

BACHELOROPPGÅVE

Emne: 9 Bacheloroppgaven

Emnekode: sk152

Tittel: ”Kommunikasjon kan være en utfordring”

Title: ”The challenge of communication”

Kandidatnummer: Hanne Berg Halvorsen

Eksamensdato: 23. april

Kull: 51

Tal ord: 7062

Rettleiar: Anne Storaker



SAMMENDRAG

Tittelen på oppgaven min er ” Kommunikasjon kan være en utfordring” og problemstillingen lyder som følger: ”Hvordan kan sykepleier møte en pasient som lider av sosial fobi?” Jeg ønsket å lære mer om sosial angst og hvordan sykepleieren kan kommunisere med en som har denne lidelsen. I følge Butler (2008) var sosial angst en lite kjent lidelse og før den ble til en diagnose i 1980. Verdens helseorganisasjon har gjort undersøkelser som viser at sosial angst er den tredje mest vanlige psykiske lidelsen og at mellom 5-7 % av hele verdens befolkning har denne lidelsen. I følge Norsk Helseinformatikk (2010) er det mellom 2-7 % som lider av sosial angst i Norge. Som sykepleier kan vi møte pasienter med sosial fobi i ulike arenaer og ikke bare i psykiatrien. Det er derfor viktig å ha kunnskap om hvordan vi kan møte dem. For å kunne svare på problemstillingen har jeg benyttet meg av fagbøker og artikler som blant annet handler om hvordan kommunisere, danne relasjon og den kognitive behandlingsmåten. Jeg har funnet ut at det ikke finnes noen fasitsvar på hvordan vi kan møte pasienten med denne lidelsen men det finnes gode råd.

SUMMARY

The title of my assignment is "The challenge of communication" and the problem to be addressed is: "How can nurses best manage a patient who suffers from social phobia?"

I wanted to learn more about social anxiety and how nurses can communicate with patients suffering from this illness. According to Butler (2008), social anxiety used to be an unknown disorder, before it became acknowledged as a diagnosis in 1980. The World Health Organization has performed studies showing social anxiety to be the third most common mental disorder worldwide, and that between 5-7% of the total population suffers from this condition. According to Norsk Helseinformatikk (2010), approximately 2-7% of the Norwegian population suffers from social anxiety. As nurses, we encounter patients with social phobia in various arenas, not just in psychiatry. It is therefore of great importance to achieve better knowledge in managing such patients. During my research on this subject, I have reviewed several books and articles addressing communication, forms of relation, and the cognitive method of treatment. My conclusion is that there are no fully developed answers in the care of patient with this order, but many good guidelines to achieve a better understanding of the subject.

Innholdsliste:

1.0 INNLEDNING	Feil! Bokmerke er ikke definert.
1.1 Problemstilling.....	Feil! Bokmerke er ikke definert.
1.2 Avgrensing av problemstilling	Feil! Bokmerke er ikke definert.
2.0 METODE.....	Feil! Bokmerke er ikke definert.
2.1 Framgangsmåte og valg av teori	Feil! Bokmerke er ikke definert.
2.2 Databaser, søkeord og treff.....	Feil! Bokmerke er ikke definert.
3.0 TEORI	Feil! Bokmerke er ikke definert.
3.1 Hva er sosial angst?	Feil! Bokmerke er ikke definert.
3.2 Panikkanfall	Feil! Bokmerke er ikke definert.
3.3 Hva er kognitiv terapi?	Feil! Bokmerke er ikke definert.
3.4 Presentasjon av forskning	Feil! Bokmerke er ikke definert.
3.5 Nærhetsetikk	Feil! Bokmerke er ikke definert.
3.6 Kommunikasjon	Feil! Bokmerke er ikke definert.
3.7 Relasjon	Feil! Bokmerke er ikke definert.
4.0 HVORDAN KAN SYKEPLEIER MØTE EN PASIENT SOM LIDER AV SOSIAL FOBI?	Feil! Bokmerke er ikke definert.
4.1 Pasientgruppen	Feil! Bokmerke er ikke definert.
4.2 Pasientsituasjon.....	Feil! Bokmerke er ikke definert.
4.3 Hvordan kommunisere?	Feil! Bokmerke er ikke definert.
4.4 Hvordan skape en relasjon?	Feil! Bokmerke er ikke definert.
4.5 Hvordan kan kognitiv terapi hjelpe pasienten?	Feil! Bokmerke er ikke definert.
4.6 Kartlegging.....	Feil! Bokmerke er ikke definert.
4.7 Øvelser.....	Feil! Bokmerke er ikke definert.
5.0 STYRKE OG SVAKHETER VED OPPGAVEN	Feil! Bokmerke er ikke definert.
6.0 KONKLUSJON	Feil! Bokmerke er ikke definert.
Litteraturliste:.....	Feil! Bokmerke er ikke definert.

1.0 INNLEDNING

Jeg har valgt å skrive om sosial fobi og kognitiv terapi fordi det er interessant og rammer fler enn vi tror. Sosial angst, også kalt sosial fobi var en lite kjent lidelse før den ble en diagnose i 1980. Verdens Helseorganisasjon har gjort undersøkelser om forekomsten av psykiske lidelser og kom blant annet fram til at sosial fobi er blant de tre mest vanlige psykiske lidelsene. Det blir antatt at mellom 5-7 % av hele verdens befolkning sliter med denne lidelsen (Butler 2008, s. 6). I Norge er det mellom 2-5 % som lider av sosial fobi (Norsk Helseinformatikk 2010). Det kan se ut til at psykiatriske lidelser ikke er likestilt med somatiske lidelser i dag, men er på god vei. I gamle dager ble pasienter med en psykiatrisk lidelse lenket, innesperret og utstillingsmateriale for andre friske. Psykiatrien har lenge vært et tabuområde og i følge Buanes Duke (2003) har det bakgrunn i at folk har liten innsikt. Sosial fobi er en lidelse som gjør til at en frykter sosiale situasjoner og situasjoner der en blir i sentrum. Personen det gjelder er redd for å bli vurdert av andre og redd for å gjøre noe som kan føre til at han blir ydmyket (Aarre, Juklestad og Bugge 2009, s. 118). Temaene for oppgaven vil være behandlingsmåten kommunikasjon og kognitiv terapi som jeg vil vise ved hjelp av en oppdiktet pasientsituasjon. Kognitiv terapi er en metode som er blitt mer fokusert på i senere tid innenfor psykiatrien og den teoretiske basis for behandlingsmåten har blitt bekreftet av forskning og klinisk praksis fra de siste 20 årene. Kognitiv terapi har brakt store endringer i kunnskap og forståelse blant annet innenfor nevrovitenskap (Hallberg og Ørbeck 2006). Det har vist seg at kognitiv terapi er den meste effektive psykoterapiformen ved sosial fobi (Arre, Juklestad og Bugge 2009, s.30).

Det er et sykepleiefaglig relevant tema fordi i følge rammeplanen for sykepleieutdanning (2008, s. 4) står det blant annet at sykepleieren skal ha kompetanse i forhold til helsefremmende og forbyggende arbeid. Det står også at sykepleieren skal ha kompetanse i forhold til undervisning og veiledning, organisering og ledelse, forskning og fagutvikling, og kvalitetssikring. Oppgaven vil

fokusere på å vise hvor viktig kommunikasjonen mellom pasienten og sykepleieren er. Sosial fobi bør fokuseres på fordi mennesker som har denne lidelsen ofte ikke tør å erkjenne problemet de har. Sykdommen gjør til at pasienten har vanskeligheter med å søke hjelp og har ofte hatt lidelsen i lang tid.

1.1 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier møte en pasient som lider av sosial fobi?

1.2 Avgrensing av problemstilling

Det jeg legger i begrepet å møte pasienten er hvordan du skal kommunisere med han, danne en relasjon og prøve å forstå han. Oppgaven er ikke kjønnsrelatert og aldersgruppen vil være 30 årene. I denne alderen er det ofte forventinger om at en studerer, er utdannet og/eller har en jobb. Oppgaven tar utgangspunkt i hvordan kommunisere og danne relasjon med pasienter som lider av sosial angst. Jeg har valgt å utelate medikamentell behandling på grunn av oppgavens omfang. Angst og depresjon henger sammen, men velger å ha med kun angst. Fokuset vil være hvordan sykepleiere kan hjelpe pasienter med sosial fobi blant annet ved bruk av kognitiv terapi. Oppgaven vil ta utgangspunkt i behandling i institusjon på en psykiatrisk avdeling. Når man er i kontakt med pasienter er kommunikasjon helt grunnleggende for å danne en relasjon. Derfor har jeg valgt å ha med begge i oppgaven for å få fram sykepleiefokuset. Jeg har også valgt å ha med om nærhetsetikk. Drøftingen i oppgaven vil ta utgangspunkt i en oppdiktet pasientsituasjon hvor jeg vil drøfte hvordan vi kan møte han. Den kognitive terapien består av flere faser og jeg har valgt å ha med den første fasen.

2.0 METODE

Metode er en fremgangsmåte og et verktøy som hjelper oss til å samle data. Metoden forteller oss om hvordan vi bør gå fram for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland 2000, s.71). Dette er en litterær oppgave som betyr å bruke litteratur som allerede er skrevet av andre. En bruker metoden ved å diskutere teori ut i fra bøker og forskning (Dalland 2007, 60-62). For å være sikker på at kildene mine er sikre har jeg brukt kjente databaser via skolen sine nettsider og brukt skolen sitt bibliotek. Jeg har brukt kildekritikk som betyr å vurdere og karakterisere den litteraturen jeg har funnet (Dalland 2000, s. 68). Jeg har også fått tips om forfattere fra fagfolk innenfor emne.

2.1 Framgangsmåte og valg av teori

For å kunne svare på problemstillingen valgte jeg å lete etter litteratur som omhandlet kognitiv terapi, sosial fobi/angst, kommunikasjon, relasjon og etikk med sykepleie i fokus. Jeg har ledd etter litteratur i pensum, har med fagbøker og artikler. For å finne bøker er det blitt benyttet Bibsys som er skolen sin nettside for biblioteket. I søkene fant jeg en del bøker og artikler om de ulike emnene hver for seg. En utfordring var å finne sosial fobi/angst og kognitiv terapi i kombinasjon med de andre emnene. Når jeg ikke fant det jeg lette etter fikk jeg blant annet råd fra veilederen min og lette etter litteratur i tidligere oppgaver. Litteraturen som er brukt er ikke mer enn ti år gammel og grunnen til dette var å få oppdatert litteratur. En annen grunn var at det skulle bli lettere å sile ut det som var relevant for oppgaven. Ellers er det blitt brukt sekundærkilder hvor bøker er blitt oversatt til norsk. En sekundærkilde er når en annen forfatter sitt verk er blitt bearbeidet av en annen (Dalland 2000, s. 261). Noen av disse bøkene er selvhjelpsguider som betyr at de er laget for pasienter. Jeg har også funnet en dansk bok om kognitive metoder og modeller. Boken er fra 2005 og er skrevet uti fra to andre bøker som omhandler

samme tema men er en mer utvidet bok på det teoretiske og praktiske. Den har fokus på den kognitive terapien ved flere psykiske lidelser. Boken har en terapeutisk vinkling som sykepleiere også har muligheten til å benytte seg av.

Kommunikasjonsbøkene som er brukt er skrevet av Eide og Eide og Røkenes og Hanssen. Bøkene handler om kommunikasjon og relasjoner i samarbeid med mennesker.

2.2 Databaser, søkeord og treff

Det var en utfordring å finne artikler som passet til min oppgave og jeg har brukt mye tid på søk. Jeg valgte å bruke artikkelen ” Kognitiv terapi gir gode resultater” som jeg fant på Norsk Sykepleierforbund sin internettside og ” Cognitive-behavioral therapy in social phobia” i databasen Pubmed. Databasene som er brukt er: Medline, Norart, Pubmed, Academic Search Premier, Svemed + og Cinahl. De er blitt brukt for å finne ulike artikler som omhandler emnet. Antall treff i databasene har variert alt ettersom hvor mange nøkkelord som er brukt og kombinasjoner av disse. Jeg prøvde å finne pasientstudie innenfor sosial fobi som omhandlet hva pasienten selv mener de har behov for, samt om hvordan en sykepleier kan kommunisere med en som lider av sosial angst, men lyktes ikke. For å få smale søk ble det brukt fulltekst på noen av treffene. Ved å søke på ”social anxiety” fikk jeg 127 treff Pubmed og 9 treff i Academic Search Premier, begge med fulltekst. Ordet ” social anxiety disorder” fikk 75525 treff i Pubmed. ”Cognitive therapy” fikk 106 treff i Svemed+ og 17 treff i Academic Search Premier. Søket på ordet ” communication” i Academic Search Premier fikk 498787 treff. For å prøve å finne noe som var relevant for oppgaven valgte jeg å kombinere ordet. ”Social phobia+Communication” fikk 6 treff med fulltekst i Academic Search Premier og 650 treff i Pubmed hvor 46 var med fulltekst. Jeg fant ikke noen artikkel som hadde både sosial fobi og kommunikasjon, men jeg fant artikler som inneholdt både sosial fobi og kognitiv terapi.

3.0 TEORI

3.1 *Hva er sosial angst?*

Sosial angst er frykt for å være sammen med andre i situasjoner hvor man tiltrekker seg oppmerksomhet (Hougaard 2004, s. 33). Sosial angst er en psykisk lidelse. Begrepet blir brukt når mennesker har en overdreven nervøsitet og forlegenhet i sosiale situasjoner. Sosial angst fører til at man hele tiden har en frykt for hvordan andre rundt vurderer og oppfatter deg som menneske. Folk med sosial angst har oppfatning av at folk bedømmer deg på en negativ måte ut i fra dine handlinger, man er redd for å bli ydmyket og gjøre noe som en selv oppfatter som flaut. Sosial angst kan på denne måten være hemmende og gjøre deg selvbevisst på at du kan komme til å gjøre noe slikt. Sosialt engstelige mennesker har en tendens til å anta at når de er i sosiale situasjoner vil andre legge merke til svakheter. Mennesker med denne angsten er redd for å bli kritisert og avvist når de tror at de ikke oppfører seg på en mer akseptabel måte. Den sosiale angsten bryter ut i sosiale sammenhenger og er ikke konstant (Butler 2008, s.11). Sosiale fobiske problemer oppstår ofte i tenårene og kan skyldes opplevelse fra barndommen (Falk 2005, s. 108-109).

En person som lider av sosial angst blir hemmet av lidelsen som gjør at det blir vanskelig å delta i sosiale situasjoner. Det blir utfordrende å snakke, lytte, få seg venner og dermed også finne seg en partner å dele livet med. Angsten kan føre til at en trekker seg tilbake og isolerer seg. Mennesker med sosial angstlidelse har positive egenskaper som andre setter pris på, men klarer ikke å vise disse egenskapene i situasjoner hvor de ikke føler seg komfortable. Angsten hindrer dem i å vise egenskapene sine og de kan miste selvtilliten og troen på at de har gode egenskaper. Det er forskjellig hva folk med sosial angst er redde for. De kan være redde for å snakke i telefonen, snakke i forsamlinger, vansker med på spise og drikke når andre ser på (Butler 2008, s.11-13).

Alle kan oppleve å ha sosial angst av og til og det er helt normalt. Det er også helt normalt at en blir engstelig igjen og det vil da være en god ide å finne ut hva som gjør til at angsten blir et problem. Videre er det viktig at en tenker på hva som må endres for at livet ikke skal bli påvirket av angsten (Butler 2008, s.12). I manualen Diagnostic and Statistical Manual for the American Psychiatric Association omfattes diagnosen sosial fobi i fire hovedkriterier: prestasjonsangst i forhold til ukjente, angsten utløser seg i sosiale situasjoner som en frykter, personen vet at frykten er overdreven og ufornuftig og siste kriteriet er at personen frykter og unngår sosiale situasjoner eller holder ut med sterk angst eller smerte. For å få diagnosen sosial fobi må en i følge manualen være hemmet av den sosiale angsten i stor grad og det må ha vart i minst seks måneder. En må klinisk vurdere om personen oppfyller kriteriene for sosial fobi og om de er alvorlige nok (Butler 2008, s. 14). Det skilles mellom to typer sosial fobi. Spesifikk sosial fobi er når noen har begrensede problemer som for eksempel vansker med å snakke i forsamlinger. Generalisert sosial fobi er når man blir påvirket i flere situasjoner og når man være i kontakt med andre (Butler 2008, s. 15).

Alle mennesker er ulike og det finnes flere mulige symptomer. En deler hovedtypene opp i fire kategorier. En blir påvirket av tanker som foreksempel at en er bekymret for hva andre tenker om en, en har konsentrasjonsvansker, er forutinntatt og glemmer hva en skal si. Påvirkning av handlinger: en prøver å gjøre seg lite synlig, holder seg i trygge situasjoner og unngår øyekontakt. Kroppslig påvirkning er tegn som tyder på angst som for eksempel svetting, rødming, hjertebank, anspenhet og kort pust. Følelsesmessig påvirkning: en er engstelig, har mangel på selvsikkerhet og en følelse av håpløshet (Butler 2008, s.16-17). Det finnes måter på hvordan en kan bekjempe sosial angst og belønningen blir å kunne klare å uttrykke sider ved seg selv som tidligere har vært kvalt. Ved å overvinne angsten kan en oppdage nye sider ved seg selv som kanskje man har glemt er der (Butler 2008, s.12).

3.2 Panikkanfall

Panikkanfall er et plutselig innsettende anfall hvor pasienten får angst med mange kroppslige symptomer. Anfallene kommer ofte som lyn fra klar himmel. Visst pasienten får anfall en eller flere ganger i løpet av en måned kaller man det en panikk lidelse. Panikkanfall kan også oppstå under farlige situasjoner eller antatt farlige situasjoner. Det er ikke uvanlig å få panikkanfall når man har en sosial angstlidelse. Anfallene gir både kognitive, kroppslige og psykologiske symptomer. Når en har et panikkanfall kan en føle at en mister kontrollen og tror at en skal dø. Dette blir kalt katastrofetanker. De somatiske symptomene som oppstår kan føre til at pasienten blir innlagt med mistanke om hjerteinfarkt (Arre, Juklestad og Bugge 2009, s.113).

3.3 Hva er kognitiv terapi?

Kognitiv terapi er en metode som blir brukt for å hjelpe en person til å videreutvikle evnen til å utforske egne tanker og sette spørsmål ved fastlåste tankemønstre. Det finnes flere former for kognitiv terapi som kan brukes til ulike typer vansker. Kognitiv terapi kalles også kognitiv atferdsterapi. Det er et paraplybegrep som dekker mange ulike terapeutiske metoder. Terapien skjer i samarbeid med pasienten og terapeuten. Den er rettet inn mot hvordan problemene er i pasientens hverdag her og nå. Det er pasienten sin situasjon som står i fokus. For å klare å løse problemene sammen må en ha en felles forståelse. Det er tre sentrale mål i terapien: få kontroll over problemer, forstå hva som gjør at det er et problem og finne metoder som kan forebygge nye problemer. Kognitiv terapi er en form for selvhjelp hvor pasienten lærer å bli sin egen terapeut. Terapien retter seg dessuten mot å kartlegge pasientens ressurser, interesse og sterke sider. Hvordan kan pasienten bruke det han er god til og sine ressurser i sammenheng med problemene? Det er en glidende overgang mellom

psykiske lidelser og normale funksjoner. Det dreier seg altså om gradforskjeller og ikke vesenforskjeller (Berge og Repål 2010, s.9-10).

Samarbeidet mellom pasienten og terapeuten er viktig for at pasienten skal kunne få en veiledet selvinnsikt. De ulike teknikkene innenfor kognitiv terapi skal hjelpe pasienten til å kunne observere seg selv for få tak i sine tanker og følelser (Wilhelmsen 2006, s. 123). Kjernen i kognitiv terapi er å støtte pasienten slik at han kan lettere mestre sine problem. Videre å hjelpe han til å endre sitt uhensiktmessige tankemønster som er forbundet med problemet og som kan ha bidratt til dem (Berge og Repål 2010, s.13).

Det anbefales at pasienten har en notatbok hvor han kan skrive ned automatiske tanker, grunnholdninger, erfaringer og innsikter. Notatene kan noteres ved behov og når som helst. Det kan være lurt å notere fordi en glemmer lett hva tanker en hadde. Pasienten og terapeuten bør bli enige om en forståelse av problemet tidlig i behandlingen. Notatboken kan også brukes til å skrive ned målsettinger, arbeidsplan og en tidsplan. Boken kan videre brukes til å notere alternative holdninger eller adferd og hjemmeoppgaver som skal utføres (Wilhelmsen 2006, s. 123-124). I vurdering og registreringsfasen kartlegges pasienten sine problemer og det lages målsettinger og arbeidsplan. Her er det også viktig at pasienten får en forståelse av behandlingsmåten og hva faktorer som spiller inn i hans angst. Dette blir kalt en sosialisering til modellen og psykoedukasjon. En setter en situasjon inn i en forenklet sosialfobimodell og registrerer komponentene av angsten. Dette kan gi pasienten en dypere forståelse av problemet og motivasjon til å jobbe videre med problemene. Hjemmeleksene i denne fasen er å registrere trygghetsstrategier og unngåelse (Falk 2005, s. 117).

3.4 Presentasjon av forskning

I tidsskriftet Sykepleien fant jeg en artikkel som heter ”Kognitiv terapi gir gode resultater”. Den handler blant annet om at kognitiv terapi metode ikke bare bør være forbeholdt leger og psykologer, men også andre yrkesgrupper som for eksempel sykepleiere. Den forteller om et kurs for psykiatriske sykepleiere i terapi formen som har fått gode tilbakemeldinger og resultater både for pasienter og sykepleiere.

Jeg har funnet en engelsk oversiktsartikkel som heter ”Cognitive-behavioral therapy in social phobia”. De har gjort litteratur søk i databasen Medline og søkt etter publiserte artikler som omhandler bruk av kognitiv terapi ved sosial fobi. Referanselisten i artikkelen viser at de har brukt 28 artikler fra søkene. Artikkelen har en gjennomgang av aktuelle aspekter ved sosial fobi og stadiene i behandlingen innenfor kognitiv terapi. Resultatet i studien viser at sosial fobi er en kronisk tilstand som karakteriseres ved problemer med å fungere normalt i en sosial sammenheng og har en overdreven forlegenhet. En av studiene i artikkelen gjort viste at 84 % av 62 pasienter som fikk kognitiv terapi, hadde ikke lenger kriterier for sosial fobi etter behandling med kognitiv terapi etter et år. Den andre gruppen i undersøkelsen som fikk behandling som gikk ut på eksponering og avslappingsteknikk kunne vise at 42 % av pasientene ikke lenger møtte kriteriene etter et år. I artikkelen kommer det fram at behandlingen virker ved at pasienten bruker stress og avslappingsteknikker som har vist seg og ha effekt, i tillegg til dette har de dagbøker for lettere å kunne vurdere om det har vært framgang. Hovedteknikken er at pasienten sammen med behandler gradvis oppsøker situasjoner som de frykter. Ideen bak dette er at det skal bli gradvis lettere for pasienten å være i situasjoner som de tidligere har fryktet. Artikkelen konkluderer med at det er en allmenn enighet om at behandlingen med kognitiv terapi har effekt hos mennesker som lider av sosial fobi både hos unge og voksne.

3.5 Nærhetsetikk

Siden relasjon er så viktig for pasienter med sosial fobi, er nærhetsetikk en relevant referanse. Nærhetsetikk kan beskrives som en tilnærming til moralske fenomener og moralsk praksis som setter jeg-du forhold i sentrum. Det handler om å behandle pasienten som et menneske (jeg-du) og ikke en gjenstand (jeg-det). Å være oppmerksom på det om særpreger den enkelte situasjonen og ved møte er et av nærhetsettikkens hovedpoeng. Fokuset ligger på det konkrete samspeillet mellom to personer. En må være var for andre sin situasjon for å kunne se og forstå hvilke verdier som står på spill. Etikken ligger i det du selv forstår i situasjonen og ikke i generelle normer og regler. Løgstrup og Levinas er to forfattere som mener at etikken ses på som grunnlagsetikk, og en mellommenneskelig relasjon eller forholdet til et annet individ er etikkens utgangspunkt. Et av de viktigste momentene innenfor nærhetsetikk er ideen om at den etiske tankegangen må begynne i praksis, ikke ovenfra etter teoretiske normer og regler. Det vil si at en ser på følelsene og appellen til pasienten. Det er viktig å ha intellektuelle og kognitive egenskaper for å dømme og handle rett (Brinchmann 2005, s. 106-107). I følge Brinchmann (2005, s. 115) har sykepleierens holdninger mye å si for at situasjonen for pasienten skal bli god. Det er situasjonsavhengig om pasienten opplever sykepleierens handlinger, væremåte og holdninger på en god måte. Alle menneskelige forhold et maktforhold fordi ved hjelp av tillit utleverer en seg selv. Det er viktig at sykepleieren klarer å ha en dialog, vise varhet og kommunisere på en god måte. Når vi snakker sammen utleverer vi oss selv, utleveringen og sårbarheten øker når vi trenger hjelp. Sykepleieren kan oppleve at hennes kommunikasjon og informasjon er god nok og forstått, men pasienten kan være uenig. Sykepleierens utfordring er å møte pasienten på best mulig måte. Moralen og etikken hos en sykepleier blir uttrykket gjennom hennes væremåte, non-verbale og verbale kommunikasjon og hva hun gjør. Nærhetsetikken gir oss ikke noen råd om hva en bør gjøre, men den prøver å svare på hva det etiske er (Brinchmann 2005, s.117).

3.6 Kommunikasjon

Kommunikasjon kan defineres som tegn som utveksles mellom to eller flere parter. Begrepet kommer av det latinske ordet *communicare* som blant annet betyr å gjøre noe sammen (Eide og Eide 2007, s. 17). Kjernen i profesjonell kommunikasjon i sykepleieryrket er at den er til hjelp for pasienten og at den har et faglig grunnlag. Hjelpende kommunikasjon krever en lang rekke ferdigheter, men samtidig er den ofte også åpen, med et visst usikkert preg. Har en tillit til at det åpne og at det usikre kan føre noe godt med seg kan være forutsetningen for nærhet og kontakt. Dermed også for en god relasjon og muligheten til å hjelpe og støtte pasienten på en god måte. I samtaler er det viktig å være lyttende, åpen og samtidig direkte. Ved å gjøre dette anerkjenner vi den andre og dette er en kunst. Hjelpende samtaler starter ofte med et åpent spørsmål for å få motparten i gang med å fortelle. En kan videre stille konkrete spørsmål for å få motparten til å fortelle videre. Hjelpende samtaler innebærer et samspill mellom å gi respons og ta initiativ. For å kunne kommunisere med pasienten på en god måte kan det være lurt å sette seg inn i pasienten sin sykehistorie i forkant (Eide og Eide 2007, s.12-15). Alle mennesker har en grunnleggende evne til å kommunisere. Kommunikasjonskompetansen utvikles gjennom samhandling med andre mennesker og gjennom språkutviklingen. Som sykepleier skal en bruke den allmenne kommunikasjonskompetansen i en ny sammenheng. Samhandlingen mellom pasient og sykepleier blir preget av at partene har forventninger til hverandre (Røkenes 2002, s.7).

Nonverbal kommunikasjon er et responderende språk. Utrykksformen kan avsløre spontane reaksjoner som kan være bevisste, ubevisste og være mer direkte enn ord. Vårt nonverbale språk innbefatter vårt kroppsspråk som for eksempel stemmeleie og ansiktsuttrykk. Det nonverbale språket og vår evne til inntoning og avstemning er avgjørende for å skape trygghet i relasjoner og etablere kontakt. Som sykepleier må vi fortolke det nonverbale språket til pasienten, men vår fortolkning er ikke alltid presise. Den nonverbale kommunikasjonen forteller noe om begge parter i en samtale og relasjonen. En må lytte og lese pasienten sitt nonverbale språk for å kunne oppfatte informasjonen pasienten gir. Utrykksformen signaliserer hvorvidt vi er

interessert i å lytte og hjelpe noe som er avgjørende for at pasienten skal kunne føle seg trygg og ivaretatt. Gode non-verbale kommunikasjonsferdigheter kan være å ha øyekontakt, ha en åpen og henvende kroppsholdning, være bekriftende og være tilstede. Nonverbal kommunikasjon fungerer som et hjelpemiddel til å bygge opp en relasjon og skape motivasjon. Visst man møter pasienten på en bekriftende, oppmuntrende og styrkende måte vil det skape trygghet og tillit noe som pasienten trenger for å kunne åpne seg. En er kongruent visst det er overanstemmelse med det verbale og non-verbale språket vårt. Når man er kongruent vil det som vi sier framstå som ekte, pålitelig og tillitsvekkende. Inkongruens er når det vi formidler verbalt ikke stemmer med vårt non-verbale språk. Visst man er inkongruent kan det skape utrygghet hos pasienten og ødelegge for relasjonsarbeidet. For at tryggheten, relasjonen og arbeidsalliansen ikke skal bli hemmet, er det viktig å gjenkjenne og gjøre noe med den inkongruente kommunikasjonen en selv kan ha. Våre nonverbale signaler kan si noe om relasjonen (Eide og Eide 2007, s.198-200).

3.7 Relasjon

Som tidligere påpekt er relasjon viktig i samhandling med pasienter med sosial angst. Sykepleieren trenger relasjonskompetanse for å ivareta kommunikasjons utfordringer de møter på jobb. Relasjonskompetanse går utpå å kunne forstå og samhandle med de menneskene vi møter på en god måte. Relasjonskompetanse handler også om å kjenne seg selv. Sykepleieren må kunne gå inn i en relasjon med pasienten, legge til rette for god kommunikasjon og sørge for at den blir til det beste for pasienten. En må da møte pasienten som et selvstendig individ og vise respekt for hans integritet og rett til selvbestemmelse (Røkenes 2002, s. 7-8). Begrepet relasjon kommer av det latinske ordet *relatio*, som egentlig betegner en forbindelse mellom gjenstander. Begrepet brukes om forhold og kontakt mellom mennesker (Eide og Eide 2007, s. 17). Relasjonen kommer ikke av seg selv, men av en samhandling mellom pasienten og sykepleieren. Man har en bærende relasjon visst den hviler på en samhandlingsprosess hvor samhandlingen skaper tillit, trygghet, opplevelse av trygghet og en tilknytning. Når man har en trygg relasjon blir det lettere å forstå

hverandre noe som kan føre til at en kan handle på en mer fruktbar måte ovenfor den andre. Våre handlinger vil virke positivt inn på relasjonen visst vi forstår den andre. Å føle seg forstått gjør det lettere å få til endringer og det skaper tillit, trygghet, opplevelse av troverdighet og tilknytning. God samhandlingssirkel innebærer at sykepleieren sine handlinger bidrar til å styrke relasjonen som videre gir rom for positiv utvikling og endring. Våre handlinger må stå i samsvar til relasjonen. Trygg og stabil relasjon er en bærende relasjon som gjør at partene kan konfrontere hverandre og til en viss grad være direkte. Ved å skape et samhandlingsrom med pasienten vil det åpne for at pasienten kan lettere formidle sine tanker, meninger, følelser og opplevelse. Samhandlingsrommet kan også bidra til en bevisstgjøring av ubevisste prosesser og reaksjoner som vil videre øke pasienten sin selvforståelse. Selvforståelsen blir dermed økt og kan gi pasienten mulighet til å forandre adferd som er uhensiktmessig eller selvødeleggende (Røkenes 2002, s.22-23,25).

4.0 HVORDAN KAN SYKEPLEIER MØTE EN PASIENT SOM LIDER AV SOSIAL FOBI?

Drøftingen begynner med en kort presentasjon av pasientgruppen og forsetter med en oppdiktet pasientsituasjon. Jeg vil videre drøfte hvordan vi kan møte denne pasienten ved bruk av kommunikasjon, relasjon og nærhetsetikk. Har og kort med om pustekontroll. Pasienteksempelet er blitt dratt inn i drøftningen hvor det er relevant.

4.1 Pasientgruppen

I følge Arre m.fl. (2009, s. 119) kan sosial fobi oppstå i tidlig alder, ungdomsalder så vel som tidlig voksen alder. Lidelsen kan være livslang, men ramme i forskjellige grad. Det er få pasienter som får behandling og de som søker hjelp får ofte feil diagnose eller behandling. Som tidligere nevnt så har pasientene problemer med å være i sosiale situasjoner. De er overfølsomme for kritikk eller ydmykelse i samvær med andre (Hougaard 2004, s. 33). En undersøkelse som ble gjort av Rapee og Heimberg innenfor årsaksforklaring viste at: mennesker med sosial fobi forteller hyppigere enn andre med en psykisk lidelse at foreldrene har lagt stor vekt på andres mening eller har selv vært plaget med sosial angst (Falk 2005, s. 110). Angstreelaterte problemer kan sees i sammenheng med personlighetstyper, familiehistorikk og mestringsevne (Kennerly 2009, s. 33).

4.2 Pasientsituasjon

Per er en singel mann i 30 årene og jobber i et firma som reparerer datamaskiner. Han er en stille og innesluttet person som har hatt sosial angst over lengre tid, men har ikke klart å søke hjelp. Lidelsen hemmer hans dagligliv. Han gruer seg til å gå på jobb hver dag, men sliter seg gjennom arbeidsdagen sammen med angsten. Han unngår å delta i lunsjen og sitter heller alene på verkstedet og spiser. I privatlivet

sliter Per med å gå på besøk til andre og isolerer seg hjemme. Han har de typiske tegnene på sosial angst som for eksempel å unngå øyekontakt. Han går kun på butikken når han antar det er lite folk og handleturen prøver han å få så kort som mulig. Tankemønsteret hans er preget av angsten hvor han er redd for å bli ydmyket og tror at andre bedømmer han på en negativ måte. I sosiale situasjoner kommer de automatiske negative tankene av seg selv. Han har også slitt med kort overfladisk pust. Det hender også at han får panikkanfall. Tilslutt ble Per sykemeldt og lagt inn på psykiatrisk avdeling fordi den sosiale angsten ble for sterk og han klarte ikke mer.

4.3 Hvordan kommunisere?

I følge Eide og Eide (2007, s. 17) er kommunikasjon en språklig utveksling som skjer mellom mennesker. Vi kommuniserer både verbalt og non-verbalt. Det er viktig å tenke over hvordan man kommuniserer, spesielt med pasienter som lider av sosial fobi. Pasienter som har sosial fobi, som tidligere nevnt, er veldig var på hva andre tror om de og er derfor veldig opptatt av kroppsspråk. Det er derfor viktig at man er kongruent i samtalen. Visst pasienten ikke føler at du er kongruent kan han bli enda mer usikker og det blir vanskeligere å hjelpe han. Det finnes ulik grad av sosial fobi og alle pasientene er forskjellige.

Kommunikasjonen mellom sykepleier og Per kan by på mange utfordringer. Per bruker å unngå øyekontakt og isolerer seg fra andre mennesker. Når man kommuniserer er øyekontakt en sentral faktor. For Per blir dette en stor utfordring som man må jobbe sammen med over tid. Mennesker med sosial angst opplever ofte angsten når de møter nye mennesker. Kroppsspråket til sykepleieren kan påvirke og det er derfor viktig å tenke over hvordan hun kommuniserer. En person som lider av sosial angst er var på andres kroppsspråk og trekker ofte negative konklusjoner. Pasientene har ofte nedsatt selvtillit og er veldig opptatt av hva andre tror om dem. I samtalene med pasienten må en være kongruent. Som tidligere nevnt er pasienten var på den andre og kan lett feiltolke. Når man har en samtale med pasienten bør man

tenke over både det verbale og det nonverbale språket. En må vise for pasienten at en er interessert i å hjelpe han ved å være lyttende og respondere. Visst man sitter og gjesper, ser på klokken og virker uinteressert, kan det føre til at pasienten bli mer usikker og fort trekke negative konklusjoner. Det er også viktig å sørge for at pasienten har oppfattet deg riktig, spesielt med tanke på at han kan bruke trygghetsstrategier. Dette er en stor utfordring med pasienter som lider av sosial fobi. Det kan være en stor fordel om samtalene foregår på nøytralt nivå. I Følge Hein lettes kommunikasjonen når man er i samme høyde og pasienten ikke opplever dominans (Hummelvoll 2008,s. 385).

4.4 Hvordan skape en relasjon?

Sykepleier har ansvar for at pasienten skal få delta aktivt i prosessen og finne ut hva pasienten har faglig sett behov for. Visst pasienten ikke får delta og ytre sine behov vil resultatet bli deretter. I sykepleierens yrkesetiske retningslinjer og pasientrettighetsloven står det at pasienten har rett til å være medbesluttende. Sykepleieren skal også respektere pasientens rett til å selv foreta valg og støtte pasienten til å kunne ta egne avgjørelser ved å gi tilstrekkelig tilrettelagt informasjon. Som hjelper skal man skape en arbeidsallianse med pasienten hvor man jobber sammen mot felles mål. I arbeidsalliansen inngår avtaler om mål, framgangsmåte og ansvarsfordeling. Psykoterapiforskning viser at det er sammenheng mellom en god arbeidsallianse og gode behandlingsresultater. For å danne en god arbeidsallianse med pasienten må en vise at en kan lytte, vise respekt og vise at både deg selv og institusjonen er pålitelig. Pasienten må oppleve at avtaler holdes og at han får den støtten han har krav på. Dette fører til at pasienten opplever trygghet og tillit som er grunnleggende for å kunne arbeide sammen om å oppnå best mulig resultat (Eide og Eide 2007, s.45-46). For å kunne danne en slik arbeidsallianse må man først og fremst ha en relasjon med pasienten.

Sykepleieren kan ikke tvinge fram en kontakt gjennom å sette seg mål om å nå inn eller tvinge seg inn på pasienten og deretter lage strategier for å gjøre dette. Sykepleieren kan istedenfor legge til rette for og delta i en kommunikasjonsprosess. Prosessen kan gi rom for å utvikle relasjon og forståelse for pasienten (Røkenes 2002, s.25). Å hjelpe en pasient som lider av sosial angst kan være en utfordring. Det krever mye forarbeid blant annet i form av relasjonsbygging. Sykepleieren må gi pasienten tid til å bli kjent og vise at hun er tillitsverdig. Å danne en relasjon er ikke gjort i en engang. Pasienten må oppleve en følelse av trygghet, tillit og forståelse. Det kan være vanskelig å danne en relasjon med en pasient som lider av sosial fobi fordi han ofte er usikker på seg selv. Som sykepleier skal en primært forholde seg til pasienten sine behov og det er viktig å ta vare på pasientens legitimitet i samhandlingen. Som fagperson må en kunne etablere, vedlikeholde- og avslutte relasjoner på en profesjonell måte med pasienten (Røkenes 2002, s.8). Profesjonell måte vil si å være en yrkesutøver og ikke privatperson (Eide og Eide 2007, s. 18). En må også ha forståelse for situasjonen, selvinnsett og ha en empatisk holdning til pasienten. En viktig del av den faglige kompetansen er å ha evne til å danne en relasjon (Røkenes 2002, s.8). For en pasient med sosial angst kan det være angst skapende å danne en relasjon med sykepleieren. Pasienten kan misforstå eller feiltolke informasjonen han får og søke trygghetsstrategier som for eksempel å bekrefte all informasjon selv om det er ukjent informasjon. For noen pasienter kan sykepleieren sine kroppslige og verbale uttrykk framprovosere angsten. Det er viktig å være oppmerksom på dette, spesielt i begynnelsen for å finne ut om den sosial angsten også er i relasjonen. For å kartlegge dette bør en spørre pasienten. For pasienten kan det oppleves som en lettelse når du viser at du er klar over at det kan skje (Falk 2005, s.116-117). Sykepleieren må være oppmerksom på pasienten sine non-verbale uttrykk som for eksempel se om han plutselig blir urolig og svetter, som kan tyde på angst.

Nærhetsetikken handler blant annet om å forstå de verdiene til pasienten som står på spill og behandle pasienten som et individ. Etikken går utpå å handle i praksis uavhengig av normer og regler og det å være spontan (Brinchmann 2005, s.106-107). Forholdet mellom sykepleieren og pasienten er et maktforhold ved at pasienten

utleverer seg selv. Som sykepleier har man et etisk ansvar ovenfor pasienten som vi har makt over. Pasienten har ofte stor tillit til sykepleieren og det er viktig at sykepleieren forstår hvor mye av pasienten sitt liv hun holder i hånden. Sykepleieren må vise seg tilliten verdig for at pasienten skal kunne fortsette med sin åpenhet. Holdninger kan være en avgjørende faktor for om livet er levelig eller ulevelig, mulig eller umulig for pasienten. Sykepleieren må selv finne ut av hva hun skal gjøre eller hvordan hun skal handle (Brinchmann 2005, s.113-114). Slik jeg tolker nærhetsetikk handler den mye om å se appellen til den andre. Det jeg mener med det er å kunne lese pasienten, være responderende og handle ut i fra magefølelsen. Det viser seg at det er ikke uvanlig at pasienter som lider av sosial fobi har problemer med å søke hjelp nettopp på grunn av lidelsen. Det er heller ikke lett for pasienten å utlevere seg til fremmede som en sykepleier er i begynnelsen. Det krever mye arbeid og tid fra både sykepleieren og pasienten å danne et tillitsforhold seg i mellom.

4.5 Hvordan kan kognitiv terapi hjelpe pasienten?

I følge Berge og Repål (2010, s.9) kan kognitiv terapi hjelpe pasienten til å løse opp fastlåste tankemønstre og gi pasienten forståelse av problemet. Det blir lagt vekt på at pasienten skal ha forståelse av angsten og hva som skjer. Grunnleggende kunnskap om sosial angst er med på å styrke pasienten sin selvhjelp og engasjement i behandlingen (Berge og Repål 2010, s. 102). Det er også viktig at pasienten får en innsikt og forståelse av hva kognitiv terapi er. Et av målene innenfor kognitiv terapi er å øke pasienten sin selvtillit og utvikle selvsikkerhet i sosiale situasjoner (Ito m.fl. 2008). I kognitiv terapi rettes også oppmerksomheten mot pasienten sine negative automatiske tanker som kan utløse eller forverre angsten. Dette gjøres samtidig som pasienten skal eksponere seg selv for kroppsfornemmelse og fryktede situasjoner. Det handler om å lokke fram angsten for å kunne hjelpe pasienten å registrere hva som skjer (Berge og Repål 2010, s. 99). Et eksempel kan være å be Per tenke på en situasjon eller oppsøke en situasjon som han opplever som pinlig eventuelt ha et rollespill for å hente fram tankene hans. Dette er den viktigste metoden for å avdekke automatiske negative tanker og pasienten registrerer tankene der og da (Berge og Repål 2010, s.100). I vurdering og registreringsfasen er en av oppgavene til pasienten

å registrere unngåelser og trygghetsstrategiene sine (Falk 2005, s117). Ved at han gjør dette kan vi lettere identifisere Per sine strategier og unngåelser. Det er ikke sikkert registreringen reduserer angsten, men kan gi en forståelse av hva som skjedde og forhåpentligvis motivasjon til å jobbe videre med sine problemer. Han synliggjør ikke bare unngåelsene for seg selv men også for sykepleieren. Dette kan kanskje gjøre sykepleieren mer bevisst på unngåelsen og hjelpe Per lettere (Falk 2005, s.117). En av trygghetsstrategiene til Per er å unngå øyekontakt. Strategiene vil muligens forsvinne gradvis etter hvert som man blir kjent og han opplever tillit og forståelse.

I artikkelen ”kognitiv terapi gir gode resultater” står det at kognitiv terapi er en fruktbar metode i forhold til kommunikasjon og det å hjelpe pasienten til å få struktur på en kaotisk tilværelse. Det kommer videre fram at innenfor psykisk helsevern, spesielt utenfor sykehusene har blant annet sykepleierne fått større individuelle ansvar for oppfølging av behandling og rehabilitering. Og det er derfor ingen grunn til at sykepleiere ikke skal kunne bruke metoder innenfor kognitiv terapi. Noen mener fremdeles at kognitiv terapi skal brukes av individualterapeuter og kun utøves av psykologer og leger (Hallberg og Ørbeck 2006). I følge Ito (2008) har kognitiv terapi effekt hos pasienter med sosial fobi.

4.6 Kartlegging

Vi må kartlegge Per sine problemer og lage en plan for behandlingen. Sykepleieren og pasienten lager en fremtidsplan sammen, med mål og delmål. Det må være realistiske mål slik at pasienten skal få en opplevelse av mestring og fremgang. Kunsten med å lage en slik plan er å lage et opplegg tilpasset pasienten sin situasjon og vedlikeholde fremgangen. Det er viktig at målene gir han glede til tross for angsten slik at han kanskje blir enda mer motivert. I følge Berge og Repål (2010, s. 112-113) er en langsom og konservativ fremgangsmåte ofte den sikreste. Tilbakeskritt i behandlingen er noe som kan forventes. For å kunne lage en slik plan må vi først bli bedre kjent med Per. Vi må ha en relasjon hvor han kan føle seg trygg for at han skal kunne klare å utlevere seg selv.

4.7 Øvelser

Per har problemer med kort pust og har kjent på ubehag i kroppen som prikking i ansiktet, skjelving og brystmerter. Dette kan føre til en stress sirkel som igjen kan føre til hyppige panikkanfall. Stress sirkelen begynner med en utløsende situasjon som utløser hyperventilering og en blir bekymret for de kroppslige symptomene. Dette fører videre til at man blir mer stresset og hyperventileringen øker. Slik går den i en sirkel. (Kennerly 2009, s. 82). Sykepleieren kan hjelpe Per med å få kontroll over pusten ved å lære han pusteøvelser som han kan benytte seg av. I begynnelsen kan sykepleieren hjelpe Per med å snakke han gjennom pusteøvelsen. Hun kan også gjøre øvelsene sammen med Per, noe som kan gjøre innlæringen lettere. Det er naturlig å tro at pasienten er avhengig av å ha en god relasjon når han skal lære dette. Visst ikke relasjonen er god klarer verken pasienten eller sykepleieren å slappe av og desto vanskeligere blir det. Ved å lære han øvelsen kan også panikkanfallene reduseres. Det er viktig at Per bruker øvelsene riktig og må derfor øve. Ved å ha kontroll over pusten kan det føre til at Per blir mer selvsikker i situasjoner hvor han blir engstelig (Kennerly 2009, s.84-85). Avslapningsøvelser er også en metode som Per kan bruke og innebærer blant annet å puste riktig og skal hjelpe pasienten til å slappe bedre av (Ito m.fl. 2008, s. 86-87).

5.0 STYRKE OG SVAKHETER VED OPPGAVEN

Jeg valgte å skrive om sosial angst og utfordringene sykepleieren møter når hun skal hjelpe pasienten med denne lidelsen. Problemstillingen min ble ” Hvordan kan sykepleier møte en pasient som lider av sosial fobi?”. Temaet ble valgt på grunn av at jeg møtte pasienter med sosial fobi i min psykiatri praksis og ville lære mer om denne lidelsen. Sykepleier kan møte pasienter med sosial fobi i flere ulike arenaer og det er derfor viktig å ha kunnskap om hvordan vi kan møte pasientene.

En av de største utfordringene i denne oppgaven var å finne en artikkel som kunne gi meg svar på hvordan vi skal møte pasienten som lider av sosial angst. Jeg fant ikke noe om dette og heller ikke noe om hva de selv mener at de trenger. Artiklene jeg fant gikk mer utpå behandlingsmåtene kognitiv terapi samt medikamentell behandling. Den medikamentelle behandlingen kunne vært med i oppgaven visst omfanget hadde vært større. Dette kunne også gitt en bedre innsikt i behandlingsmåten, og både jeg som forfatter av denne oppgaven og leseren hadde lært mer. Oppgaven hadde sett annerledes ut visst det var den kognitive terapien som var hovedfokuset, men samtidig så er det naturlig å tro at en må utføre en del forarbeid med pasienten som blant annet inkluderer å danne relasjon. Kognitiv terapi er et stort tema og i min oppgave får man kun se en del av den. En annen svakhet i oppgaven er at jeg har brukt bøker i form av selvhjelpsguider som ikke har høyt nok nivå i en litterær oppgave. Visst jeg skulle skrive denne oppgaven på nytt ville jeg valgt å ta med pårørende. Dette fordi pårørende kan bli rammet av et familiemedlem som har sosial angst. Sosial fobi kan være en krevende lidelse også for pårørende i form av at det kan være vanskelig å forstå problemet. Det er ofte den som står en nærmest en støtter seg til når en er syk.

6.0 KONKLUSJON

Alle mennesker er forskjellige og dette gjelder også mennesker som lider av sosial angst. Det finnes ingen fasit svar på hvordan vi kan møte en pasient som lider av sosial fobi. Derimot finnes det råd som man kan bruke. Innenfor kognitiv terapi er det pasienten som må bli sin egen terapeut. Sykepleieren må støtte pasienten best mulig og fungere som motivator. Når man jobber tett med sårbare pasienter må man være ekstra var på våre holdninger, hvordan vi fremstiller oss selv og hvordan vi responderer. For å kunne hjelpe pasienten til å håndtere sin lidelse på best mulig måte er det viktig med tett samarbeid og tilrettelagt behandling. Pasienter som lider av sosial angst har ofte negative tanker om seg selv og det kan være utfordrende for sykepleier å vite hvordan man skal håndtere. God kommunikasjon og en god relasjon er avgjørende for at pasienten skal kunne få best mulig resultat av behandlingen. Kognitiv terapi er en veldokumentert behandlingsmåte og viser seg å ha effekt ved sosial fobi. Jeg mener problemstillingen er besvart og oppgaven har med råd om hvordan vi kan møte pasienten med sosial angst på en god måte.

Litteraturliste:

Aarre, Trond F., Bugge, Petter og Juklestad, Siv Iren. (2009). *Psykiatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget

Berge, Toril og Repål, Arne (2010). *Den indre samtalen. Lær deg kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag

Brinchmann, Berit Støre (2005). "Nærhetsetikk". (Kapittel 7, s.106-107,113-115,117). I: Brinchmann, Berit Støre (red.). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Buanes, Duke, Janne-Beate (2003). "Fra dårekiste til samtaleterapi". I: Helse-Bergen (online). Webadresse:
<http://www.helse-bergen.no/tema/tema3/psykologiartikkel130603.htm> [23. Februar 2010]

Butler, Gillian (2008). *Å bekjempe sosial angst og sjenanse*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag

Dalland, Olav (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Eide og Eide (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Falk, Tine (2005). "Kognitiv terapi ved socialfobi" (Kapittel 4, s. 108-110, 116-117). *Kognitiv terapi. Modeller og metoder*. I: Mørch, Merete M. Og Rosenberg, Nicole K. (red). Danmark: Hans Reitzels Forlag

Hallberg, Mette og Ørbeck, Anne Lill (2006) ”Kognitiv terapi gir gode resultater”. I: Tidsskriftet *Sykepleien*, 94 (11). (online). Web-adresse:

http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p_document_id=118285 [18. Februar 2010]

Hougaard , Esben (2004). *Angst. Mestring av angst og panikk* Vollen: Tell Forlag a.s

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

Ito, Lìgia M, Roso, Mirèa C, Tiwari-Shilpee, Kendall, Philip C, Asbahr, Ferando R (2008). “Cognitive-behavioral therapy in social phobia” I: *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol.30. (online). Web-adresse:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19039450?itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum&ordinalpos=20 [17. Februar 2010]

Kennerly, Helen (2009). *Å bekjempe angst* Trondheim: Tapir Akademisk Forlag

Kunnskapsdepartementet (2008) ”*Rammeplan for sykepleierutdanning*” I: Regjeringen. (online). Web-adresse:

http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf [4. mars 2010]

Norsk Helseinformatikk (2010) ”*Sosial angst*” I: Norsk Helseinformatikk. (online). Web-adresse: <http://nhi.no/sykdommer/psyke/angsttilstander/sosial-angst-19842.html> [20. Februar 2010]

Røkenes, Odd Harald og Hanssen, Per-Halvard (2006). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.

Wilhelmsen, Ingvard (2006). *Sjef i eget liv – en bok om kognitiv terapi*. Stavanger: Hertervig Forlag