



Kognitiv atferdsterapi ved sosial angst

«Hvordan kan sykepleieren ved hjelp av kognitiv atferdsterapi bidra til lindring hos brukere med sosial angst?»

Kandidatnummer: 703
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9696

Dato: 23.04.2019



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 23.04.19
<p>Tittel Kognitiv atferdsterapi ved sosial angst</p>	
<p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleieren ved hjelp av kognitiv atferdsterapi bidra til lindring hos brukere med sosial angst?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Teoretiske perspektiver som legger grunnlag for å besvare problemstillingen er tatt utgangspunkt i fagbøker, forskningsartikler, forskningsrapport, lovverk, offentlig oppslagsverk og nasjonale faglige retningslinjer, samt Joyce Travelbee sin sykepleieteori.</p> <p><u>Metode</u> Oppgaven er en litteraturstudie, der eksisterende teori, faglitteratur og forskning er anvendt for å belyse problemstillingen. I databasene PubMed, PMC og Sykepleien forskning er det funnet fem forskningsartikler som er brukt for å belyse problemstillingen. De er presentert i en egen artikkelmatrise.</p> <p><u>Drøfting</u> Sykepleierens bidrag til å lindre lidelse hos brukere med sosial angst drøftes opp mot relevant litteratur og kontekstens rammefaktorer som sykepleieren må forholde seg til. Hovedtemaene i drøftingen er den terapeutiske relasjonen, sykepleierens måte å bruke seg selv terapeutisk i arbeidet, håpets betydning for brukeren og hvordan sykepleieren kan strukturere og gjennomføre den kognitive atferdsterapien. I tillegg blir Joyce Travelbee sin sykepleieteori brukt gjennomgående i drøftingen.</p> <p><u>Konklusjon</u> Sykepleierens rolle kan være av stor betydning for å bidra til lindring hos brukere med sosial angst i hjemmetjenesten. Sykepleieren bør ha kjennskap til og anvende relevant lovverk, etiske prinsipper og yrkesetiske retningslinjer. Den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og bruker viser seg å være av betydning for brukerens lindring. Sykepleieren bør bruke seg selv terapeutisk med en vennlig holdning, en rolig væren, samt finne balanse mellom nærhet og profesjonell distanse. Håpet trekkes frem som en motiverende drivkraft i utfordrende situasjoner hos brukeren. Selv om kognitiv atferdsterapi hevdes å være velegnet til å anvendes i hjemmetjenesten, byr den aktuelle konteksten også på utfordringer. Det kan være vanskelig å opprettholde struktur og kontinuitet, og det kan ofte være travelt for sykepleieren. Det er tydelig at det behøves mer forskning på området da sykepleierens rolle i kommunalt psykisk helsearbeid er i endring.</p>	

(Antall ord: 297)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Presentasjon av problemstilling.....	2
1.2.1	Avgrensning.....	2
1.3	Formålet med oppgaven	3
1.4	Oppgavens disposisjon.....	3
2	Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag.....	5
2.1	Sosial angst	5
2.1.1	Negative automatiske tanker.....	5
2.2	Kognitiv atferdsterapi.....	6
2.2.1	ABCDE-modellen	7
2.2.2	Eksposering	8
2.3	Joyce Travelbee sin sykepleieteori.....	9
2.4	Terapeutisk relasjon og oppmerksomt nærhet	10
2.5	Juridiske aspekter	11
2.6	Etiske aspekter	11
3	Metode	13
3.1	Litteratursøk	13
3.2	Kildekritikk	14
3.2.1	Forskningsartikler	14
3.2.2	Øvrig litteratur	16
3.3	Etiske vurderinger	16
4	Presentasjon av forskningsresultater	17
5	Drøfting	19
5.1	Den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og bruker	19
5.2	Hvordan kan sykepleieren bruke seg selv terapeutisk?	22
5.2.1	Sykepleierens vennlige holdning.....	22
5.2.2	Sykepleierens nærhet og profesjonelle distanse	22
5.2.3	Sykepleierens rolige være i en travel arbeidsdag.....	23
5.3	Håpets betydning for brukeren	24
5.4	Hvordan kan sykepleieren strukturere og gjennomføre kognitiv atferdsterapi i hjemmetjenesten?.....	25
5.4.1	Det innledende møtet mellom sykepleier og bruker	26
5.4.2	Lengde, antall og hyppighet av møter mellom sykepleier og bruker	26
5.4.3	Hvordan utføre eksponeringstreningen?.....	27
5.5	Kognitiv atferdsterapi i hjemmetjenesten som kontekst	28
6	Avslutning	30
	Referanseliste	32
	Vedlegg 1	34

1 Innledning

Innledningen presenterer bakgrunn for valg av tema, sykepleiefaglig relevans, oppgavens problemstilling og formål, avgrensninger og oppgavens videre disposisjon.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Sosial angst er den hyppigste forekommende angstlidelsen, og rammer cirka 10 prosent av befolkningen i løpet av livet. En person med sosial angst er redd for samvær med andre mennesker, og har en overdreven redsel for å bli ydmyket eller å dumme seg ut. Dette kan gjelde bestemte grupper mennesker, bestemte situasjoner eller på et mer generelt grunnlag. Hvis angsten går ut over livskvaliteten og setter hindringer i hverdagslige aktiviteter som sosialt samvær og jobb, bør det iverksettes tiltak. Det finnes flere former for behandling, der grunnmuren i all behandling er informasjon og veiledning for å hjelpe personen til å mestre sin angst (Helsedirektoratet, 2017).

Det har i de senere årene blitt økt fokus og åpenhet rundt psykisk helse i samfunnet. Det har blomstret opp en rekke dokumentarserier og podcaster omhandlende temaet, hvor både alminnelige folk og kjente profiler har åpnet seg opp og snakket om deres psykiske helseutfordringer i offentligheten. Personlig har jeg alltid syntes at psykisk helse har vært spennende, da særlig angstproblematikk. Jeg har gjennom praksis i hjemmebaserte tjenester i rus og psykiatri møtt mange brukere med sosial angst, noe som inspirerte meg til å skrive om dette i oppgaven. På bakgrunn av eget engasjement rundt psykisk helsearbeid, praksiserfaringer og det økte fokuset rundt temaet i samfunnet, synes jeg det er viktig å belyse akkurat dette temaet som kommende sykepleier.

Som et resultat av reduserte institusjonsplasser i spesialisthelsetjenesten, har kommunehelsetjenesten fått større ansvar for mennesker med psykiske helseutfordringer (Birkeland & Flovik, 2018). «Hjemmesykepleie er et tilbud om helsehjelp til hjemmeboende når sykdom, svekket helse, alderdom eller livssituasjon gjør at de trenger hjelp i kortere eller lengre tid» (Fjørtoft, 2016, s. 17). Hjemmetjenesten er organisert etter en bestiller-utførermodell, hvor bestiller fatter vedtak etter brukerens behov, og sykepleier utfører oppdraget som

er fattet i vedtaket. En utfordring med denne organiseringen kan være å ivareta brukerens autonomi og individuelle behov i et system som i så stor grad er styrt av vedtak. Derfor er det avgjørende at sykepleierne har god kjennskap til tjenestens organisering, samt kunnskap og evne til å påvirke og endre vedtak ut i fra hva som er faglig forsvarlig (Fjørtoft, 2016).

Studien til Karlsson og Kim (2015) viser at sykepleierne i kommunalt psykisk helsearbeid opplever sin rolle og funksjon i endring, og at de utfordres på de terapeutiske og psykiske områdene. I sykepleieprofesjonen støtter man seg ofte til et *holistisk menneskesyn*, som innebærer en helhetsforståelse der sykepleieren må ta hensyn til blant annet tanker, engstelse, sårbarhet, skam, ressurser og smerte i tillegg til den fysiske kroppen brukeren bærer. En slik tilnærming krever at man ser den andre som medmenneske og likeverdig samarbeidspartner, hvor relasjonen er viktig for å skape helhet og mening (Odland, 2012). Dette kan knyttes opp mot to av sykepleiernes funksjonsområder; den lindrende- og undervisende funksjon. Det innebærer å begrense brukerens fysiske, psykiske og sosiale belastninger, og rette fokuset mot livskvalitet og egne erfaringer knyttet til sykdom og utfordringer. Sykepleieren skal veilede, informere og undervise for å fremme trygghet, mestring og forståelse hos brukeren (Nortvedt & Grønseth, 2016). Dette speiles i de yrkesetiske retningslinjene, der det heter at sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos brukeren, i tillegg til å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Dette er alle aspekter ved sykepleieutøvelsen som er sentrale i arbeidet med brukere med sosial angst, og som vil bli brukt videre i oppgaven.

1.2 Presentasjon av problemstilling

«Hvordan kan sykepleieren ved hjelp av kognitiv atferdsterapi bidra til lindring hos brukere med sosial angst?»

1.2.1 Avgrensning

På grunn av oppgavens omfang, har jeg valgt og bare å ta for meg én type angstlidelse; sosial angst. Dette fordi det er den hyppigst forekommende angstlidelsen (Helsedirektoratet, 2017), samt at det er den angstlidelsen som interesserer meg mest. Konteksten legges til hjemmetjenesten, først og fremst på grunn av personlig interesse og erfaring fra kommunehelsetjenesten. De vanligste betegnelsene på personer som mottar hjelp fra

hjemmetjenesten er bruker, pasient og tjenestemottaker, og i praksis brukes de ofte om hverandre (Birkeland & Flovik, 2018). I denne oppgaven vil ordet «bruker» bli brukt konsekvent, da jeg personlig har mest erfaring med å bruke dette begrepet innenfor den aktuelle konteksten og målgruppen. Målgruppen er voksne brukere over 18 år, slik at kommunikasjon og relasjon med barn, unge og pårørende utelukkes i oppgaven. Målgruppen avgrenses til brukere med moderat til sterk sosial angst, som er preget av dette i dagliglivet og har vedtak i hjemmetjenesten.

På grunn av oppgavens omfang ser den bort i fra faktorer som etnisitet og kjønn. Oppgaven vil ta for seg den terapeutiske relasjonens betydning fra og med første møte mellom sykepleier og bruker. Det tas utgangspunkt i at brukeren er mottakelig for veiledning og er motivert for egen deltakelse. Kognitiv atferdsterapi er en omfangsrik behandlingsmetode, og denne oppgaven vil bare inkludere metodene ABCDE-modellen og eksponering. Denne avgrensningen er basert på innholdet i relevant litteratur og forskning, egne interesser og erfaringer, samt hva jeg finner mest relevant for oppgavens målgruppe og kontekst. Oppgaven utelukker dermed andre metoder innenfor kognitiv atferdsterapi, og vil ikke gå inn på andre sykepleieoppgaver. Litteraturen beskriver også andre metoder i kognitiv atferdsterapi som «hjemmeoppgaver» brukeren gjør alene. Selv om dette viser seg å være av betydning i den kognitive atferdsterapien, inkluderes det ikke i denne oppgaven på grunn av dens omfang, samt at det går noe utenfor sykepleierens rolle og tilstedeværelse i arbeidet.

1.3 Formålet med oppgaven

Formålet med oppgaven er å studere hvordan sykepleieren ved hjelp av kognitiv atferdsterapi kan bidra til lindring hos brukere med sosial angst. Målet er å gi økt kunnskap rundt temaet til både meg selv og du som leser oppgaven. Oppgaven vil gi meg bedre innsikt i hvordan jeg som fremtidig sykepleier i hjemmetjenesten kan bidra til lindring hos brukere med sosial angst. Hensikten med oppgaven er i tillegg å sette dette temaet på dagsordenen i sykepleiefaget, og bidra til økt fokus på viktigheten av psykisk helsearbeid i hjemmetjenesten som kontekst.

1.4 Oppgavens disposisjon

I kapittel to presenteres det teoretiske rammeverket for oppgaven. Kapittelet vil ta for seg hva

sosial angst er, hvilke rolle negative automatiske tanker har, samt hva kognitiv atferdsterapi er, med fokus på ABCDE-modellen og eksponeringsterapi som metoder. Videre vil Joyce Travelbee sin sykepleierteori og den terapeutiske relasjonens betydning presenteres. Til slutt trekkes relevante juridiske og etiske aspekter frem. I kapittel tre presenteres metoden brukt i oppgaven, og det gjøres rede for innhenting av litteratur og forskning, samt kildekritikk og etiske vurderinger. I kapittel fire presenteres forskningsartikler i form av en matrise, med en kort sammenfatning av artiklenes viktigste punkter. I kapittel fem drøftes problemstillingen opp mot de valgte forskningsartiklene, faglitteratur og egne erfaringer knyttet til temaet. Avslutningsvis formuleres en kort sammenfatning av de viktigste punktene i oppgaven som svar til problemstillingen.

2 Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapittelet presenteres teori om sosial angst, negative automatiske tanker, kognitiv atferdsterapi med fokus på ABCDE-modellen og eksponeringsterapi som metoder. Videre beskrives Joyce Travelbee sin teori om mellommenneskelige forhold i sykepleie og den terapeutiske relasjon og nærhet. Avslutningsvis presenteres sentrale juridiske og etiske aspekter knyttet til problemstillingen.

2.1 Sosial angst

En person med sosial angstlidelse har en uhensiktsmessig angst for å bli ydmyket eller for å dumme seg ut i sosiale settinger. Man er redd for at andre skal merke at man er nervøs, at man skjelver, rødmer, stammer eller svetter. Det er typisk at man unngår situasjoner der en må yte noe i nærvær av andre mennesker eller hvor man får oppmerksomhet rettet mot en selv (Dahl, 2012). Det skilles mellom generalisert sosial angst, hvor angsten oppstår i de fleste former for sosial kontakt med andre mennesker, og avgrenset sosial angst, hvor angsten oppstår i gitte situasjoner. Dette kan for eksempel være å spise sammen med andre eller å benytte offentlige toaletter. Opplevelsen av angst består av fire komponenter; den følelsesmessige-, fysiologiske-, kognitive- og atferdsmessige komponent. Dette innebærer følelsene som oppstår hos brukeren i en angstfylt situasjon, hvilke kroppslige symptomer vedkommende opplever, hvilke tanker og forestillinger som dukker opp og hvilke handlinger brukeren foretar i situasjonene. De fysiologiske symptomene ved angsten kan være blant annet rødme, svimmelhet, økt svette, kuldefornemmelser, hyperventilering, munntørrhet og kvalme (Hougaard, 2006). For å beskytte seg mot denne ubehagelige opplevelsen, er det typisk at vedkommende trekker seg tilbake og unngår de angstutløsende situasjonene. Ved utbredt sosial angst fører dette blant annet til tap av funksjon (Martinsen, Falkum, Haavet & Røsseberg, 2016), ved at det for eksempel kan bli problematisk å handle mat på butikken. Uten profesjonell hjelp, vil som regel den sosiale angsten være kronisk hos vedkommende, der konsekvensene kan føre til manglende selvtillit, isolasjon og depresjon (Hougaard, 2006).

2.1.1 Negative automatiske tanker

Den kognitive komponenten som er nevnt i kapittel 2.1, innebærer blant annet negative automatiske tanker. Disse er typiske hos mennesker med sosial angst, de oppstår automatisk,

er av negativ karakter og kan være vanskelige å kontrollere. I forbindelse med sosial angst kan disse tankene også kalles katastrofetanker. Selv om de ofte er urealistiske eller overdrevne, oppleves de svært realistiske for personen når vedkommende befinner seg i den aktuelle situasjonen. Slike tanker er med på å skape feiltolkninger, og en person med sosial angst har tendens til å oppfatte visse situasjoner som forvrenget eller overdrevne (Hougaard, 2006). Et eksempel på hvordan negative automatiske tanker utvikles til en negativ tankerekke er «alle ser på meg», «de kan se at jeg er nervøs», «de tenker at jeg er dum» og «jeg kommer til å gjøre eller si noe dumt». Når en tankerekke som dette oppstår i en situasjon, vil det være med på å aktivere angsten og de ubehagelige symptomene det medfører (Hougaard, 2006). Et mål med kognitiv atferdsterapi er å bli oppmerksom på de negative automatiske tankene og når man fortolker situasjonen som urimelig negativ. Slik kan brukeren lære seg å tenke alternative tanker som er litt mindre selvkritiske og katastrofale (Martinsen et al., 2016).

2.2 Kognitiv atferdsterapi

Studien til Karlsson og Kim (2015) viser at sykepleierne i kommunalt psykisk helsearbeid opplever sin rolle og funksjon i endring, og at de utfordres på de terapeutiske og psykiske områdene. Forskningen viser at sykepleiefaglige terapeutiske intervensjoner som kognitiv atferdsterapi er svært effektivt, og fremstår som en viktig mekanisme for endring hos brukeren (Karlsson & Kim, 2015). Kognitiv atferdsterapi er en sammensetning av to tradisjonelle terapier, atferdsterapi og kognitiv terapi, og egner seg godt til å anvendes i hjemmetjenesten som arena (Hougaard, 2006). Kjernen i terapien er å hjelpe brukeren til å mestre sine utfordringer ved å endre uhensiktsmessige tankemønstre og atferd, og gi økt innsikt i egen fortolkning av virkeligheten. Her er det nødvendig med et aktivt samarbeid mellom sykepleieren og brukeren (Helsedirektoratet, 2017). Kognitiv atferdsterapi er målrettet og avgrenset, og vil typisk kunne gjennomføres i løpet av 10 – 12 sesjoner. I starten er det viktig at sykepleieren presenterer prinsippene for kognitiv atferdsterapi ved sosial angst, slik at brukeren utvikler forståelse og motivasjon for det videre løpet. Her er det viktig å ha vekt på sammenhengen mellom fortolkning av sosiale situasjoner og utvikling av angstsymptomer, som er essensen i den kognitive atferdsterapien (Kvale, Havik, Heiervang, Tangen & Haugland, 2013).

Innenfor kognitiv atferdsterapi finner man mange ulike terapeutisk hjelpemidler. Ut i fra avgrensningen i oppgaven vil jeg i denne delen presentere teori om ABCDE-modellen og

eksponering. For å kunne gi en mer konkret beskrivelse av hvordan teorien brukes i praksis, vil jeg bruke det å handle på butikk som et eksempel på en angstløsende situasjon. Jeg velger dette eksempelet både fordi det er hyppig brukt i litteraturen, samt at egne erfaringer tilsier at dette er et vanlig problem hos mange brukere i hjemmetjenesten.

2.2.1 ABCDE-modellen

Når man arbeider med tanker og atferd i kognitiv atferdsterapi, bruker man ABCDE-modellen som et hjelpemiddel. A er situasjonen, B er antakelse eller den negative automatiske tanken, C er konsekvenser, D er alternativ tanke og E er hvordan den alternative tanken påvirker følelser og atferd. Når man skal kartlegge de negative automatiske tankene, bør man ta utgangspunkt i en situasjon der angsten er sterkt aktivert hos brukeren, eksempelvis i butikken. Når man har kartlagt situasjonen der de negative følelsene blir aktivert, er neste skritt å utforske hvilke atferdsmessige konsekvenser dette medfører for brukeren, samt identifisere de negative automatiske tankene (Martinsen et al., 2016). Nedenfor er et eksempel på hvordan man ved hjelp av ABCDE-modellen kan strukturere og kartlegge sammenhengen mellom situasjon, tanker, følelser og atferd:

A – situasjon/hendelse	B – antakelse/tolkning av situasjonen	C – konsekvenser: følelser og atferd	D – alternativ antakelse	E – hva slags følelser og atferd det vil føre til
I butikken møter han en kollega som ikke hilser.	Han liker meg ikke. Jeg er ikke verdt å hilse på en gang.	Trist, lei seg. Oppgitt og fortvilet. Går hjem og ser på fjernsyn.	Han tenkte vel at han ikke ville forstyrre meg.	Mindre trist. Går en tur i parken etter å ha handlet ferdig.

(Martinsen et al., 2016, s. 42-52).

Når dette er kartlagt, kan man begynne å gripe tak i tankene, sette spørsmålstegn ved hvorvidt de er realistiske eller hensiktsmessige, og om det finnes alternative tanker. Her kan også sykepleieren og brukeren sammen analysere atferden. Tilbaketrekning og isolasjon kan dempe ubehaget på kort sikt, men vil over tid bidra til å vedlikeholde angsten. Her har sykepleieren en viktig rolle i å hjelpe brukeren med å finne med hensiktsmessige

atferdsmønstre. Ved å endre atferd og bli klar over hvordan man tenker, kan man påvirke følelsene (Martinsen et al., 2016), og dermed øke kontrollen over angstsymptomene i situasjonen.

2.2.2 Eksponering

En annen viktig del av kognitiv atferdsterapi hos brukere med sosial angst er eksponering (Kvale et al., 2013). Eksponering handler om at brukeren gradvis utsetter seg selv for sin egen angst ved å konfrontere de situasjonene som utløser angsten (Hummelvoll, 2012). Som innledning til eksponeringsterapien, bør brukeren i samarbeid med sykepleier formulere og sette opp et angsthierarki. Her skal ulike sosiale situasjoner beskrives og rangeres ut i fra hvor angstskapende de er, og brukeren velger så hvilken situasjon man først skal eksponere seg for. Situasjonene som blir valgt ut i angsthierarkiet bør være betydningsfulle for brukerens hverdag, og bør være så oversiktlige og konkrete som mulig, slik at brukeren raskt kan komme i gang med eksponeringstreningen. Det er viktig at øvelsene planlegges nøye på forhånd, og at det lages en plan for når brukeren skal utføre eksponeringen. Sykepleieren bør oppfordre brukeren til å bli værende i situasjonen til angstnivået har avtatt ved hver eksponering (Kvale et al., 2013). Hos en person med sosial angst, er hovedproblemet ofte frykten for andres kritiske blikk. For at eksponeringen skal fungere, må brukeren som eksponerer seg ha fokus på omgivelsene under eksponeringen, i stedet for å trekke tankene inn mot seg selv og egen angst (Martinsen et al., 2016).

I første omgang bør sykepleier og bruker bearbeide de aktuelle situasjonene sammen, ved for eksempel å gjennomføre et rollespill. Neste trinn vil være å utføre eksponeringen i en realistisk situasjon, der man fysisk går til butikken for å handle en vare. I denne fasen har sykepleieren en viktig rolle i å være emosjonell og praktisk støtte. Etter hver økt bør sykepleieren og brukeren snakke rundt brukerens opplevelser og følelser rundt situasjonen. Hvilke erfaringer har blitt gjort, og hva kan gjøres annerledes neste gang? Hva var det som ble gjort denne gangen som gjorde at det gikk bra? (Hummelvoll, 2012). Her kan man gå tilbake og se på hva som ble kartlagt i ABCDE-modellen, og diskutere sammen om de negative automatiske tankene stemmer eller ikke.

2.3 Joyce Travelbee sin sykepleieteori

Valget av sykepleieteoretiker Joyce Travelbee begrunnes i hennes fokus på den sykepleiefaglige mellommenneskelige dimensjonen, som sees på som svært aktuell for problemstillingen. Dette fordi det gir relevante sykepleiefaglige føringer på hvordan sykepleieren skal gå frem og bruke seg selv i arbeidet med å bidra til lindring hos brukere med sosial angst. I følge Travelbee (1999) er sykepleie «en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene». Hun mener at dette oppnås gjennom etableringen av et menneske-til-menneske-forhold som sykepleieren målbevisst må etablere og opprettholde. Travelbee trekker frem evnen til å bruke seg selv terapeutisk som et viktig kjennetegn hos den profesjonelle sykepleieren. Pasientens forandring betraktes som terapeutisk når den lindrer vedkommendes plager. Her må sykepleieren målrettet bruke sin egen personlighet i etableringen av relasjonen til pasienten, ha selvforståelse, evne til å tolke egen og andres atferd, samt ha en dyp forståelse av det å være menneske. Når sykepleieren bruker seg selv terapeutisk bruker man egne kunnskaper og egen personlighet med formål om å bidra til en forandring hos pasienten. Travelbee presiserer derimot at å bruke seg selv terapeutisk ikke må forveksles med vennlighet, da det ikke kan veie opp for eventuell manglende kunnskap og evnen til å bruke disse i sykepleien (Travelbee, 1999).

«Den profesjonelle sykepleierens oppgave er å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet» (Travelbee, 1999, s. 123). Håp defineres som et ønske og en forventning om å oppfylle et mål, slik at livet vil endre seg, bli mer behagelig, meningsfull eller gi større glede. Håp har lenge blitt sett på som en motiverende faktor bak menneskelig atferd, og som gjør en i stand til å mestre utfordrende situasjoner og gi energi til å gjennomføre vanskelige oppgaver. Et av Travelbee sine grunnleggende antakelser er at sykepleierens rolle er å bidra til at syke mennesker opplever håp til å mestre egen lidelse. Sykepleieren må gjøre seg tilgjengelig og være villig til å lytte når brukeren snakker om sin angst, sine problemer og det han er opptatt av. Håp er sterkt relatert til avhengigheten av andre, samt et balansert forhold mellom tillit og mistillit (Travelbee, 1999).

Travelbee (1999) beskriver ulike faser i etableringen av et menneske-til-menneske-forhold, hvor jeg vil trekke frem de tre første som mest relevante for min oppgave; det innledende

møtet, fremvekst av identiteter og empatifasen. Ved det innledende møtet er sykepleierens observasjon det første og viktigste trinnet i prosessen. I et slikt møte ser de to partene sjeldent på hverandre som unike individer, men som «sykepleier» og «pasient». Her dannes det førsteinntrykk og antakelser rundt det andre mennesket. Her har sykepleieren en viktig oppgave i å bryte ned antakelser og kategoriseringer som automatisk er dannet, slik at man kan bli kjent med selve *mennesket* i pasienten. Den neste fasen handler om å etablere tilknytning og verdsette den andre som et unikt individ. Her rettes følelser og tanker mot den andre, og man betrakter den andre mer ut i fra deres personlighet fremfor deres «kategori». Som en terapeutisk rolle, begynner sykepleieren å fange opp hvordan pasienten tenker, føler og oppfatter situasjonen. Her er det viktig at sykepleieren er bevisst hvordan man oppfatter den andre, og vurderer likheter og forskjeller mellom seg selv og den andre. Dette legger grunnlaget for den neste fasen, empatifasen. Dette innebærer evnen til å leve seg inn i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket, å knytte seg til den andre og oppleve nærhet. Empati gir evnen til å forutsi den andres atferd, og gir en emosjonell kunnskap som kan brukes til å hjelpe den andre (Travelbee, 1999).

2.4 Terapeutisk relasjon og oppmerksomt nærhet

Etablering av en trygg og god relasjon er hovedstrategien i all tilnærming til personer som har behov for hjelp på grunn av sin psykiske tilstand. En terapeutisk relasjon baseres på oppriktighet, empati og å se den andre som et unikt og likeverdig menneske (Birkeland & Flovik, 2018). Tilstedeværelsen av en trygg sykepleier kan være helt avgjørende for at brukeren opplever en stabil fremgang, og at oppgaver brukeren må gjennomføre blir til positive opplevelser. En god relasjon legger grunnlaget for denne tryggheten, som er avgjørende for å skape god dialog mellom partene og at brukeren føler seg komfortabel med åpenhet og læring (Wormnes, 2013). En terapeutisk holdning avhenger av at sykepleieren ikke blander private oppfatninger og erfaringer inn i samtalen med brukeren. Mange kjenner på en automatisk impuls til å gjøre dette i visse situasjoner, hvor hensikten kan være å utlikne forskjeller mellom partene og signalisere at man har noe til felles. Dette kan derimot virke forstyrrende i utforskningen av brukerens tanker og opplevelser i sin egen situasjon. En slik tilnærming vil også ta fokus fra brukeren og signalisere redusert oppmerksomhet og interesse for det han har å si (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). I den gode relasjonen vier sykepleieren oppmerksomhet til den andre, lytter og er til stede i samtalen. Dette kalles å være

oppmerksomt nærværende, som vil si at sykepleieren evner å observere erfaringer og opplevelser med en aksepterende og åpen holdning. En slik holdning bidrar til økt tilstedeværelse og årvåkenhet i situasjonen, hvor nysgjerrighet og åpenhet gir rom for at ulike tanker og følelser kan dukke opp (Wormnes, 2013).

2.5 Juridiske aspekter

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er en av de mest sentrale lovene for hjemmetjenesten (Fjørtoft, 2016). Et av lovens formål er å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av lidelse, fremme sosial trygghet og forebygge sosiale problemer (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 1-1). Brukerne har på sin side rett til et verdig tjenestetilbud fra kommunens helse- og omsorgstjeneste, rett til medvirkning og nødvendig informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-1, § 3-1 & § 3-2).

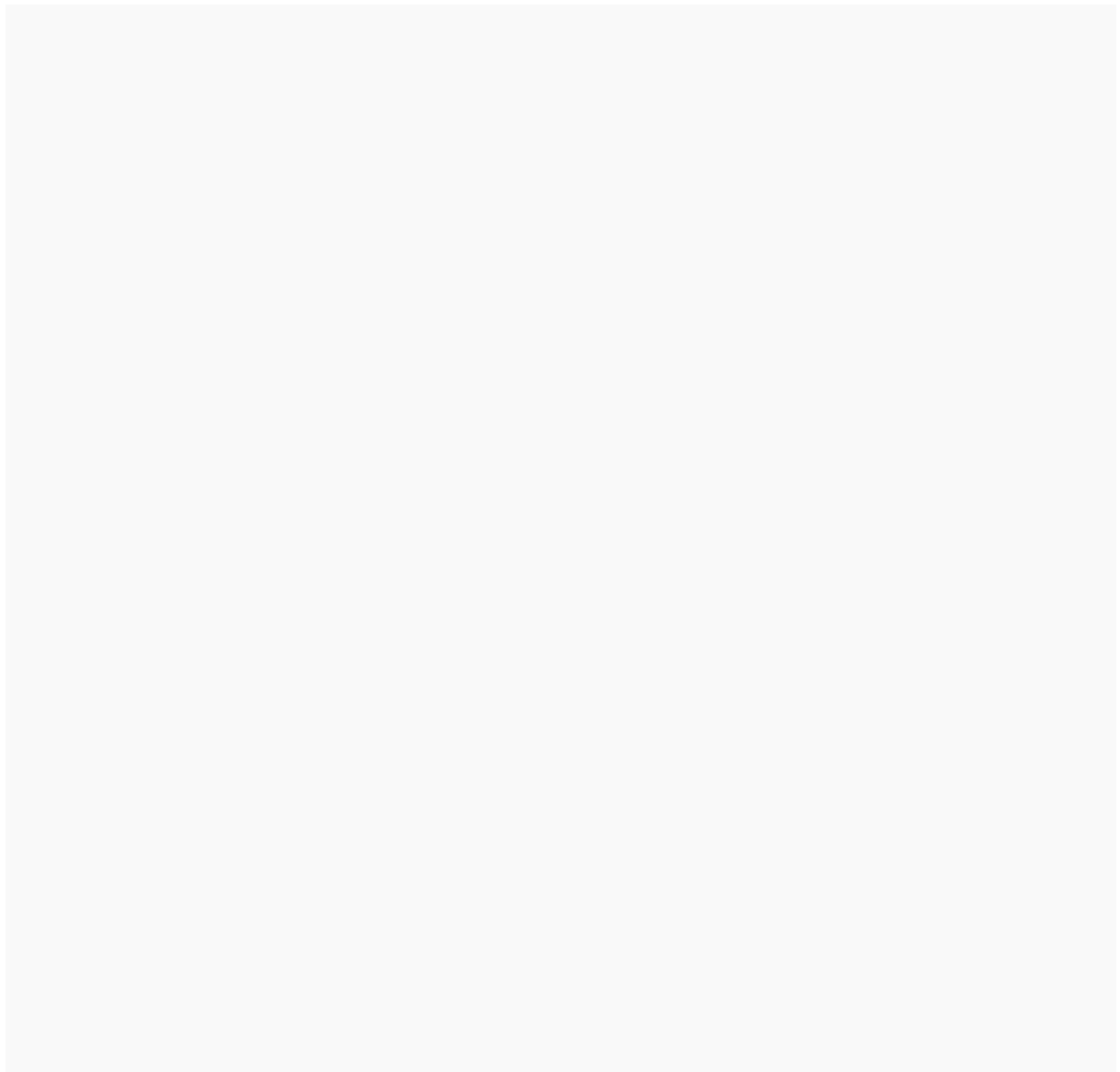
En sykepleier har spesialiserte kunnskaper til å hjelpe andre mennesker i forhold til deres helse. Denne kunnskapen praktiseres innenfor klart avgrensede områder, og en sykepleier er juridisk ansvarlig for sine handlinger innenfor disse områdene (Travelbee, 1999).

Psykoterapeutiske arbeidsmåter slik som kognitiv atferdsterapi skal bare brukes ved en klar interesseovervekt til fordel for brukeren, dette for å beskytte vedkommende for krenkelse, samt sikre ivaretagelse av en forsvarlig og profesjonell tjeneste (Skjerve, 2011). I de yrkesetiske retningslinjene heter det at sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig og juridisk forsvarlig. Dette speiles i Helsepersonelloven (1999, § 4) der krav om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp står skrevet. Dette kravet har både faglige og juridiske aspekter som angår både arbeidsplassen og den enkelte sykepleier (Fjørtoft, 2016).

2.6 Etiske aspekter

I hjemmesykepleien kommer man tett inn på brukerne og deres livssituasjon, og etikken må hele tiden være med i de faglige vurderingene i praksis. I sykepleiefaglig etikk står de fire prinsippers etikk sentralt, som fremhever prinsippene om autonomi, velgjørenhet, ikke-skade og rettferdighet (Fjørtoft, 2016). Videre er nærhetsetikken sentral, som utspiller seg i relasjoner og fokuserer på det konkrete samspillet mellom to ulike individer. Her vektlegges

følelsenes betydning rundt faglige og etiske verdier. I nærhetsetikken vil begrunnelsene av handlinger ligge i personens personlige forståelse og oppfatning av situasjonen, og man må derfor være oppmerksom på det særskilte ved det enkelte møtet. Nærhetsetikk kan også kalles relasjonsetikk, i den forstand at sykepleierens væremåte og holdning har betydning for brukerens opplevelse i situasjonen. Her trekkes tillit frem som et vesentlig punkt, hvor det å vise tillit beskrives som å utlevere seg selv til den andre ved å legge noe av sitt eget liv i den andres hender (Brinchmann, 2012).



3 Metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Det er en metode hvor man henter data fra eksisterende litteratur, forskning og fagkunnskap for å kunne besvare en problemstilling (Dalland, 2017). Hensikten med denne metoden er å gi leseren en god og oppdatert forståelse rundt det problemstillingen etterspør. Metoden krever en systematisk innsamling av litteratur, samt kritisk vurdering og strukturert sammenfatting av hvordan prosessen av kunnskapsinnsamling har foregått (Thidemann, 2015). I denne oppgaven er det plukket ut fem forskningsartikler som til sammen representerer både kvantitative og kvalitative metoder. En kvantitativ tilnærming gir resultater i form av målbare enheter, ved at man innhenter et lite antall opplysninger om mange undersøkelsesenheter. Den kvalitative metoden går i dybden ved å innhente mange opplysninger om få undersøkelsesenheter, og fanger opp meninger og opplevelser som ikke lar seg måle i enheter eller antall. Denne metoden gir et jeg-du-forhold mellom forsker og undersøkelsespersonen, i motsetning til den kvantitative metoden som gir et mer jeg-det-forhold (Dalland, 2017).

3.1 Litteratursøk

Søkeprosessen med å finne forskningsartikler har foregått i perioden desember 2018 – mars 2019. Innledningsvis i søkeprosessen laget jeg et PICO-skjema (vedlegg 1) og MeSH ble anvendt for å finne gode søkeord på engelsk. De første søkene ble gjort i databasene Sykepleien forskning, Google Scholar og CINAHL, hvor hensikten var å skaffe oversikt over hva slags forskning som fantes rundt temaet. Erfaring fra brede søk og innsyn i relevante emneord hjalp til med å spisse søkeordene og problemstillingen ytterligere. Videre ble databasene PubMed, PMC og MEDLINE inkludert i søkene, da det ikke ble funnet mange nok tilfredsstillende forskningsartikler i de andre databasene. Avgrensningene ble gjort ut i fra hvilke muligheter man hadde i de ulike databasene, men gjennomgående i prosessen var avgrensningen av publiseringsdato «10 years» prioritert. Dette for å sikre oppdatert forskning. Søkeordene er kombinert med den boolske operatøren «AND». Tabellen nedenfor viser den avsluttende fremgangsmåten ved søkene til de fem aktuelle forskningsartiklene i oppgaven.

Nr.	Database	Søkeord	Avgrensning	Treff	Artikkel
1.	Sykepleien forskning	Hjemmetjenesten + sosial angst + sykepleie	Ingen	Nr. 4/9	Betydningen av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten
2.	Sykepleien	Kognitiv terapi	Forskning, 2009-	Nr. 14/15	Mindfulness – det oppmerksomme

	forskning		2019		nærvær
3.	PMC	Cognitive behavior therapy AND social phobia AND case study	Open access, 5 years	Nr. 2/255	A cognitive-behavior therapy applied to a social anxiety disorder and a specific phobia, case study
4.	PubMed	Social anxiety AND primary care AND cognitive behavioral therapy AND therapeutic relationship	10 years	Nr. 14/21	Who gets the most out of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders?
5.	PubMed	Social anxiety AND Cognitive therapy AND therapeutic relationship AND nursing	10 years	Nr. 9/15	Nursing psychotherapeutic interventions: a review of clinical studies

Den øvrige litteraturen er en blanding av pensumlitteratur fra studiet, samt andre bøker lånt på skolebiblioteket. Søketjenesten Oria har blitt brukt til å innhente relevant litteratur med søkeord som «kognitiv terapi», «kognitiv atferdsterapi», «eksponeringsterapi», «angst» og «sosial angst». Bibliotekarene på skolebiblioteket har også vært hjelpelige med å finne relevant litteratur.

3.2 Kildekritikk

Kildekritikk innebærer å foreta kritiske vurderinger av den informasjonen som er samlet inn. Her ser man på relevans, styrke og begrensninger i kildene som er inkludert i oppgaven (Thidemann, 2015).

3.2.1 Forskningsartikler

De fem forskningsartiklene er publisert i løpet av de siste ti årene, noe som sikrer oppdatert kunnskap og forskning. Alle artiklene er fagfellevurdert og er publisert i anerkjente tidsskrifter. Blant forfatterne har flere sykepleiefaglig bakgrunn og er forskere eller professorer innenfor sykepleiefaget og det psykiske helsefeltet. Artiklene er basert på forskning fra USA, Portugal, Hellas og Norge, som gir et bredspektret perspektiv. Studiene

har kontekst i både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, men med overvekt av sistnevnte. Utvalgene i studiene er varierende, men med overvekt av mennesker med psykiske helseutfordringer og angst. Det er gjennom hele skriveprosessen gjort kritiske vurderinger rundt hvilke overføringsverdier artiklene har til problemstillingen med tanke på landbakgrunn, utvalg og kontekst.

Forskningsartiklenes metoder representerer både intervju, dybdeintervju, randomisert kontrollert studie (RCT-studie) og case-studie. Jeg ser det som positivt for oppgaven å ha artikler med ulike fremgangsmåter og metoder, da det gir et bredt spekter av synspunkter, statistikk og erfaringer som kan nyttes til problemstillingen på ulike måter. I tillegg er den ene artikkelen en review-artikkel, også kalt oversiktsartikkel. Oversiktsartikler tar opp og vurderer allerede presentert forskning, og gir en oppsummering av forskningen innenfor det aktuelle feltet (Dalland, 2017). Dette gir en rask og enkel oversikt over større deler av forskningen innenfor temaet, som gir et bedre grunnlag for å besvare problemstillingen. Videre er relevans et grunnleggende krav til data som anvendes (Dalland, 2017), og forskningsartiklene inkludert i oppgaven anses som relevante for å besvare problemstillingen. En svakhet er at ingen av artiklene i sin helhet fyller alle kriterier for å besvare problemstillingen godt nok, ved at for eksempel kontekst eller utvalg viker fra hva oppgaven spør om. De forskjellige landbakgrunnene i studiene kan også svekke forskningsfunnenes overføringsverdi til problemstillingen. Men som en helhet anses artiklene som utfyllende og gode, ved at de utfyller hverandres mangler. Ettersom tre av forskningsartiklene er skrevet på engelsk, må det tas forbehold om at oversettingene av meningsinnholdet kan være upresis.

Fire av artiklene følger IMRaD-strukturen, som er en standardisert form for oppbygningen av forskningsartikler (Dalland, 2017). Formålet kommer tydelig frem i disse fire artiklene, som er en faktor Dalland (2017) hevder som viktig å sikre artikkelens kvalitet. Case-studien til Tsitsas og Paschali (2014) er organisert etter en egen struktur, men ble allikevel valgt å inkluderes i oppgaven på grunn av dens fagfellevurdering og anerkjente forfattere. Et case-studie studerer et enkelt menneske med sosial angst, og er grunnlag for å belyse sider av dette menneskets situasjon som ideelt sett kan refereres til alle mennesker i samme situasjon (Dalland, 2017). Ettersom case-studien til Tsitsas og Paschali (2014) gir dybde og konkretisering rundt det aktuelle temaet, finner jeg den svært sentral å bruke for å besvare problemstillingen.

3.2.2 Øvrig litteratur

Bruk av lærebøker og fagbøker gir et godt utgangspunkt for oppgaven, samt en god oversikt over de mest innflytelsesrike forfatterne innenfor temaet (Dalland, 2017). I denne oppgaven er det brukt både fagbøker og lærebøker som i hovedvekt er av nyere dato. Bøkene av Freud (1958) og Travelbee (1999) er imidlertid av eldre dato, men disse anses som like aktuelle i dag. Joyce Travelbees teori om mellommenneskelige forhold i sykepleie ble først utgitt i 1966, og har hatt stor innflytelse på norsk sykepleierutdanning (Kirkevold, 1998). Ettersom Travelbees teori fortsatt er aktuell i dagens sykepleierutdanning, anses den som relevant for å besvare problemstillingen, ved at den bidrar til et sykepleiefaglig fokus og gir en rød tråd gjennom diskusjonen. Utover dette har det blitt inkludert utvalg fra offentlig oppslagsverk, forskningsrapport, lovverk og nasjonale faglige retningslinjer. Denne litteraturen omhandler helsepolitiske føringer, og anses som relevant da dette bidrar til de overordnede rammene sykepleieren må forholde seg til.

3.3 Ethiske vurderinger

I en profesjonsutdanning som bachelor i sykepleie er, er egne erfaringer fra praksis viktige kunnskapskilder som kan gi betydningsfulle bidrag til denne oppgaven. Det er dog viktig å ivareta anonymitet og etiske hensyn ved bruk av kunnskap og erfaring fra praksisfeltet (Dalland, 2017). Det har i denne oppgaven vært aktuelt å trekke inn egne erfaringer, men det har vært bevisst gjennom hele skriveperioden å bevare anonymitet hvor ingen konkrete eksempler, personer, kolleger eller arbeidsplasser er beskrevet i oppgaven.

4 Presentasjon av forskningsresultater

Nr.	Forfatter/år stall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/metode	Funn
1.	Skatvedt, A. & Andvig, E., (2014).	Betydningen av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten.	Sykepleien forskning	Å bidra til kunnskapsutvikling basert på erfaringer fra eldre med psykiske helseproblemer og pårørende om hvordan tilbud fra kommunehelsetjenesten kan legge til rette for bedring.	Kvalitativt og eksplorerende design. Intervju med 16 brukere og 4 pårørende.	De fant to hovedtemaer som var viktig for pasientene: 1: De fleste brukerne ønsket at ansatte i hjemmetjenesten hadde bedre tid. Tid til samvær er viktig for utvikling av tillit. 2: Vennligsinnet pågåenhet, å bli «tatt fatt i» og gjøre ting i hverdagslivet som bidrar til bedring. At pleierne stiller krav, inviterer med og møter opp.
2.	Sandvik, B., A., (2011).	Mindfulness – det oppmerksomme nærvær.	Sykepleien forskning	Å utforske hvordan sykepleiere opplever fenomenet nærvær i sin sykepleierutøvelse og hvordan trening på oppmerksomt nærvær i form av Mindfulness-Based Stress-Reduction (MBSR) kan påvirke deres opplevelse.	Et MBSR-program ble gjennomført for seks sykepleiere, etterfulgt av dybdeintervjuer.	Sykepleiernes opplevelse av nærvær kan beskrives ved to hovedtemaer: «Å være nær», en gjenkjennelse av fellesmenneskelige vilkår i relasjonene. «Å balansere i nærvær», balanse mellom pasienten og andre oppgaver, og mellom nærhet og profesjonell distanse. Etter prosjektet opplever sykepleierne mer åpenhet i nærværet, et nytt blikk som er mer våkent og vennlig, og en endring fra å gjøre til å være som gir selvvinnsikt og større ro.
3.	Tsitsas, G., D. & Paschali, A., A., (2014).	A cognitive-behavior therapy applied to a social anxiety disorder and a specific phobia, case study.	Health Psychology Research	Å illustrere hvordan kognitiv atferdsterapi brukes mot sosial angst gjennom en spesifikk case.	Studie av en case.	Informanten var motivert gjennom hele behandlingen, og fullførte alle hjemmeoppgavene hver uke. På en oppfølgingstime 1 mnd. etter fullført behandling forteller informanten at han ikke lenger opplever symptomene som han gjorde tidligere. Hans nivå av angst var redusert i sosiale settinger.

4.	Glenn et al., (2013).	Who gets the most out of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders?	Journal of Consulting and Clinical Psychology	Å undersøke hvordan behandlingsdose og pasientengasjement i kognitiv atferdsterapi påvirker resultatene i et langtidsperspektiv hos pasienter med angstlidelser.	Kvantitativ studie. Analyse av kognitiv atferdsterapi hos 439 pasienter i primærhelsetjenesten. Målinger av behandlingsdose (deltakelse, fullføring av eksponering) og pasientengasjement (hjemmeoppgaver, forpliktelser) i terapien ble samlet i løpet av 12 og 18 måneder.	<p>Høyere behandlingsdose (hyppigere økter og gjennomføringer av eksponering) og høyt pasientengasjement (aktiv deltakelse og gjennomføring av hjemmelekser) gav tydelig reduksjon av symptomer og bedret funksjon hos pasientene.</p> <p>Pasienter med lav deltakelse i behandlingen (færre enn 6 økter) hadde dårligere resultater enn de med høy deltakelse (6 økter eller flere).</p> <p>Eksponeringsterapi gav best resultater i et 12 mnd. forløp versus 18 mnd. Pasienter med ingen eksponeringsterapi var tydelig mer symptomatiske enn de som fullførte eksponeringsbehandling</p>
5.	Sampaio, F. M. C., Sequeira, C. A. C. & Canut, M. T. L., (2015).	Nursing psychotherapeutic interventions : a review of clinical studies	Journal of Clinical Nursing	Å oppsummere nåværende kunnskap om sykepleiefaglige psykoterapeutiske intervensjoner hos voksne. Å identifisere kunnskapshull i sykepleien, samt utforske hva sykepleieren kan bidra med ytterligere i psykoterapien.	En review-artikkel tatt utgangspunkt i 151 kvalifiserte artikler. Forfatterne har funnet artiklene i ulike databaser.	Sykepleiere som utfører psykoterapeutiske intervensjoner baserer seg ofte på kognitiv atferdsterapi. Den vanlige lengden på behandlingen varierer mellom 5-12 uker, med økter på 45-50 minutter. Det terapeutiske forholdet mellom sykepleier og klient virker å være det viktigste elementet i psykoterapeutisk behandling.

5 Drøfting

I dette kapittelet vil drøftingen ta for seg ulike aspekter rundt hvordan sykepleieren kan bidra til lindring hos brukere med sosial angst i hjemmetjenesten. Det vil bli inkludert fem forskjellige forskningsartikler som belyser ulike synspunkter vedrørende problemstillingen ut i fra kontekst, erfaringer og resultater fra helsepersonell og brukere. Drøftingen vil også inkludere teori fra kapittel to i oppgaven, samt egne erfaringer fra praksis. I de yrkesetiske retningslinjene står det skrevet at sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse og understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Målet med drøftingen er å komme frem til hvordan sykepleieren på best mulig måte kan tilnærme seg og legge opp til en terapeutisk metode og struktur for å lindre brukerens plager i hverdagen. For ordens skyld repeteres problemstillingen:

«Hvordan kan sykepleieren ved hjelp av kognitiv atferdsterapi bidra til lindring hos brukere med sosial angst?»

5.1 Den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og bruker

Jeg vil først og fremst trekke frem og diskutere viktigheten av den terapeutiske relasjonen mellom sykepleieren og brukeren i deres arbeid med kognitiv atferdsterapi. Ut i fra egne erfaringer fra praksis, fremstår dette som et viktig moment i sykepleierens arbeid med brukere med sosial angst. I Travelbees sykepleierteori blir ikke den terapeutiske relasjonen nevnt spesifikt, men det er allikevel flere av hennes synspunkter som kan gis overføringsverdi til den terapeutiske relasjonen. Her trekker hun frem evnen til å bruke seg selv terapeutisk som en betydningsfull kvalitet hos den profesjonelle sykepleieren og beskriver menneske-til-menneske-forholdet (Travelbee, 1999). Den terapeutiske relasjonen blir nevnt i annen litteratur og i flere av forskningsartiklene brukt i denne oppgaven, og sees dermed på som relevant for å svare på problemstillingen.

Tsitsas og Paschali (2014) konkluderer med at den terapeutiske relasjonen spiller en fundamental rolle i arbeidet med kognitiv atferdsterapi ved sosial angst. Studien trekker frem viktigheten av at brukeren føler tillit til sykepleieren, at vedkommende føler trygghet innenfor terapiens rammer, samt betydningen av at sykepleieren bidrar til et trygt og empatisk miljø fra

det aller førstet møtet. Dette understøttes i artikkelen til Sampaio, Sequeira og Canut (2015), der funnene viser at den terapeutiske relasjonen mellom partene er den viktigste og mest positive faktoreren i arbeidet med kognitiv atferdsterapi. Studien påstår at uten en tilstedeværende terapeutisk relasjon, vil ikke sykepleierens faglige tilnærming være effektiv. Denne påstanden er grunnlag for diskusjon, da utsagnet kan tolkes som at en terapeutisk relasjon må være til stede for å få fullt utbytte av sykepleierens faglige kompetanse. Men for å oppnå en terapeutisk relasjon i utgangspunktet kan det jo tenkes at sykepleieren må investere faglig kompetanse i sin tilnærming for å oppnå dette? Det kan også tenkes at sykepleieren mer eller mindre ubevisst vil bruke sine lærte ferdigheter fra tidligere profesjonelle erfaringer for å skape en god relasjon til brukeren. Ut i fra Travelbee (1999) sin teori om utviklingen av de ulike fasene i relasjonsetableringen som er beskrevet i kapittel 2.3, er det rimelig å anta at sykepleieren behøver en faglig kompetanse for å tilnærme seg en bruker med sosial angst på en korrekt måte, og på den måten kunne bidra til lindring.

Sampaio et al. (2015) poengterer og at den terapeutiske alliansen mellom sykepleieren og brukeren utvikles og forbedres over tid, uavhengig av forholdene. Dette fremstår som et litt uklart utsagn, og er dermed åpent for noe tolkning fra leseren. Det kan tolkes som at faktorer som kontekst og sykepleierens teoretiske og metodiske fremtoning i arbeidet med kognitiv atferdsterapi er av mindre betydning i forhold til tid. På den ene siden strider dette mot Travelbee sin teori om mellommenneskelige forhold, hvor hun trekker frem viktige kvaliteter og kjennetegn hos den profesjonelle og terapeutiske sykepleieren (Travelbee, 1999). På den andre siden blir dette til en viss grad bekreftet i studien til Skatvedt og Andvig (2014) som har gjort intervjuer med hjemmeboende som mottar helsehjelp fra hjemmetjenesten. Funnene her viser at «hverdagsprat» anerkjennes som betydningsfullt, både for bedringsprosessen og utviklingen av en terapeutisk relasjon mellom partene. Her fremheves tid og uformelt samvær som den viktigste faktoren for å bygge opp et tillitsfullt forhold. En bruker i studien sa «den beste medisinen, det var å gi dem [pasientene] tid» (Skatvedt & Andvig, 2014, s. 67). I sistnevnte studie legges det altså mer vekt på rammefaktorer som tid og personlige kvaliteter hos sykepleieren, fremfor de profesjonelle aspektene ved sykepleieren. Hva som er mest betydningsfullt for den enkelte bruker ser man derfor kan variere. Det oppleves imidlertid gjennomgående både i litteratur, forskning og praksis at en terapeutisk relasjon mellom partene virker lindrende i møtet med brukere med sosial angst, og dette fremstår som en viktig sykepleierrolle i arbeidet. Ut i fra de ulike synspunktene som er presentert, er det rimelig å tenke at sykepleieren tidlig i forløpet bør kartlegge brukerens ønsker, behov og hvilke

forventninger vedkommende har til samarbeidet og relasjonen, slik at sykepleieren enklere kan finne den riktige fremgangsmåten som gir mest mulig lindring for brukeren.

I kognitiv atferdsterapi er hovedmålet å lære brukeren teknikker for å mestre egne problemer (Wormnes, 2013). Hvorvidt relasjonen mellom sykepleieren og brukeren spiller en vesentlig rolle i terapien, er synlig diskutert. I følge Tsitsas og Paschali (2014) er sykepleierens avgjørende rolle ikke bare å hjelpe brukeren med å mestre teknikkene, men å bidra til at vedkommende føler seg komfortabel nok til å bruke dem i daglige, utfordrende situasjoner. Funnene i studien til Sampaio et al. (2015) belyser også viktigheten av en terapeutisk relasjon i arbeidet med kognitiv atferdsterapi. I midlertidig hevder Wormnes (2013) at fokuset på teknikk i kognitiv atferdsterapi gjør at relasjonen mellom sykepleier og bruker anses som mindre viktig. Her kritiseres det at relasjonens betydning og innhold ikke er konkret nok til å belyse behandlingsresultatene i kognitiv atferdsterapi, og relasjonen blir dermed gitt mindre betydning i denne boken (Wormnes, 2013). Jeg vil ut i fra teorien og egne erfaringer fra praksis være kritisk til Wormnes (2013) sin påstand, særlig når det gjelder brukere med sosial angst med hjemmetjenesten som kontekst. Jeg opplever selv i praksis at brukere med sosial angst har et stort behov for relasjon og tillit til sykepleieren som skal komme inn i hjemmet deres. Hjemmet er for mange det stedet man føler seg privat og trygg, og det kan oppstå utfordringer når sykepleieren kommer inn i brukerens hjem. Det er fort gjort å trå over private grenser, og det kan være vanskelig å finne balansen mellom disse grensene og sin rolle som profesjonell i situasjonen. Det er viktig å vise forståelse og respekt for brukeren sitt liv og hjem, og det kan være lurt å avklare forventninger og regler tidlig (Birkeland & Flovik, 2018). Selv om Wormnes (2013) kan ha rett i at de aktuelle metodene innenfor kognitiv atferdsterapi har størst fokus på teknikk, er det rimelig å anta at en relasjon mellom partene er svært vesentlig. Dette for at sykepleieren i det hele tatt skal få tillatelse og mulighet til å komme inn i brukerens hjem og kunne komme i gang med den kognitive atferdsterapien. Dette kan utdypes videre gjennom Travelbee (1999) sin teori om den mellommenneskelige dimensjonen, der sykepleieren gjennom opprettelse og vedlikehold av relasjon til brukeren hjelper vedkommende med å mestre lidelse og finne mening i ulike erfaringer. Dette kan være erfaringer som tilegnes gjennom utforskningen og utførelsen av ABCDE-modellen og eksponering. På bakgrunn av Travelbee (1999) sin teori, funn i forskningsartikler og egne erfaringer fra praksis, er det derfor vanskelig å komme unna viktigheten av den terapeutiske relasjonen når man skal svare på problemstillingen.

5.2 Hvordan kan sykepleieren bruke seg selv terapeutisk?

Videre vil jeg se nærmere på hvordan den terapeutiske relasjonen er knyttet til hvordan sykepleieren bruker seg selv terapeutisk. Travelbee (1999) trekker frem viktigheten av å bruke seg selv terapeutisk i sykepleieutøvelsen, og dette kapittelet vil gå i dybden på sykepleierens kvaliteter. Her vil fokuset ligge mer på sykepleierens handlinger, holdninger og tanker i arbeidet med kognitiv atferdsterapi ved sosial angst.

5.2.1 Sykepleierens vennlige holdning

Hvorvidt sykepleierens vennlighet og omsorg er vesentlig for relasjonen og terapien er synlig diskutert. I følge de yrkesetiske retningslinjene har sykepleieren et ansvar for å yte omsorgsfull hjelp for å lindre lidelse (Norsk Sykepleierforbund, 2011). På den ene siden presiserer Travelbee at å bruke seg selv terapeutisk ikke må forveksles med vennlighet, og at dette ikke kan veie opp for manglende evner hos sykepleieren (Travelbee, 1999). Den velkjente psykologen Sigmund Freud anerkjenner også bare i begrenset grad at terapeutens vennlighet og omsorg har betydning for alliansen mellom partene (Freud, 1958). På den andre siden trekker funnene i studien til Sandvik (2011) frem vennligheten som et viktig aspekt i sykepleiefaget. Her trekkes en vennlig innstilling frem som vesentlig, ved at det forsterker evnen til å se den andre som et helt menneske. En stemning av vennlighet blir knyttet til en rolig varen her og nå, som gjennom studien viser seg å være viktig for brukerne (Sandvik, 2011). Det oppleves gjennomgående i litteraturen at omsorg og vennlighet knyttes sammen med sykepleierens rolle. Det kan tenkes at en vennlig holdning gir et godt utgangspunkt for et holistisk og empatisk menneskesyn, som vil fremheve sykepleierens evne til å sette seg inn i brukerens tanker og følelser (Odland, 2012). Ettersom utforskningen av tanker, følelser og opplevelser er essensen i arbeidet med ABCDE-modellen og eksponering, kan en hevde at sykepleierens vennlige og omsorgsfulle holdning i hvert fall til en viss grad vil bidra til lindring hos brukerne med sosial angst.

5.2.2 Sykepleierens nærhet og profesjonelle distanse

Det er tydelige ulike oppfatninger når det gjelder sykepleierens balanse mellom nærhet og profesjonalitet distanse i relasjon til brukeren. I nærhetsetikken fremheves viktigheten av å utlevere seg selv til den andre og legge noe av sitt eget liv i den andres hender for å oppnå

tillit (Brinchmann, 2012). I dybdeintervjuene i studien til Sandvik (2011) beskrives det at det å være nær handler om at sykepleieren er tilstede i relasjonen, hvor åpenhet og ærlighet er vesentlig. Travelbee (1999) fremmer også i sin teori at sykepleieren bruker seg selv terapeutisk når han eller hun bruker egne kunnskaper og personlighet til å bidra til lindring hos brukeren. Disse synspunktene understøttes i den sistnevnte studien, hvor det skildres at «sykepleieren skal være modig nok til å vise seg selv, utfordre egen trygghet og sårbarhet og utforske grensene opp mot det profesjonelle» (Sandvik, 2011, s. 278).

I studien til Sandvik (2011) betraktes dette også fra en annen synsvinkel. Her fremheves også viktigheten av å sette en grense for seg selv i forhold til hvor nært ting kan bli, og hvordan sykepleieren må lære å finne balansen mellom nærværet og profesjonaliteten. Funn i studien viser at sykepleierne kommer nærmere den andre parten ved å legge seg selv til side i situasjonen, og dermed gi mer rom for den andre (Sandvik, 2011). Dette understøttes av Skårderud et al. (2010), som skriver at en terapeutisk relasjon avhenger av at sykepleieren ikke blander private oppfatninger og erfaringer inn i samtalen med brukeren. Dette fordi det kan virke forstyrrende i utforskningen av brukerens tanker og opplevelser i situasjonen (Skårderud et al., 2010). Gjennom egne erfaringer i praksis har sykepleierne også ulike personlige grenser for hvor mye man ønsker å dele av seg selv i møte med brukere, og det kan tenkes at dette til en viss grad må være opp til hver enkelt sykepleier å avgjøre.

Med grunnlag i de ulike synspunktene beskrevet ovenfor, er det rimelig å si at sykepleieren har en utfordrende oppgave med å finne en riktig balanse mellom nærhet og profesjonell distanse. På den ene siden bør det etableres en terapeutisk relasjon mellom partene som trolig krever en viss nærhet. På den andre siden skal den kognitive atferdsterapien være avgrenset og presis, med fokus på å lære konkrete teknikker som brukeren kan anvende for å lindre sine angstsymptomer. Det kan tenkes at denne balansen mellom nærhet og distanse vil variere fra bruker til bruker, og at det må tilpasses og tolkes ved hvert enkelt møte.

5.2.3 Sykepleierens rolige væren i en travel arbeidsdag

Studien til Sandvik (2011) retter også fokuset mot en tillitsfylt og åpen ro i samværet med brukerne, hvor sykepleierne opplever å ha økt kjennskap til egne tankemønstre og emosjonelle reaksjoner, slik at det er lettere å uttrykke en rolig tilstedeværelse. Det beskrives

at en rolig væren hos sykepleieren gjør det mulig å se den andre på en bedre måte, og gir en økt klinisk skarphet med nye innsikter og økt fokus på den andre (Sandvik, 2011). Travelbee (1999) skildrer de ulike etableringsfasene i den terapeutiske relasjonen, og det beskrives i andre fase at sykepleieren bør rette følelser og tanker mot brukeren, og på den måten bruke sin terapeutiske rolle til å fange opp hvordan brukeren tenker, føler og oppfatter situasjonen. Et av målene med kognitiv atferdsterapi er å bli oppmerksom på de negative automatiske tankene brukeren er preget av. Sykepleieren skal hjelpe brukeren med å strukturere og kartlegge sammenhengen mellom situasjon, tanker, følelser og atferd ved hjelp av ABCDE-modellen og eksponeringstrening (Martinsen et al., 2016). Tatt utgangspunkt i hvordan sykepleieren må sette seg inn i brukerens indre tanker og følelser i terapien, er det rimelig å anta at en rolig tilstedeværelse og økt klinisk skarphet og fokus er et godt utgangspunkt for sykepleieren til å kunne bidra til lindring hos brukeren med sosial angst.

Dette kan utdypes videre gjennom Skatvedt og Andvig (2014) sin forskning rundt brukernes opplevelse av tid til samvær i hjemmetjenesten. Her presiseres det at travelhet er ødeleggende for det menneskelige samværet mellom sykepleieren og brukeren, og at det er hemmende for utfoldelsen av en terapeutisk og tillitsfull relasjon. De fleste informantene i studien sier at de skulle ønske at sykepleierne hadde bedre tid (Skatvedt & Andvig, 2014). Det er et anerkjent problem at hjemmetjenesten har en høy arbeidsbelastning med mange besøk på kort tid. Det kan tenkes at en stressende hverdag vil gjøre det utfordrende for sykepleieren å alltid fremheve en rolig tilstedeværelse. Ut i fra egne erfaringer og tilbakemeldinger fra brukere i praksis har jeg fått forståelsen av at når sykepleieren fremhever ro og klarer å skjule stresset ovenfor brukeren, får møtet en mer betydningsfull verdi. Selv om sykepleieren ikke får gjort så mye med den tiden som er fastsatt til møtet, kan tiden allikevel virke lenger med en rolig atmosfære og en tilstedeværende og nær sykepleier i samtalen. Ut i fra dette kan det tenkes at når sykepleieren finner den terapeutiske roen og holdningen i seg selv, vil dette bidra til en terapeutisk utvikling hos brukeren og dermed bidra til lindring av den sosiale angsten.

5.3 Håpets betydning for brukeren

Basert på funnene i studien til Skatvedt og Andvig (2014), drøfter forfatterne fenomenet «håp». Her hevdes det at for en bruker i en sårbar posisjon kan det å oppleve at andre bryr seg fremme håp. Det at sykepleieren handler ut i fra omsorg, etiske vurderinger og faglig autoritet

kan ha en grunnleggende betydning for bedringsprosesser hos brukeren (Skatvedt & Andvig, 2014). Håpets betydning kan utdypes videre gjennom Travelbee sin teori, hvor håpet beskrives som en motiverende faktor som gir drivkraft og energi til utfordrende situasjoner. Håp er relatert til relasjonen med den andre, og er en balanse mellom tillit og mistillit (Travelbee, 1999). Håpets betydning understøttes i de yrkesetiske retningslinjene, hvor det beskrives at sykepleieren har et ansvar for å understøtte håp og livsmot hos brukeren (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Det Travelbee (1999) kaller «utfordrende situasjoner» kan være så mangt, men det kan tenkes at dette kan knyttes tett opp til de aktuelle metodene i denne oppgaven. Opplæring og bruk av ABCDE-modellen og eksponeringstrening handler nettopp om å lære å håndtere de situasjonene brukeren finner utfordrende (Martinsen et al., 2016). I terapien vil brukeren oppleve svært ubehagelige tanker, forestillinger og kroppslige symptomer (Hougaard, 2006), som er rimelig å kalle utfordrende, og som behøver en motiverende drivkraft, slik Travelbee (1999) beskriver. Selv om håpet ikke er nevnt i noen av de andre forskningsartiklene brukt i denne oppgaven, er det ut i fra de sistnevnte perspektivene rimelig å anta at brukerens håp og motivasjon er en viktig grunnleggende faktor for terapien. En kan hevde at håp er et grunnleggende element for utviklingen av tillit og relasjon mellom sykepleieren og brukeren. Det kan også tenkes at håpet kan virke lindrende i seg selv hos brukeren, hvor håpet kan oppleves som lystbetont og positivt for fremtiden.

5.4 Hvordan kan sykepleieren strukturere og gjennomføre kognitiv atferdsterapi i hjemmetjenesten?

Videre vil jeg se nærmere på hvordan sykepleieren best mulig kan strukturere og gjennomføre den kognitive atferdsterapien for å bidra til lindring hos brukere med sosial angst. I følge de yrkesetiske retningslinjene, skal sykepleieren bygge sin yrkesutøvelse på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Relatert til den aktuelle problemstillingen, kan retningslinjen tolkes som at sykepleieren må ta utgangspunkt i tidligere profesjonelle erfaringer, relevant forskning, kunnskap om sosial angst, samt kunnskap om brukerens personlighet, hverdagsliv, ønsker og behov for å kunne bidra til en optimalt strukturert terapi for brukeren. Her er det rimelig å tenke at sykepleieren også bør ta hensyn til konteksten i planleggingen, og det vil dermed inkluderes vurderinger rundt hjemmetjenesten som arbeidsplass videre i diskusjonen.

5.4.1 Det innledende møtet mellom sykepleier og bruker

Jeg vil først og fremst se nærmere på sykepleierens rolle innledningsvis i terapien, fra og med det første møtet med brukeren. I case-studien til Tsitsas og Paschali (2014) ble det ved første møte lagt vekt på å undervise brukeren om sosial angst, negative automatiske tanker, hvilken rolle disse tankene utgjør og hvordan gjenkjenne disse tankene. Kvale et al. (2013) trekker frem betydningen av at sykepleieren presenterer prinsippene for kognitiv atferdsterapi, slik at brukeren har økt tilstrekkelig kunnskap om metodene som skal brukes videre i terapien. Her understøttes også viktigheten av å presentere sammenheng mellom fortolkning, situasjoner og angstsymptomer, som er essensen i terapien (Kvale et al., 2013). Ut i fra teori og forskning er det tydelig at sykepleieren har en vesentlig undervisende rolle innledningsvis i møtet med brukeren, hvor viktige elementer skal presenteres og skape grunnlag for videre utvikling i de senere møtene. I tillegg har sykepleieren i følge Travelbee (1999) fra første møte med brukeren en oppgave i å bli kjent med selve *mennesket* i den andre, og fange opp hvordan pasienten tenker og føler. Dette understøttes i case-studien til Tsitsas og Paschali (2014), der det blir lagt vekt på å etablere en relasjon fra og med første møte.

Ut i fra hva som er beskrevet i forskning og teori er det tydelig at sykepleieren har mange elementer å fokusere på i det første møtet med brukeren. Kognitiv atferdsterapi beskrives som målrettet og avgrenset (Kvale et al., 2013), men det kan tenkes at det å finne en balanse mellom fokus på etablering av relasjon og struktur og teknikk i terapien kan være utfordrende. Ut i fra egne erfaringer kan det være vanskelig å få en ordentlig kontakt med brukere med sosial angst ved første møte, og det er dermed rimelig å tenke at sykepleieren ikke kan forvente at den første sesjonen hovedsakelig vil inneholde elementer fra kognitiv atferdsterapi. Kanskje det i første omgang vil være mest lindrende for brukeren med tid til hverdagsprat, slik studien Skatvedt og Andvig (2014) indikerer?

5.4.2 Lengde, antall og hyppighet av møter mellom sykepleier og bruker

Det er synlig diskutert i ulik teori og forskning om hvordan kognitiv atferdsterapi bør gjennomføres og struktureres i forhold til lengde, antall og hyppighet av sesjoner. I teorien som er beskrevet i kapittel 2.2 i oppgaven, foreslår man generelt for kognitiv atferdsterapi et antall på 10 – 12 sesjoner (Kvale et al., 2013). Dette understøttes i studien til Sampaio et al. (2015), hvor funnene konkluderer med at forløpet i arbeidet med kognitiv atferdsterapi bør

struktureres med antall sesjoner mellom 5 – 12. I case-studien til Tsitsas og Paschali (2014), ble det gjennomført 20 individuelle sesjoner i løpet av en fem måneders periode, hvor hver sesjon tok 50 minutter. Denne strukturen ga et positivt resultat for brukeren med sosial angst. Den samme artikkelen referer dog i diskusjonen til en original modell kalt «Clark and Wells model», som foreslår 14 sesjoner à 90 minutter i løpet av en fire måneders periode. Her begrunnes avviket fra modellen med en skreddersydd struktur tilpasset brukerens behov og krav (Tsitsas & Paschali, 2014). Det er interessant å se at den sistnevnte studien som beskriver et konkret terapiforløp hos en med sosial angst, bruker langt flere terapisesjoner enn det som er anbefalt i annen forskning og litteratur. Her er det viktig å trekke frem at studien til Tsitsas og Paschali (2014) er den eneste som er direkte knyttet til kognitiv atferdsterapi ved sosial angst, mens annen litteratur refererer til et mer generelt bruk av kognitiv atferdsterapi. I terapien er brukeren med sosial angst avhengig av trygghet og en god relasjon, noe som er avgjørende for åpenhet, læring og god dialog mellom partene (Wormnes, 2013). Med tanke på strukturen i studien til Tsitsas og Paschali (2014) og relasjonens viktighet ved sosial angst, er det mulig at brukeren med sosial angst vil kunne ha behov for flere sesjoner over lengre tid enn anbefalingene i forskningen. Sampaio et al. (2015) konkluderer også med at anbefalingene av lengde og varighet ikke bør ses på som en regel, men heller en retningslinje. For å kunne bidra til lindring ved hjelp av kognitiv atferdsterapi, kan en derfor hevde at sykepleieren bør være forberedt på å måtte tilpasse sesjonene på basis av brukerens behov (Tsitsas & Paschali, 2014), samt være fleksibel og åpen for at terapien blir strukturert annerledes enn den var planlagt i utgangspunktet.

5.4.3 Hvordan utføre eksponeringstreningen?

Eksponeringsterapi viser seg å være et viktig element for å kunne bidra til lindring hos brukere med sosial angst. Litteraturen som er beskrevet i kapittel 2.2.2 tidligere i oppgaven fremhever denne metoden som et godt supplement for ABCDE-modellen i den kognitive atferdsterapien (Hummelvoll, 2012). Det er interessant å sette eksponeringstrening opp mot ordet *lindring* som er brukt i problemstillingen. Det er tydelig at eksponeringstreninger trigger angsten i øyeblikket hos brukerne, der essensen i utøvelsen er å møte angsten og bli værende i situasjonen til symptomene har avtatt (Kvale et al., 2013). I eksponeringens øyeblikk kan det tenkes at det ikke føles lindrende for brukeren, men funnene i studien til Glenn et al. (2013) viser at informantene som hadde gjennomført en eller flere eksponeringsøvelser hadde

signifikante mindre symptomer på angst enn de som ikke hadde gjennomført eksponering. Dette understøttes i case-studien til Tsitsas og Paschali (2014), der eksponeringstrening var en viktig del av forløpet som gav positive resultater for vedkommende. Sett i lys av dette, er det rimelig å si at eksponeringstrening er et viktig element sykepleieren kan inkludere i terapien for å oppnå lindring hos brukeren.

Det er diskutert hvordan eksponeringen skal inkluderes i den kognitive atferdsterapien i forhold til utførelse, antall og hyppighet. På den ene siden viser funnene i studien til Glenn et al. (2013) at å ha gjennomført bare én eksponering gav svært positive langsiktige resultater i form av reduserte angstsymptomer. På den andre siden hevder Hougaard (2006) at eksponeringstreninger skal utføres gradvis, regelmessig, og at jo mer man eksponerer seg desto bedre resultater vil man oppnå. Det fremheves også ulike tilnæringsmetoder til selve eksponeringen. Hougaard (2006) beskriver massiv eksponering som et alternativ, med tidlig eksponering for de mest angstfremkallende situasjonene. Dette er ofte den mest effektive metoden, men er avhengig av at brukeren er motivert til å «få det overstått». Kapittel 2.2.2 tidligere i oppgaven beskriver derimot en mer gradvis eksponeringsform, der man for eksempel begynner med en simulering av den angstfylte situasjonen i form av rollespill (Hummelvoll, 2012). Fremgangsmåten i case-studien til Tsitsas og Paschali (2014) tar utgangspunkt i en gradvis eksponering, der situasjonene er strukturert i et angst-hierarki. Her starter ikke utførelsen av eksponeringstreningene før i sesjon nummer 13. Ut i fra de ulike fremgangsmåtene som blir presentert, er det rimelig å tenke at sykepleieren har en viktig rolle i å kartlegge brukerens ressurser og behov, slik at man kan strukturere terapien på en måte som gjør den mest hensiktsmessig for den aktuelle brukeren. Her må sykepleieren gjøre seg tilgjengelig og være villig til å lytte når brukeren snakker om sin angst, sine problemer og det han er opptatt av (Travelbee, 1999), og på den måten bidra til lindring.

5.5 Kognitiv atferdsterapi i hjemmetjenesten som kontekst

I hjemmetjenesten er sentrale mål å hjelpe brukere med psykiske lidelser der de bor, dette ved å fremme selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Brukere med sosial angst har en tendens til å isolere seg, og sykepleieren gjør en viktig rolle ved å bryte denne isolasjonen (Fjørtoft, 2016). Det kan tenkes at å følge en strukturert plan, slik som beskrevet i kapittel 5.4.2, kan være utfordrende også i forhold til hjemmetjenesten som arena. Basert på egne erfaringer fra

praksis vil jeg anta at det ofte kan være praktisk utfordrende å ha stadig kontinuitet og struktur i den kognitive atferdsterapien. I hjemmetjenesten som er et frivillig tilbud, erfares det ofte at brukerne avlyser eller ikke åpner opp døren ved avtalt tid. Det kan tenkes at dette gjelder særlig brukere med sosial angst som ofte er preget av isolasjon og unngåelse av situasjoner hvor en får oppmerksomheten rettet mot en selv (Dahl, 2012). Sykepleieren skal i yrkesutøvelsen fremme brukerens selvstendige avgjørelser (Norsk Sykepleierforbund, 2011), og brukeren har gjennom § 3-1 i Pasient- og brukerrettighetsloven rett til medvirkning ved gjennomføringen av terapien (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Ut i fra retningslinjer og lover har brukeren dermed rett til å avlyse og utsette møter. For å bidra til lindring hos brukerne med sosial angst i hjemmetjenesten, er det rimelig å tenke at sykepleieren bør tilstrebe en økt fleksibilitet i arbeidshverdagen for best mulig kunne tilpasse seg brukeren. Slik kan sykepleieren i større grad være i stand til å møte brukeren på tidspunkter som er «rett» for vedkommende.

Et annet aspekt ved hjemmetjenesten som kontekst er sykepleiernes arbeidstider. Det er anerkjent at sykepleiere ofte jobber turnus. Dette kan bidra til utfordringen med at det kommer forskjellige sykepleiere ved hvert besøk, noe som blir trukket frem som en særlig utfordring i studien til Skatvedt og Andvig (2014). Her var mange av brukerne opptatt av at denne uforutsigbarheten skapte utrygghet og hindringer for å bli godt kjent, og at mange ikke følte seg trygge nok til å fortelle hva de egentlig hadde på hjertet (Skatvedt & Andvig, 2014). Hougaard (2006) hevder at kognitiv atferdsterapi egner seg godt til å anvendes i hjemmetjenesten. Det er dog tydelig at denne konteksten også har særegne utfordringer i arbeidet med kognitiv atferdsterapi.

6 Avslutning

I denne oppgaven har formålet vært å diskutere hvordan sykepleieren ved hjelp av kognitiv atferdsterapi kan bidra til lindring hos brukere med sosial angst i hjemmetjenesten. Sosial angst viser seg å være den hyppigst forekommende angstlidelsen i befolkningen, og kognitiv atferdsterapi presenteres gjennomgående i litteratur og forskning som en svært vanlig og effektiv behandling. I sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer står det skrevet at sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse og understøtte håp, mestring og livsmot. Disse aktuelle retningslinjene var med på å legge grunnlaget for utformingen og besvarelsen av oppgavens problemstilling. Innenfor de rammene som er satt for denne oppgaven, kommer det frem til at sykepleierens rolle kan være av stor betydning for å bidra til lindring hos brukere med sosial angst.

En terapeutisk relasjon mellom sykepleieren og brukeren viser seg å være av betydning for brukerens lindring. Sykepleieren bør bidra til et trygt og empatisk miljø, og tid til samvær spiller en vesentlig rolle i relasjonens etableringsfaser. For at sykepleieren skal evne å bruke seg selv terapeutisk i arbeidet med kognitiv atferdsterapi, må han eller hun vise en vennlig holdning, ha en rolig væren og finne balanse mellom nærhet og profesjonell distanse. Sykepleieren har ansvar for å understøtte håp hos brukeren, og Travelbee trekker frem håpet som en viktig del av relasjonen til den andre. Håpet kan virke som en motiverende drivkraft i de utfordrende situasjonene brukeren vil møte i arbeidet med kognitiv atferdsterapi.

Kognitiv atferdsterapi hevdes å være velegnet til å anvendes i hjemmetjenesten. Hjemmet er ofte det stedet brukere med sosial angst føler seg privat og trygg, og trygghet innenfor terapiens rammer fremstår som vesentlig for lindringen av brukerens plager. I hjemmetjenesten får sykepleieren mer innsikt i brukerens hverdagsliv og personlige eiendeler, og det kan tenkes at dette gjør det lettere for sykepleieren å se hele mennesket. Det holistiske og empatiske menneskesynet vil fremheve sykepleierens evne til å sette seg inn i brukerens tanker og følelser, som er essensen i kognitiv atferdsterapi. Man ser dog at hjemmetjenesten som kontekst også byr på utfordringer. Det kan være vanskelig for sykepleieren å opprettholde en struktur og stadig kontinuitet i den kognitive atferdsterapien, og en travel arbeidshverdag med lite tid trekkes frem som en særlig utfordring i hjemmetjenesten.

Denne oppgaven har et begrenset omfang da avgrensninger har måttet blitt gjort, samt at kun

fem forskningsartikler er brukt for å belyse problemstillingen. Ut i fra de søkene som er gjort, ser man at det er begrenset forskning rundt bruk av kognitiv atferdsterapi sett i lys av den aktuelle målgruppen og konteksten problemstillingen etterspør. Som beskrevet innledningsvis i oppgaven, opplever sykepleierne i kommunalt psykisk helsearbeid sin rolle og funksjon i endring, hvor de utfordres på de terapeutiske og psykiske områdene. På bakgrunn av dette, ser man at det trengs mer forskning rundt sykepleiefaglig bruk av kognitiv atferdsterapi i hjemmetjenesten.

Referanseliste

- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2012). Nærhetsetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. utg., s. 117-132). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dahl, A. A. (2012). *Sosial angst og smerte*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie*. Fagbokforlaget.
- Freud, S. (1958). The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. I S. Freud, *Freud S. Recommendations to physicians practicing psychoanalysis* (s. 111-120). Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
- Glenn, D., Golinelli, D., Rose, R. D., Roy-Byrne, P., Stein, M. B., Sullivan, G., . . . Craske, M. G. (2013). Who gets the most out of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. doi: 10.1037/a0033403
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2017). *Angst*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/angst-og-depresjon/angst>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64)*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>
- Hougaard, E. (2006). *Kognitiv behandling af panikkangst og sosialfobi*. Dansk psykologisk forlag.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Karlsson, B., & Kim, S. H. (2015). *Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid*. Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Drammen: Senter for psykisk helse og rus.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, G., Havik, O. E., Heiervang, E. R., Tangen, T., & Haugland, B. S. (2013). Hvordan sikre angstpasienter kunnskapsbasert behandling. I T. Tangen, T. Nordgreen, T. Haug, G. Kvale, O. E. Havik, G. Kvale, O. E. Havik, E. R. Heiervang, T. Tangen, & B. S. Haugland (Red.), *Kognitiv terapi ved panikklidelse og sosial angstlidelse* (s. 74 - 87). Oslo: Universitetsforlaget.

- Martinsen, E. W., Falkum, E., Haavet, O. R., & Røsseberg, J. I. (2016). *ABC - i kognitiv terapi - startbok for helsearbeidere*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet februar, 2019 fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie 1* (5. utg., s. 17-37). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Odland, L.-H. (2012). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. utg., s. 23-41). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker>
- Sampaio, F. M., Sequeira, C. A., & Canut, M. T. (2015). Nursing psychotherapeutic interventions: a review of clinical studies. *Journal of Clinical Nursing*, s. 2096-2105. doi: 10.1111/jocn.12808
- Sandvik, B. A. (2011). Mindfulness - det oppmorsomme nærvær. *Sykepleien forskning*, s. 274 - 281. doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0169
- Skatvedt, A., & Andvig, E. (2014). Betydningen av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten. *Sykepleien forskning*, s. 64-70. doi: 10.4220/sykepleienf.2014.0034
- Skjerve, J. (2011). Ethiske og juridiske rammer for veiledning av psykoterapeutisk arbeid. I M. H. Rønnestad, & S. Reichelt (Red.), *Veiledning i psykoterapeutisk arbeid* (s. 203-217). Oslo: Universitetsforlaget.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn - kropp - Samfunn* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tsitsas, G. D., & Paschali, A. A. (2014). A cognitive-behavioral therapy applied to a social anxiety disorder and a specific phobia, case study. *Health Psychology Research*, s. 78-82. doi: 10.4081/hpr.2014.1603
- Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker - relasjonens, alliansens og kontekstens betydning* (1. utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Vedlegg 1

	P - Patient/Problem <i>Pasient</i>	I - Intervention <i>Intervensjon</i>	C - Comparison <i>Sammenligning</i>	O - Outcome <i>Utfall</i>
Norsk	Angst Sosial angst Angst-lidelse	Kognitiv terapi Eksponeeringsterapi Kognitiv atferdsterapi Psykoedukasjon Hjemmetjenesten Sykepleie	<i>Ikke relevant</i>	Livskvalitet Mestring Lindring Terapeutisk relasjon
Engelsk	Social anxiety Social anxiety disorder Social phobia	Cognitive therapy Cognitive behavioral therapy Mental health nursing Nursing Primary care	<i>Ikke relevant</i>	Quality of life Therapeutic relationship