opplevelsen av å bli syk/skadd er en skremmende opplevelse som medfører frykt og angst, forsterker dette viktigheten av å iverksette tiltak. Pasientene i Hawley (2000) sin studie, beskrev at når de ble roet ned, følte de seg tryggere, mer avslappet, og var i bedre stand til å håndtere smerten og det ukjente. Det finnes mange tiltak for redusere/eliminere angst. Sykepleierene i Moser m.fl. (2003) identifiserer 61 forskjellige tiltak, inndelt i ulike kategorier. Informasjon, pasientundervisning, medikamentell behandling, samt det å betrygge og støtte pasienten ble rapportert som de mest brukte tiltakene (Ibid). Tiltak som iverksettes må tilpasses hver enkelt pasient, og det er viktig å ikke vurdere pasienter som en homogen gruppe, men som én person (Sørli m.fl. 2005). Pasientene har ulike aldre, kjønn, kultur og livserfaringer (Ibid). Det er da opp til sykepleier å ta hensyn til hver enkelt pasients behov.

“En pasient er mer enn et kasus. Pasienten kan ha et symptom, men er en hel person – et medmenneske som skal behandles med takt og diskresjon slik at dets verdighet ivaretas, angst møtes og integritet respekteres” (Helse- og Omsorgsdepartementet 1997). Travelbee (2007) mente at sykepleier må bruke seg selv terapeutisk i samhandling med pasienten, og at de beste resultatene i behandling av pasienter ble oppnådd gjennom et menneske-til-menneske forhold.

Det hevdes at kommunikasjon er et av de viktigste hjelpemidlene ved et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee 2007). Sykepleiere har behov for å bli mer bevisst på pasientens kommunikasjonsmønstre og deres oppfatninger, som kan være annerledes enn vår egen (Jay 1996). Sykepleier må være i stand til å bruke sine kommunikasjonssevner for å hjelpe pasienten å håndtere situasjonen han/hun er i (Ibid). Dette er noe som gjenspeiler seg i Hawley (2000) sin studie, der det tydelig kommer frem at kommunikasjon hadde en positiv effekt på pasientene. Gjennom samtale etablerte sykepleier en relasjon med pasienten. Kommunikasjon gjorde at pasienten fikk et mer positivt syn på situasjonen de befant seg i (Ibid). Jay (1996) beskriver at ulike elementer av kommunikasjon ble rapportert som det viktigste aspektet for å redusere angst og frykt. Blant de ulike formene for kommunikasjon, ble det nevnt at formidling av informasjon, å være tilstede, høre betryggende ord, berøring eller å bli holdt i hånden, var noe av det viktigste for pasientene (Ibid). I Frazier m.fl. (2003) kommer det frem at sykepleier bør snakke rolig og sakte, oppmuntre pasienten til å uttrykke det han/hun er engstelig for, og øke pasientens følelse av kontroll og mestring. Med dette ser man at kommunikasjon handler om mer enn bare å verbalisere trygghet. Som sykepleier kommuniserer man med pasienten verbalt, men også gjennom handling, kroppsspråk og væremåte.

Flere av studiene viser til at kommunikasjon er det tiltaket som er mest benyttet i arbeidet med å dempe angst og frykt hos pasientene. Men i følge Håkonsen (2011) har ofte alvorlig syke og skadde pasienter en ugunstig høy følelsesaktivering, som kan påvirke den kognitive funksjonen til mennesket. Noe som kan føre til at disse pasientene kan ha vansker med å ta til seg informasjon, har en redusert konsentrasjonsevne, og har vansker med å lære. Det er også beskrevet i Jay (1996) sin studie at alvorlige syke og skadde pasienter ofte hadde en fragmentert hukommelse rundt hendelsen og oppholdet i akuttmottaket, eller at de ikke husket noe i det hele tatt. Så da kan en jo stille spørsmål ved, om sykepleier kritisk må vurdere sine metoder ved kommunikasjon, for at de faktisk skal virke angst reduserende.

Det kommer også frem andre effektive tiltak i studiene for å redusere angst og frykt hos pasienter (Sørliie m.fl. 2005, Frazier m.fl. 2003, Hawley 2000, Jay 1996). Hawley (2000) sin studie beskriver at umiddelbar omsorg og iverksettelse av tiltak virker beroligende for pasientene. Sykepleiers evne til å yte empati, sympati og vise medfølelse er også sentrale sider ved reduksjon av frykt og angst, og dermed stress. I følge Sørliie m.fl. (2005) er det nødvendig å forstå pasientens sårbarhet og den situasjonen de står overfor, for å kunne yte optimal omsorg. Men som Frazier m.fl (2003) beskrev i sin studie, selv om effektive angstreduserende tiltak er nyttige, er det ikke sikkert det er like effektivt hos alle pasientene.

5.3 RESULTATETS BETYDNING FOR SYKEPLEIE

Frykt og angst er følelser som vil kunne prege ethvert menneske, og det er følelsesreaksjoner som i stor grad bør være en faktor man vier oppmerksomhet ved akutte innleggelse, og opphold på sykehus. Denne oppgaven belyser blant annet viktigheten av å ikke overse disse reaksjonene, da frykt og angst direkte kan påvirke utfallet av sykdom. Kunnskap om temaet gjør seg svært gjeldende hos sykepleier. Kunnskap om vurdering av følelsesreaksjonene, i tillegg til kunnskap om hvilke tiltak man bør iverksette for å dempe følelsene hos pasienten. Om man ser på resultatene av for lite kunnskap om temaet, så vil dette for det første kunne medføre en stor fysisk og psykisk påkjenning for pasienten. Forverring av pasientens sykdomstilstand kan forlenge sykehusoppholdet, som i det store bildet igjen kan føre til økte kostnader for samfunnet. Andre områder hvor sykepleier kan benytte seg av denne kunnskapen er til å reflektere over egen sykepleierhandling. Ved å ha kjennskap til tematikken vil man kunne bli mer bevisst på hvordan ens egen atferd påvirker andre. Stress blant sykepleiere vil kunne påvirke deres evne til å yte trygg og god omsorg. Dette vil kunne resultere i at pasientens behov ikke blir møtt, og at pasientens følelse av utrygghet forsterkes (Jay 1996). Det sies at “stress kan smitte”, med andre ord så vil en stresset sykepleier kunne resultere i en stresset pasient. Situasjoner der man står ovenfor fremmedkulturelle pasienter er et annet område der kunnskap om temaet vil kunne gjøre seg gjeldende. I møtet med mennesker fra andre kulturer er det mye å ta hensyn til, på lik linje med en som er av norsk etnisitet. utfordringer man vil kunne møte er blant annet knyttet til kulturforskjeller, religion og ikke minst språkbarrierer. Det har dukket opp spørsmål vedrørende sistnevnte. Hvordan når man da frem med sitt angstdempende budskap, når personen du står ovenfor ikke forstår ditt verbale språk? Det har blitt diskutert, og det er kommet frem til at man skal kunne forholde seg på samme måte som man ville gjort ovenfor en som forstår språket. Frykt og

angst er som nevnt tidligere normale reaksjoner på en krevende situasjon. Om språkbarrierer er til hinder, så må man da kunne finne alternative måter å kommunisere på, forslag til dette vil kunne være kroppsspråk og handling. Kroppsspråk er et universelt språk, og en betryggende ustråling kan bety det samme på alle språk. Man må være trygg på sin egen kompetanse, og la tryggheten komme til uttrykk gjennom de valgene man tar ovenfor pasientene.

Vi ser et behov for videre forskning i forhold til hvordan disse følelsesreaksjonene påvirker andre sykdomstilstander, kroniske, så vel som akutte. Gjennom denne studien oppleves det at nåværende forskning på området primært har blitt gjennomført blant pasienter med hjertesykdom eller kreft. Det kunne vært spennende å lest om forskning gjort på frykt- og angstfølelsens påvirkning på for eksempel pasienter med diabetes mellitus. Eller forskning relatert til angsthåndtering av pasienter fra ulike kulturer, er det egentlig noen forskjell på tiltakene man skal iverksette?

5.4 KRITISK VURDERING AV VALGT LITTERATUR, FORSKNINGSETIKK OG METODISKE OVERVEIELSER

Etter søk både i dybden og bredden av temaet, og basert på inklusjons- og eksklusjons kriterier, har et utvalg av relevante artikler blitt plukket ut. Flere av de valgte artiklene har et lavt antall deltagere. Forfatterne av de respektive artiklene er i sin egen studie kritiske til dette, noe vi også stiller oss kritiske til. Det gjelder henholdsvis artiklene til Jay (1996), Hawley (2000) og Soh m.fl. (2008). Spørsmål har dukket opp om hva som er et lavt deltakernivå i studier som omfatter menneskelige følelser og reaksjoner på ulike stressfaktorer. Da det i studien til Frazier m.fl. (2003) også rettes kritikk mot deltakernivået. Med rot i teorien kan det se ut til at det er svært få forskjeller knyttet til fysiologiske reaksjoner hos mennesket, men at de psykologiske faktorene og individuelle oppfattelser kanskje er områder hvor antallet deltakere spiller størst rolle. På tross av dette oppfattes alle inkluderte studiers resultater som troverdige, og overførbare til andre sammenhenger.

Blanding av kvalitative og kvantitative studier har medført mange funn og individuelle synspunkter på gjenkjennelse, behandling og håndtering av angst og stress hos pasienter. Dette tilfører oppgaven dybde, og forståelse av temaet. Denne blandingen av studier menes å være en styrke for oppgaven. Dette da de kvalitative studiene alle har brukt intervjuer som metode for datainnsamling, noe som gir oss et direkte inntrykk av pasientenes subjektive

opplevelse (Jay 1996, Hawley 2000, Sørliie m.fl. 2005, Soh m.fl. 2008). I tillegg til at det gir oss et klart bilde på mangfoldet av oppfatninger ved håndtering av frykt og angst hos pasienter, fra en sykepleiers ståsted (Moser m.fl. 2003, Frazier m.fl. 2003, Moser m.fl. 2007).

I valget av litteratur har vi sett oss nødt til å gå utenfor inklusjonskriteriene når det gjelder artiklenes alder og land studien er gjennomført i. Dette valget måtte gjøres for å kunne inkludere artikler som tilførte oppgaven innhold av relevans (Jay 1996, Hawley 2000, Moser m.fl. 2003, Frazier m.fl. 2003). Alle artiklene med unntak av én er gjennomført i land med tilknytning til den vestlige verden. Unntaket er studien til Soh m.fl. (2006) som er gjennomført i Malaysia, noe vi i utgangspunktet følte oss skeptiske til. Søk på Google viser på den annen side, at helsevesenet i Malaysia holder høy standard på verdensbasis og inklusjon i oppgaven er av den grunn ikke kritikkverdig. Det store spennet i alder og det ulike antallet inkluderte diagnoser på tvers av alle studiene styrker overføringsverdien til oppgaven. Dette viser seg i det, at til tross for ulik alder og uavhengig av diagnose så vil følelsene frykt og angst alltid kunne være tilstede, og dermed være en kilde til stress hos pasienten. Andre styrker ved valgt litteratur er at etisk godkjenning er gitt ved samtlige studier, med unntak av studien til Jay (1996). Deltagernes anonymitet og sikkerhet blir ivaretatt ved alle studiene.

6.0 KONKLUSJON

Håndtering av frykt og angst burde være et mål for sykepleiere i akuttmottak for å unngå forverring av pasientenes sykdomstilstand. Det er få situasjoner som fremkaller frykt- og angstfølelse på samme måte som situasjoner der en persons liv og helse er truet. Om man oppsummerer pasientenes opplevelser av å være kritisk syk, kan man trekke den slutning, at det er få ting som oppleves like skremmende og truende, som situasjonen pasientene befant seg i når de ankom akuttmottaket.

Frykt- og angstfølelsen er allmenne følelsesreaksjoner, som når de er tilstede, vil kunne være med på å forstyrre kroppens indre miljø gjennom aktivering av stressrespons systemet. Denne aktiveringen vil over tid svekke organismens motstandsevne. En svekket motstandsevne hos en akutt syk pasient vil kunne være svært ugunstig, og forverre situasjonen han/hun befinner seg i ytterligere. Denne forverringen viser seg i drøftingen, i form av alvorlige komplikasjoner som kan oppstå. Dette stiller krav til sykepleiere, og annet helsepersonell som arbeider tett med pasienten.

Samhandling mellom sykepleier og pasient vil være avgjørende for effekten av angstregulerende tiltak som sykepleier iverksetter. Det viser seg i resultatene av studien at det er mange ulike strategier for å håndtere disse følelsesreaksjonene, og det er tydelig at det eksisterer mange ikke-medikamentelle tiltak. Vi anser det som viktig at sykepleier prøver å håndtere følelsene med denne type tiltak, før man eventuelt tyr til farmakologiske tiltak. Tidsaspektet i en akuttsituasjon kan være av betydning for valg av tiltak, og det kan i situasjoner være avgjørende med umiddelbar håndtering av frykt og angst. Tidsaspektet vil i denne sammenheng kunne dreie seg om i hvilken grad det haster med behandling eller ikke. Når det er sagt så vil tiden i et akuttmottak være noe man ikke kan planlegge. Akuttmottaket er en avdeling for øyeblikkelig hjelp, og man kan være nødt til å forlate pasienter med mindre alvorlig sykdom/skade, for å bistå i tilfeller som krever umiddelbar medisinsk oppfølging. Farmakologisk håndtering vil i slike tilfeller kunne være et godt hjelpemiddel. I situasjoner hvor tiden strekker så vil det uansett være på sin plass å supplere med, for eksempel, betryggende kommunikasjon, som i vår studie er blitt rapportert som effektivt i håndtering av

angst. Det er uansett viktig å ikke glemme at hver enkelt pasient har behov for individuelt tilpasset omsorg, og tiltak deretter.

7.0 LITTERATUR

Bjørnsen, L.P. og O. Uleberg (2012) Mottaksmedisin – akuttmedisinens sorte får. I: *Tidsskrift for Den norske legeforening* [online]. URL: <http://tidsskriftet.no/article/2254626> (12.04.2014).

Bone, R.C. m.fl. (1995) Recognition, assessment, and treatment of anxiety in the critical care patient. I: *Disease – a – month*, Mai, s. 303-359.

Borø, S. (2013) *Forskningsområde i klinisk sykepleie* [online]. Høgskolen i Gjøvik. URL: <http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning> (06.03.2014).

Charmandari, E., C. Tsigos og G. Chrousos (2005) Endocrinology of the stress response. I: *Annual review of physiology*, (67), s. 259-284.

Dalland, O. (2013) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Espenes, G. A. og G. Smedslund (2009) *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Ferns, T. (2007) Factors that influence aggressive behaviour in acute care settings. I: *Nursing standards*, 21(33), s. 41-45.

Forsberg, C. og Y. Wengstrøm (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och bokförlaget Natur & Kultur.

Frazier, S.K. m.fl. (2003) Critical care nurses' beliefs about and reported management of anxiety. I: *American journal of critical care*, Januar (12), s. 19-27.

Hawley, M.P. (2000) Nurse comforting strategies: perceptions of emergency department patients. I: *Clinical nursing research*, November (9), s. 441-459.

Helse- og Omsorgsdepartementet (1997). *Pasientene først*. NOU 1997:2. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

Helsetilsynet (2008) «*Mens vi venter...*» - forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene? [online]. URL: http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2008/helsetilsynetrapport2_2008.pdf (27.03.2014).

Hildebrant, S. (2011) *Fagfelle vurdering med plettet rykte* [online]. URL: <http://www.forskning.no/artikler/2011/mars/281227> (08.03.2014).

Håkonsen, K. M. (2011) *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Inspirationalstories (2014) *Tryon Edwards quotes* [online]. URL: <http://www.inspirationalstories.com/quotes/tryon-edwards-anxiety-is-the-rust-of-life-destroying/> (02.04.14).

Jay, R. (1996) Reassuring and reducing anxiety in seriously injured patients: a study of accident and emergency intervention. I: *Accident and emergency nursing*, Mars, (4) s. 125-131.

Lillemoen, M. (2012) *Kvalitet i sykepleie* [online]. Høgskolen i Gjøvik. URL: <http://www.hig.no/forskning/helse/sykepleie/forskning/kvalitet> (06.03.2014).

Kierkegaard, S. (2004) *Begrebet Angest*. Borgen: Det danske sprog- og litteraturselskab.

Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.) (2011a). *Grunnleggende sykepleie, b.1*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.) (2011b). *Grunnleggende sykepleie, b.3*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Moser, D.K. m.fl. (2003) Critical care nursing practice regarding patient anxiety assessment and management. I: *Intensive and critical care nursing*, (19), s. 276-288.

Moser, D.K. m.fl. (2007) Impact of anxiety and perceived control on in-hospital complication after acute myocardial infarction. I: *Psychosomatic medicine*, (69), s. 10-16.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014) *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler* [online]. URL: <http://www.kunnskapssenteret.no/verkt%C3%B8y/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler> (02.04.2014).

Nordtvet, W.M. m.fl. (2012) *Jobb kunnskapsbasert! 1, b.1*. Oslo: Akribe AS.

Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (2014) *Database for statistikk* [online]. URL: <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/> (06.03.2014).

Norsk Sykepleier Forbund (2014) *Yrkesetiske retningslinjer* [online]. URL: <https://www.nsf.no/fag/etikk/etiske-verktoy> (12.04.2014).

Polit, D.F og C.T. Beck (2013) *Essentials of Nursing Research. Appraising evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sand, O. m.fl. (2009) *Menneskekroppen*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Selye, H. (1978) *Stress uten press*. Oslo: a.s Joh. Nordals Trykkeri.

Skårderud, F., S. Haugsgjerd og E. Stänicke (2010) *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Soh, K.L. m.fl. (2008) Perception of intensive care unit stressors by patients in malaysian federal terretory hospitals. I: *Contemporary nurse*, (38), s. 86-93.

Store norske leksikon (2014) *Empati* [online]. URL: <http://snl.no/empati> (15.04.2014).

Store norske leksikon (2014) *Kommunikasjon* [online]. URL: <http://snl.no/kommunikasjon> (13.04.2014).

Sykepleiernes Samarbeid i Norden (2014). *Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden* [online]. URL:

<http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf>

(16.03.2014).

Sørli, V. m.fl. (2005) Satisfied patients are also vulnerable patients – narratives from an acute care ward. I: *Journal of clinical nursing*, (15), s. 1240-1246.

Total body psychology (2012) *Stress Response / HPA-axis* [online]. URL: <http://total-body-psychology.com.au/stress-response-hpa-axis/> (06.05.14).

Travelbee, J. (2007) *Mellommenneskelig forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Wyller, V. B. (2011a) Grunnleggende biologi og medisin. I: *Det friske mennesket I*. Oslo: Akribe AS.

Wyller, V. B. (2011b) Hormonsystemet, bevegelsesapparatet og nervesystemet. I: *Det friske mennesket IV*. Oslo: Akribe AS.