



Kols, angst og dyspné

Hvordan bidra til å redusere opplevelse av angst ved
dyspné hos pasienter med langtkommen kols?

Kandidatnummer: 157

VID vitenskapelige høgskole

VID Bergen

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 2016

Antall ord: 11 020

Dato 28.03.19

Sammendrag

Problemformulering: Hvordan kan sykepleiere bidra til å redusere opplevelse av angst ved dyspne hos pasienter med langtkommen kols?

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie som jeg har ved bruk av faglitteratur og forskningsstudier belyst og drøftet oppgavens problemstilling. Jeg har inkludert egne erfaringer

Funn: Sammenheng mellom kols, angst og dyspne. Økt kunnskap og erfaring kan medføre tidlig kartlegging og håndtering av angst.

Drøfting: Drøftingen fokuserer på sykepleiers rolle til å bidra med å redusere angst hos pasienter gjennom kunnskap, erfaring og relasjon. Tiltak og tilnæringsmåter vil bli drøftet med forskning og teori som baserer seg på sykepleie-pasient relasjonen. Kari Martinsens omsorgsteori vil fremme omsorgsaspektet til pasientgruppen.

Konklusjon: Oppgaven viser at ikke eksisterer et fasitsvar på hva som reduserer angst, da det er individuell oppfatning. Kunnskap, erfaring, relasjon og trygge omgivelser er viktige faktorer som kan bidra til økt tillit og trygghet, og igjen kan dempe angstopplevelsen.

Perspektiv: Må rettes økt fokus på sykepleiers kunnskap om sammenhengen mellom kols, angst og dyspne.

Nøkkelord: Kols, angst, dyspné, sykepleie og relasjon

Summary:

Topic: How can a nurse help reducing COPD-patient's experience of anxiety due to dyspnea?

Method: In this literature study I used academic literature and research articles to make arguments regarding the issue of the assignment. I also included my own experience.

Findings: Coherence between anxiety, copd and dyspnea. Increased knowledge and experience can lead to early mapping and handling of anxiety.

Discussion: Nurse's role to help reduce anxiety in patients through knowledge, experience and relationship. Measures and approaches will be discussed with research and theory based on the nursing-patient relationship. Kari Martinsen's care-theory will promote the care aspect.

Conclusion: There is no correct answer to what reduces anxiety, since it's an individual opinion. Knowledge, experience, relationship and good environments are important factors that can contribute to increased trust and security, which in turn can reduce the anxiety experience.

Perspective: Increased focus on nurse's knowledge about the connection between copd, anxiety and dyspnea must be focused on.

Keywords: COPD, anxiety, dyspnea, nursing

Jeg traff en pasient i en av mine praksisperioder – et pasientmøte som gjorde at jeg satt igjen med store inntrykk. Hun var en eldre kvinne som var innlagt med akutt forverring av langtkommen kronisk obstruktiv lungesykdom i siste stadium. En kvinne som var svært plaget av dyspne og angst, og dette forverret av den minste bekymring eller bevegelse. Hun var livredd for å være alene, og ønsket at jeg skulle stryke henne forsiktig over høyre skulder, da det var det eneste hun erfarte fungerte. Tydelige angstsuttrykk og desperasjon preget ansiktsuttrykket hennes, og tankene uroet seg for å ikke få puste, eller ikke våkne opp igjen dersom hun lukket øyenlokkene for en blund. Hverdagslige gjøremål som stell og måltids-situasjoner ble nærmest uoverkommelig da dette gjorde en stor utfordring for tungpusten. Hun skildret sin tilværelse som å puste gjennom et sugerør med nese-klype, og jeg så tydelig at hennes dyspne var angstfremkallende. For meg som sykepleierstudent, var møtet med kvinnen svært tøft, og det å forsøke å lindre hennes angst opplevdes jeg som svært utfordrende. Situasjonen vekket en økt interesse for pasientgruppen, og skapte en nysgjerrighet for sammenhengen mellom angst, kols og dyspné.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	II
Summary:	III
Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av problemformulering	1
1.2 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans	2
1.3 Avgrensning og presisering	3
2 Metode	4
2.1 Litteraturstudie som metode	4
2.2 Søkestrategi	4
2.3 Valg av kilder	6
2.4 Presentasjon av utvalgt forskning	7
2.5 Kildekritikk	9
2.6 Etiske overveielser	10
3 Presentasjon av aktuell faglitteratur	11
3.1 KOLS	11
3.1.1 Stadieinndeling av KOLS	12
3.1.2 Symptomer	12
3.1.3 Dyspne	13
3.1.4 Akutt kolsforverrelse	13
3.2 Å leve med kronisk sykdom	14
3.3 Angst	14
3.3.1 Sammenheng mellom kols og angst	15
3.3.2 Dyspne-angst-dyspne sirkelen	15
3.3.3 Verktøy → Edmonton Symptom Assessment System	16
3.4 Kari Martinsen omsorgsteori	16
3.4.1 Tillit	17
3.4.2 Samtale og tid	18
3.4.3 Kunnskap og erfaring	18
4 Drøfting	19
4.1 Hvilken kunnskap er viktig for sykepleier i møte med en angstpreget kolspasient?	19
4.1.1 Fagkunnskap	20
4.1.2 Erfaringskunnskap	22
4.1.3 Relasjonell kunnskap og respekt	24
4.2 Hvordan kan sykepleier forberede pasienten på et dyspneanfall med angst?	26
4.3 Hvordan kan sykepleier støtte pasienten under dyspneanfall med angst?	28
5 Konklusjon	33
5.1 Perspektivering	34
Litteraturliste	36
Vedlegg:	40

Innledning

Kronisk obstruktiv lungesykdom er en lungesykdom karakterisert av luftstrøms-begrensning og vedvarende respiratoriske symptomer (Gold, 2017, s. 6). I Norge er kols en av de mest utbredte folkehelse sykdommene, og en regner med at 150 000 mennesker over 40 år har sykdommen. Verdens helseorganisasjon (WHO) anslår kols å være den tredje hyppigste dødsårsaken på verdensbasis innen år 2020. Dette skyldes stadig økende andel røykende kvinner og en eldre befolkning (Hjalmarsen, 2012, s.9).

Tobakksrøyking har gjort kols til en folkesykdom, og dødelighet av denne sykdommen har blitt fordoblet siste 40 årene. Hver tiende person som har kols utvikler lungesvikt med behov for oksygen-behandling og hyppige sykehusinnleggelse (Hjalmarsen, 2012, s. 7).

1.1 Bakgrunn for valg av problemformulering

Innledningsvis i oppgaven delte jeg en egenbasert erfaring fra en av mine praksisperioder presenteres en situasjon hvor jeg måtte tre inn i det ubehagelige. Grunnen for at jeg har valgt å skrive om dette temaet er at jeg har møtt flere kolspasienter i mange av mine praksiser, både på sykehus, sykehjem, utvekslingspraksis og fra min arbeidspraksis på lungeavdeling. Jeg har møtt pasienter i ulike stadier av sykdommen, og mange med akutte forverrelser. Her har jeg fått erfare på nært hold hvilke plagsomme symptomer sykdomstilstanden kan medføre, og hvordan dette går utover pasientens livskvalitet og hverdagsfungering. Jeg har lagt særlig merke til at mange av pasientene sliter med angst ved siden av sin kols-sykdom. Studier viser at pasienter med kols har dobbelt så ofte symptomer på angst enn andre pasientgrupper (Rzadkiewicz, Bråtås & Espenes, 2016). Dette kan forsterke mitt møte med pasientgruppen i praksis.

Forholdet mellom kols og angst har jeg lenge undret meg over, og jeg har blitt nysgjerrig på sammenhengen mellom angst og dyspne hos pasienter med kols. Jeg har i flere ulike situasjoner som sykepleiestudent og pleieassistent følt på utilstrekkelighet i møte med en slik preget pasientgruppe, og dette har vekket min interesse for hvilke tiltak jeg som kommende

sykepleier kan iverksette på egenhånd for å lindre angst, særlig ikke-medikamentelle. På bakgrunn av dette er problemformuleringen følgende:

Hvordan kan sykepleiere bidra til å redusere opplevelse av angst ved dyspne hos pasienter med langtkommen kols?

1.2 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans

Hensikten med denne oppgaven er å finne ut hvordan sykepleiere kan bidra med for å trygge og redusere opplevelse av angst knyttet til dyspne hos denne pasientgruppen, og hva forskning sier om dette.

Kols er en aktuell sykdom, da den er i stadig vekst på internasjonalt plan. Hver fjerde pasient på medisinske avdelinger har en lungesykdom, og det vil derfor være stor sannsynlighet for at man som sykepleier møter på denne pasientgruppen (Hjalmarsen, 2012, s.9).

Fra tidligere praksis og arbeid på lungeavdeling i spesialisthelsetjenesten opplever jeg at pasienter med kols er en litt «glemt» pasientgruppe. Da jeg jobber på en lungeavdeling hvor den største andelen av innleggelsene er pasienter med palliativ lungekreft, følte jeg særlig på dette. Her opplevde jeg at kols som pasientgruppe ble satt litt til side til fordel for kreftpasientene hvor det er klare retningslinjer med palliativt fokus som følges opp. Mitt inntrykk forsterkes når jeg leser gjennom forskning om palliativ sykepleie til pasienter med kols. Der fremkommer at kols-pasienter blir underprioritert i forhold til andre pasientgrupper, for eksempel kreftpasienter (Andersen, Ytrehus, Grov, 2011, s. 52) Oppgavens hensikt er derfor å finne ut hvordan sykepleiere kan bidra til å redusere opplevelse av angst knyttet til dyspne hos pasienter med langtkommen kols.

1.3 Avgrensning og presisering

For å avgrense og gjøre oppgaven mer presis, har jeg valgt å fokusere på kolspasienter som befinner seg på sykehus, da det er et hektisk og utfordrende miljø som stiller ekstra krav til sykepleieren. Likevel vil funn og tiltak trolig være overførbare til andre arenaer. Jeg begrenser oppgaven til pasienter i sykdomsstadium 3 eller 4 da forverring av symptomer ofte sees i disse fasene av sykdommen. Videre har jeg begrenset oppgaven til å omhandle pasienter over 65 år, og jeg har valgt å inkludere pasienter uavhengig av kjønn, da statistikk viser at det ikke eksisterer store kjønnsforskjeller av kols-pasienter i Norge (Folkehelseinstituttet, 2018).

Fokus i oppgaven er på kolspasienters opplevelse av angst relatert til dyspne, fordi angst er et omfattende tema, med mange ulike typer. For å begrense omfanget, er depresjon ikke et fokusområde i denne oppgaven, til tross for at forskning viser at det er en nær sammenheng mellom faktorene (Hummelvoll, 2012). Medikamentelle tiltak er relevante i symptomlindring av kols og angst, men jeg har valgt å se på ikke-medikamentelle tiltak sykepleiere kan iverksette uten ordinasjon fra lege.

Hovedfokuset er trygghets- og tillitsskapende forhold mellom sykepleier og pasient, og går ikke inn på sykepleiers relasjon til pårørende, til tross for at de er en viktig ressurs i møte pasientgruppen.

2 Metode

2.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven har jeg benyttet en litteraturstudie som metode, og innholdet vil i hovedsak bygge på skriftlige kilder som forskningsartikler og litteraturbøker, som deretter er blitt kritisk gjennomgått og sammenfattet. I denne oppgaven har jeg anvendt både pensumlitteratur og valgt litteratur i form av forskningsartikler, bøker, tidsskriftartikler for å oppnå best mulig empirisk og teoretisk kunnskapsgrunnlag for min valgte problemformulering (Dalland, 2014).

Ønsket med oppgaven er å oppnå en helhetlig forståelse for dyspne og angst-problematikk hos langtkomne kolspasienter, og finne ut hva jeg som sykepleier kan gjøre for å lindre lidelse knyttet til angst som følge av dyspne. Det krever kunnskap både fra naturvitenskapelig og humanvitenskapelig tradisjon. Ved hjelp av naturvitenskapen ønsker jeg å søke kunnskap om fysiologi, patofysiologi og farmakologi - som kan gi svar på hvorfor dyspne og angst faktisk oppstår, og finne tiltak som kan lette disse. Ved humanvitenskapelig tradisjon ønsker jeg å oppnå kunnskap om pasienters opplevelser og erfaringer, og ved å kombinere begge tradisjonene vil jeg kunne få en helhetlig forståelse av problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 62-63).

2.2 Søkestrategi

Jeg startet oppgaven med å velge tema som interesserte meg, og formulere en relevant problemstilling. Videre utførte jeg søk i databaser for å sikre at det eksisterte tilstrekkelig forskning rundt tema. Databasene jeg har benyttet til å finne forskningsartikler er SveMed+, PubMed og Cinahl. Disse blir regnet som troverdig databaser for helsepersonell.

Følgende søkeord ble brukt:

- «COPD» / «Chronic pulmonary disease»
- «Anxiety» / «Angst»
- «Dyspnea»/ «Dyspne»
- «Nurse»/ «Sykepleier»

Følgende kriterier ble valgt ut for å sikre en best mulig avgrenset oppgave:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">• Eldre (> 60år)• Angstproblematikk hos kols-pasienter• Norsk, dansk, svensk eller engelsk artikkel• Menn og kvinner• Forskning i vestlige land	<ul style="list-style-type: none">• Eldre artikkel enn 10-15 år• Omhandler forhold som ikke er overførbar til norske forhold i helsevesenet• Avgrenses til stadium 1-2

Følgende kriterier ble valgt da jeg ønsker at forskning og funn skal være så relevant som mulig. Jeg vektlegger at forskningen er på engelsk, norsk, dansk eller svensk, da jeg ønsker en god forutsetning for å forstå forskningens innhold på en korrekt måte. Jeg fokuserer på begge kjønn, da sykdommen rammer begge kjønn. Jeg har søkt forskning med relevans i vestlige land, da jeg ønsker at forskning skal ha høy relevans for norske forhold. Artikkene skal ikke være eldre enn 10-15 år, da sykdommen vokser på nasjonalt og internasjonalt nivå. Innen 2020 regner man med at kols kommer til å være den tredje største dødsårsaken på verdensbasis, og på grunnlag av det ønsker jeg at artikkene skal belyse dagens situasjon (GOLD, 2017, s.17). Oversikt over søkene er fremstilt i søketabell, se vedlegg 1.

2.3 Valg av kilder

Jeg har valgt å søke kvalitative forskningsartikler, da det i min oppgave er relevant å finne forskning som baserer seg på pasienters opplevelse av symptomer. Kvalitative artikler vil gi dybdekunnskap og en forståelse som ikke vil gjenspeiles i form av tall. De gir kunnskap om menneskelige egenskaper som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, og holdninger som er nyttig for å belyse kols-pasienters opplevelse av angst og dyspne (Christoffersen, Johannesen, Tufte & Utne, 2015, s. 19).

I selekteringsprosessen av forskningsartikler tok jeg for meg artikler som viste relevans i henhold til mitt tema. Jeg anvendte valgte inklusjons og eksklusjonskriterier for å vurdere aktualiteten knyttet til min problemformulering. Ved relevant sammendrag skumleste jeg artikkelen for å danne et overblikk over relevansen. Videre nærleste jeg aktuelle artikler for å få en grundigere forståelse. Jeg leste referanselister for å se om jeg kunne finne annen relevant litteratur og forskningsartikler.

For å søke opp tilgjengelig og aktuell litteratur i form av bøker har jeg brukt skolens bibliotek og nettsider flittig. Søkeord som jeg brukte var kols, angst, dyspne, og Kari Martinsen. I kapitlene for teori om angst og dyspne har jeg anvendt pensumboken «Helt- ikke stykkevis og delt» av Hummelvoll (2012) og supplert med teori fra «Klinisk sykepleie» av Almås (2016). I teori om kols har jeg brukt boken *Lungerehabilitering* av Hjalmsen (2012). Videre har jeg supplert med *Lungesykdommer* av Gievær (2015). I sykepleieteori har jeg brukt boken *Omsorg, sykepleie og medisin* av Martinsen (2003) som hovedkilde, og supplert med litteratur fra *Samtalen, skjønnhet og evidensen* (2005) for å danne dypere grunnforståelse.

Videre har jeg snakket med erfarne lungesykepleiere på avdelingen jeg jobber for å få innspill om tema. Siden valg av tema er basert på egne erfaringer om pasientgruppen, har jeg valgt å reflektere over disse. Summen av dette mener jeg er med på å gi oppgaven bredde og et godt mangfold.

2.4 Presentasjon av utvalgt forskning

I dette kapittelet presenteres det empiriske grunnlaget for oppgaven. I det følgende gis et kort sammendrag av hver artikkel:

1 «Palliativ sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom»

(Andersen, Ytrehus & Grov, 2011)

Forskningsartiklene jeg har brukt som hovedkilde *Palliativ sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom* av Andersen. Artikkelen beskriver sykepleiers erfaring og opplevelse av å utøve palliativ omsorg til pasienter med langtkommen kols, som er plaget med angst og dyspne. Studien er kvalitativ med hermeneutikk og fenomenologi som metode. Syv sykepleiere ble intervjuet, og studiens fire hovedfunn var; at sykepleiere stiller for store krav til seg selv om å hjelpe, nærhet og tid som lindring, solidaritet med kols-pasienten og at pasientopplæring avlaster sykepleier. Det ble ytret et behov for økt kunnskap innen palliasjon til pasienter med kols, videre ble det påpekt at det eksisterer kunnskap om palliasjon, men at det må tilpasses pasientgruppen, og at det er behov for forskning på dette feltet. Artikkelen viser også til konkrete sykepleietiltak.

Kritikk kan reises mot at det bare var syv deltagere, og at disse sykepleierne hadde alt fra ett til åtte års erfaring. Det kan tenkes at bare syv deltagere er noe lite for å få et representativt utvalg, samtidig som forskjeller i erfaring kan påvirke resultatet.

2 «Manoeuvring along the edge of breathlessness: an ethnographic case study of two nurses»

(Jellington, Overgaard & Sørensen, 2016)

En etnografisk, kvalitativ studie som utforsker sykepleie-pasient interaksjonen i situasjoner der pasienter med kols opplever akutt eller forverret dyspne under sykehusinnleggelse. Det ble gjennomført observasjoner av to sykepleiere i interaksjon med seks pasienter, etterfulgt av kvalitative dybdeintervjuer med sykepleierne. Målet var å utforske hvordan sykepleiere samhandler med kolspasienter med akutt forverrelse, og hvordan dyspne-situasjonen påvirker sykepleiers evne til å manøvrere dyspne-symptomer. Hovedfunnene var manøvrering langs

kanten av pustløshet, som innebærer manøvrering langs kantene av dyspne innenfor normalt respirasjonsmønster og dyspne utenfor normalt respirasjonsmønster. Funnene bidrar til en dypere forståelse av utfordringer i akutt-dyspne behandling, og utfordringer knyttet til å lindre dyspne. Et sentralt funn at avvik mellom sykepleiers og pasientens vurdering av dyspne, så ut til å skade effektiviteten av omsorgen.

I likhet med artikkel over kan det reises kritikk mot at det var få deltagere og en av deltagerne hadde bare ett års arbeidserfaring fra lungeavdelingen.

3 «The Dyspnea-Anxiety-Dyspnea Cycle - COPD Patients' stories of breathlessness: "It's scary when you can't breathe"»

(Bailey, 2004)

Dette er en kvalitativ forskningsartikkel som utforsker den følelsesmessige komponenten ved dyspne. Det ble gjennomført kvalitativt intervju med ti pasienter, ti sykepleiere og femten nære pårørende. Bailey var en av de første som sammenfattet forskning om sammenhengen mellom kols og angst. Hun dro parallellen til at angst nødvendigvis ikke er et symptom på dyspne, men kan forårsake dyspne, og være et tegn på langvarig respirasjonssvikt. Resultatet var «dyspne-angst-dyspne-sirkelen» og at det foreligger en klar sammenheng mellom akutt dyspne og pasientens emosjonelle-tilstand. Denne sårbarhets sirkelen er vanskelig å bryte, og består av at dyspne ofte er knyttet til redsel og panikk, som igjen fører til økende dyspne.

Et eksklusjonskriterium var at forskning ikke skulle være eldre enn 10-15 år, til tross for dette har jeg inkludert artikkelen til Bailey. Etter nøye nærlesing anser jeg forskningen som relevant da den grundig tar for seg dyspne-angst-dyspne-sirkelen, samt gir nøye innsyn av kolspasientenes angstopplevelser gjennom skildring.

4 «Intensive care unit nurse's perceptions of patient participation in acute phase of chronic obstructive pulmonary disease exacerbation: an interview study»

(Kvangarsnes, Torheim, Hole & Ohlund, 2012)

Artikkelen er en kritisk diskusjonsanalyse med hensikt å utforske intensiv-sykepleiernes persepsjon knyttet til pasient-deltagelse i akutt fase av kols eksaserbasjoner. Det ble utført tre fokusgruppe-intervjuer med erfarne intensivsykepleiere, hvor det fremkom at kolsforverring ofte er en ekstrem situasjon hvor helsepersonell utøver stor grad med kontroll over pasienten, og at dermed pasientens deltagelse under forverring er lite tilstede.

Viktigheten av at sykepleiere har en sensitiv tilnærming som fremmer respekt og autonomi ble vektlagt. Et viktig moment var at helsepersonell må utvikle ferdigheter, erfaringer og forståelse for å møte disse pasientene.

Forskningsartikkelens baseres på intensivsykepleieres opplevelser, og det kan settes spørsmålstegn til om det er overførbart til en medisinsk-sengepost. Jeg velger å anvende artikkelen da den har relevante momenter, men vil være bevisst på at i en intensiv-avdeling vil det ofte være rom avanserte tiltak og mer tilstedeværelse med pasient.

Videre supplerer jeg med forskning fra Rządkiwicz (2016), Christiansen (2010) og Tselebis (2016). Artikkelen er inkludert i oppgaven da de vil være viktig for å belyse problemstillingen på best mulig måte.

2.5 Kildekritikk

Kildekritikk betyr på at forfatteren viser evne til å forholde seg kritisk til kildematerialet som blir lest og valg ut til oppgaven. Kriterier for utvelgelsen av litteratur er sentralt for å oppnå god kildekritikk. Kildekritikk skal vise hvilke refleksjoner som er gjort knyttet til relevans og gyldighet, og hvordan den utvalgte litteraturen er relevant for problemstillingen (Dalland, 2014, s. 72). For å unngå feiltolkninger av det opprinnelige perspektivet eller misforståelser av teorien har jeg brukt primærlitteratur der det er mulig. Dalland vektlegger at man bør oppsøke primærlitteratur, da sekundærlitteratur er kunnskapsoppsummering fra opprinnelig tekst (Dalland, 2014, s. 79). Til tross for dette bruker jeg en del fagbøker som er tuftet på andre kilder. Jeg anvender mye pensumlitteratur fra studiet, og da dette brukes i undervisningssammenheng er dette litteratur som relevant og sikker.

Jeg har sjekket at alle de inkluderte er fagfelleverdert. Dette gir trygghet for den vitenskapelige evidens. Alle artikkelen er vurdert i henhold til IMRaD-strukturen, som er et hjelpeverktøy for å kontrollere at artikkelen er vitenskapelige. Videre har jeg sjekket artikkelen opp mot sjekklisten til folkehelseinstituttet for vurdering av kvalitative forskningsartikler (Folkehelseinstituttet, 2019). De fleste artikkelen er skrevet på engelsk. Dette medfører en risiko for feiltolkninger når jeg har lest artikkelen, fordi jeg kan ha mistolket eller mistet noe av kontekst da noen ord ikke kan ha direkte overføringsverdi når de blir oversatt fra engelsk til

norsk. Et annet moment jeg er bevisst på ved anvendelse av forskning utført i land utenfor Norge, er overføringsverdi og det kan tenkes at de ikke har fullstendig overføringsverdi til norsk helsevesen. Kildene jeg har anvendt er brukt for å underbygge min problemstilling, har blitt fortolket og forstått av meg, med bakgrunn i hva jeg ønsker å få ut av oppgaven gjennom en hermeneutisk tilnærming. Dermed kan det kan tenkes at artikkelforfatterens formål med teksten ikke er det samme som jeg benytter teksten til i mitt arbeid.

2.6 Etiske overveielser

Oppgaven anvender erfaringsbasert kunnskap, noe som forsterker viktigheten av å ivareta personvernet til de involverte. Det foreligger ingen identifiserbare opplysninger, og taushetsplikten har blitt ivaretatt. Pasienteksemplene er anonymisert med tanke på personalia, sted og tid, slik at man ikke kan tilbakeføre opplysninger til pasient eller sykepleier.

Akademisk redelighet er i oppgaven fulgt ved å benytte kildehenvisning i etter APA 6th-stilen, og forsøkt å fremstille forskning og teori på en lojal og oversiktlig måte. Videre har jeg brukt skolens øvrige retningslinjer for oppgaveskriving på bachelornivå.

3 Presentasjon av aktuell faglitteratur

I denne delen av oppgaven vil det bli lagt frem teori som danner utgangspunkt og grunnforståelse for drøfting i neste kapittel. Jeg har valgt Kari Martinsens omsorgsfilosofi fordi den passer til problemformuleringen, og synes den kan bidra til å få frem omsorgsaspektet i sykepleien til pasienter med angst og dyspne.

3.1 KOLS

Kols er forkortelsen for kronisk obstruktiv lungesykdom. WHO definerer kols som en sykdomstilstand med luftrørsforsnevring som ikke blir helt bra, men kan bli bedre med behandling. Luftrørsforsnevringen er ofte økende, og forbundet med en unormal betennelsesprosess i lungene grunnet giftige partikler og gasser (Hjalmarsen, 2012, s. 71). I Norge har ca syv prosent av befolkningen kols, og dødeligheten har økt betydelig de siste årene (Hjalmarsen, 2012, s. 20).

Kols kjennetegnes av emfysemdannelse og kronisk bronkitt. Kronisk bronkitt defineres som en tilstand der personen opplever produktiv hoste daglig gjennom minst tre måneder i påfølgende to år. Tilstanden karakteriseres ved økt sekretproduksjon og økt luftveismotstand, og ettersom forandringene er kroniske blir luftveisobstruksjonen i stor grad irreversibel (Giæver, 2015, s.82). Emfysem skyldes strukturelle vevsforandringer i alveolene som normalt utvikles over en førtiårsperiode hvor de siste ti årene er symptomgivende i form av økende dyspne. Tilstanden karakteriseres av økt ekspiratorisk luftveismotstand og redusert areal for gassutveksling (Giæver, 2015, s 81). Emfysem skyldes nedbryting av alveolens skillevegger og medfører at det dannes emfysemlærer i lungene. Disse presser sammen normalt lungevev og fører til at opptak av pO₂ og utskillelse på pCO₂ reduseres grunnet nedsatt areal for gassutveksling (Hjalmarsen, 2012, s. 76).

3.1.1 Stadieinndeling av KOLS

Kols klassifiseres i stabil fase etter alvorlighetsgrad i fire stadier etter den internasjonale GOLD klassifiseringen. Det er fire stadier, som har hensikt i å klassifisere alvorlighetsgraden av luftstrøms-begrensning, på bakgrunn av spirometri-undersøkelse (GOLD, 2017, s. 3).

- **Stadium 1:** Ved mild kols er lungekapasiteten under 80% av forventet lungekapasitet. Pasienten har gjerne en mild luftveisobstruksjon, og som regel slim og kronisk hoste.
- **Stadium 2:** Ved moderat kols er lungekapasiteten under 50% av forventet.
- **Stadium 3:** Ved alvorlig kols er lungekapasiteten under 30% av forventet. Pasienten vil oppleve luftrørsobstruksjon og økende symptomer, som tung pust ved anstrengelse. Akutte forverrelser av symptomer kan opptre, og kan ha innvirkning på pasientens prognose og livskvalitet.
- **Stadium 4:** Ved svært alvorlig kols er lungekapasiteten under 30% av forventet. Vanligvis vil pasienten få en alvorlig luftrørsobstruksjon eller tilstedeværelse av lungesvikt eller kliniske tegn på høyresidig hjertesvikt. I dette stadiet er pasientens livskvalitet svært redusert, og forverrelse kan være livstruende (Hjalmarsen, 2012, s. 92).

3.1.2 Symptomer

Et av de mest typiske symptomene for kols er kronisk hoste med ekspektorat som vedvarer hele dagen (Ørn, 2015). En fellesnevner for kols er økt luftveismotstand, og en del av symptomene er relatert til pasientens respirasjon for eksempel hoste, økt sekretproduksjon, tungpust og tetthetsfølelse i brystet (Gold, 2017, s. 26). Vanlig sykdomsdebut er ofte luftveisinflammasjon med få symptomer og plutselig akutt nedre luftveisinfeksjon som fører til forverring av symptomene, med produktiv hoste og økende mengde ekspektorat. Dette skjer særlig hos personer med røykehistorie (Gievær, 2015, s. 89).

Symptomene forverres gradvis med økt ekspiratorisk motstand, og forlenget ekspirasjonstid. I alvorlig stadium øker dyspne og de indre organer påvirkes med nedsatt allmenntilstand og fysisk kapasitet, med vekttap som følge (Hjalmarsen, 2012, s. 81). Pasienten opplever ofte flere episoder med akutte bronkitter, og tungpust i hvile med ekspiratoriske pipelyder, cyanose, og påfølgende bruk av hjelpemuskulatur i nakke og skuldre (Mjell, 2015, s. 233).

3.1.3 Dyspne

Dyspne er synonymet for tung pust og forekommer når sykdom direkte eller indirekte affiserer respirasjonsorganene. Dette skjer fordi kroppen prøver å opprettholde normal gassutveksling ved at vi puster raskere og dypere, og det blir tungt å puste (Grundt & Mjell, 2017 s. 219). Dyspne er et hovedsymptom ved kols, og pasienter med kols kan få en følelse av lufthunger og av å bli kvalt (Almås, Bakkelund, Thorsen & Sorknæs, 2016, s. 137). Det er en subjektiv opplevelse av pusteproblemer (Hjalmarsen, 2012, s. 40). Det vil altså ikke alltid foreligge objektive målinger eller fasit som kan påvise at kroppen ikke får tilstrekkelig luft

Dyspne er en kompleks og sammensatt opplevelse som påvirker hele mennesket, og består av flere faktorer som har gjensidig innvirkning på hverandre. Det fremkommer i forskning til Christiansen at dyspne påvirker både det emosjonelle, tanker og somatiske faktorer. Følelsen av å være nær døden kan komme. Pasientene bruker mye energi for å unngå ny akutt forverrelse av dyspne. Pasientene la frem opplevelse av en gjennomgående følelse av maktesløshet og begrensninger, og skildringer som at de stod på kanten av livet med en unngåelig «tvangstrøye» ble lagt frem (Christiansen & Fredriksen, 2010, s. 80).

3.1.4 Akutt kolsforverrelse

Akutt forverrelse defineres som en vedvarende forverring av pasientens tilstand utover normal dag-til-dag variasjon. Det starter gjerne akutt og nødvendiggjør endring i den faste medisineringsen til pasienten. Opptil ti prosent av alle akutte sykehusinnleggelser skyldes denne tilstanden (Hjalmarsen, 2012, s.109). Sykdomsbildet er preget av gjentatte forverringer med økende slimproduksjon, produktiv hoste, som igjen fører til dyspne, økt feber, og ekspiratoriske pipelyder. Pasienter med hyppige re-innleggelser har ofte avtalt med fastlege/lungespesialist hvordan eksaserbasjoner skal behandles (Bakkelund, Thorsen, Almås, Sorknæs & Grønseth, 2016, s.134).

Disponerende faktorer kan være kaldt vær, og luftforurensning, for eksempel svevestøv fra trafikk (Almås m.fl., 2016, s.134). Årsaker til kolsforverring er ofte infeksjon i nedre luftveier grunnet virus- eller bakterieinfeksjoner eller en kombinasjon av disse. Kolsforverring påvirker pasientens helsestatus, og kan være en medvirkende faktor til negativ sykdomsprogresjon (Gold, 2017, s. 101).

3.2 Å leve med kronisk sykdom

Kols er en sykdom som strekker seg over mange år med en gradvis økende invaliditet, økte symptomer og redusert psykososial funksjon. Sykdomstilstanden kan kalles en livsstilssykdom da hovedårsaken til sykdommen i 90% av tilfellene er tobakksrøyk (Hjalmarsen, 2012, s.77). Kols er en kronisk sykdom, og det kan være en fare for at pasienten klandrer seg selv for selv-på-førelse av sykdomstilstanden og dermed føler seg mislykket. Personen skal ikke føle at han ikke fortjener hjelp fra helsevesenet fordi tilstanden er «selvforskyldt» (Almås m.fl., 2016, s. 118). Viktigheten av å være en god indre støttespiller for seg selv spiller sterkt inn, og personen må forklares at utenforstående faktorer en ikke har kontroll over kan spille inn (Berge & Fjerstad, 2016, s. 25). Blant annet vil passiv røyking og arvelige faktorer spille inn, og personer som er arvelig disponert for astma bronkiale har økt risiko for å utvikle kols i forbindelse med tobakksrøyk eller passiv røyking (Hjalmarsen, 2012, s. 77).

3.3 Angst

Angst defineres som en subjektiv følelsesmessig opplevelse, som erfares som en bekymring, uro eller er truende mot personligheten, men årsaken til den truende følelsen kan ikke knyttes til et bestemt ytre objekt (Hummelvoll, 2012, s.379). En angsttilstand er en kombinasjon av skrekkfylte forestillinger eller ideer og plagsomme fysiske symptomer som dyspne, hjertebank, skjelving og svetting. Angst blir beskrevet som en diffus, indre uro med ukjent årsak, der det ikke er noen bestemt ytre objekt angsten er knyttet til (Hummelvoll, 2012, s. 154). Somatiske symptomer er ofte mer fremtredende enn psykiske, og pasienten kan oppsøke lege med uklare brystmerter eller forverring av lungefunksjon. Ulike former for angst eksisterer; generalisert angst, blandet angst, panikkangst og dødsangst er eksempler. Oppgaven fokuserer på generell-angstopplevelse (Snoek & Engedal, 2017).

3.3.1 Sammenheng mellom kols og angst

Angst som en komorbiditet til kols er godt dokumentert gjennom forskning. Pasienter med kols viser symptomer på angst i større grad enn pasienter med andre medisinske tilstander (Rzadkiewicz m.fl., 2016, s. 2300). Forskning viser at følelsen av ikke å få puste gir angst, og pasienter med kols opplever angstsymptomer som panikk-lidelser, panikkanfall og generelle angstlidelser (Rzadkiewicz m.fl., 2016, s. 2299).

Symptomene på angst og dyspne er nært forbundet med hverandre, og tilstandene kan sees i sammenheng (Almås m.fl., 2016, s. 108). Dyspne kan oppleves svært skummelt, og det å finne roen og unngå panikk kan være en stor utfordring for kols-pasienter. Den emosjonelle tilstanden kan gi utslag i frustrasjon, oppgitthet og sinne. Det å være i en situasjon med begrenset kontroll over egen tilstand kan oppleves som sårbart (Almås m.fl., 2016, s. 114).

I følge Moll m.fl., (2011) fremkommer det at angst forekommer hyppigere hos pasienter med kols, men at de somatiske symptomene ofte fører til at de psykiske symptomene blir oversett. Årsakene til angst kan henge sammen med at personen føler en «innbilt» eller reell trussel, og størrelse på trusselen vil henge sammen med hvilken grad av angst som oppleves.

3.3.2 Dyspne-angst-dyspne sirkelen

Dyspne leder til angst, angsten kan utvikle seg til panikkangst, som igjen kan føre til enda større pusteproblemer. Dette kan bli en negativ, selvforsterkende syklus hvor personen slutter å være fysisk aktiv av frykt for tungpusthet, og dermed får redusert fysisk form. Resultatet blir gjerne at man blir sittende hjemme og blir sosialt isolert. Angst og dyspne har altså en gjensidig forsterkende virkning på hverandre, og å forebygge angst og utrygghet vil være like viktig som å behandle pustebesværet (Almås, m.fl., 2016, s. 108). Det er derfor viktig at sykepleier lærer pasienten å mestre dyspne og angst, og holder et sterkt fokus på dette i behandlingen (Hjalmarsen, s.144, 2012).

I studien til Bailey om angst-dyspne-angst sirkelen ble pasienter med kols, pårørende og helsearbeidere intervjuet. Det funnet ble funnet en klar sammenheng mellom akutt dyspne og pasientens psykiske og emosjonelle tilstand. Gjennom forskningen kom det frem at dyspne og pasientens emosjonelle-liv vil påvirker hverandre i en sirkulær sammenheng, ved at økende

dyspne påvirker følelsesmessige reaksjoner, som igjen fører til økende dyspne. Dette kan føre pasienten inn i en sårbarhetssirkel, som kan være vanskelig å bryte (Bailey, 2004, s. 764-765).

3.3.3 Verktøy → Edmonton Symptom Assessment System

Lindring av plager ved langtkommen kols kan være vanskelig og krever god klinisk observasjon, som bør understøttes av verktøy for systematisk symptomregistrering. Verktøyet Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) anbefales av helsedirektoratet. ESAS-skjemaet brukes til kartlegging og forløpsvurdering av symptomer og plager over tid, og er nyttig for å vurdere respons på eventuelle tiltak. Pasienten skal sette kryss på visuelle analogskalaer (VAS) for ti ulike symptomer, som vil gi i en samlet vurdering av pasientens aktuelle situasjon (Helsedirektoratet, 2012, s.118).

3.4 Kari Martinsen omsorgsteori

Kari Martinsen har utviklet en omsorgsfilosofi som vektlegger betydning av omsorg i sykepleieutøvelsen. Omsorg betyr «å bekymre seg for» eller «omtenksomhet», og er nært knyttet til nestekjærligheten – og faktumet av at vi skal handle mot andre slik vi vil at andre skal handle mot oss står sentralt. Omsorg alltid vil favne to parter, der ene parten lider, og den andre vil «sørge» for å lindre smerten (Martinsen, 2015, s. 69). Hun påpeker at alle kan oppleve å komme i en situasjon med behov for hjelp, og at alle er avhengig av hverandre og bør handle på en slik at alle har mulighet til å leve sitt beste liv (Martinsen, 2003, s.15). Prinsippet om at mennesker har et ansvar for å ta seg av de svake står sterkt, og liknelsen om den barmhjertige samaritan er sentral ved å aktivt delta i andres lidelse. Martinsen fremmer viktigheten å foreta faglig skjønnsmessig vurdering av situasjoner, noe som krever god innsikt i menneskers muligheter, begrensninger og livssituasjon i den aktuelle situasjon. En slik situasjonsforståelse krever en god balansegang mellom at omsorgsgiver overtar for mye ansvar, og respekten for hver enkeltes integritet og selvbestemmelse (Martinsen, 2003, s. 16).

Vedlikeholdsomsorg er omsorgsarbeid for kroniske syke, hvor målet er å opprettholde et visst funksjonsnivå eller unngå forverring av tilstanden. Det er viktig at sykepleier verken under- eller overvurderer pasientens evne til selvhjulpenhet, og det vektlegges at pasientens selvhjulpenhet blir styrket på de området det lar seg gjøre (Martinsen, 2003, s. 78).

3.4.1 Tillit

Omsorgsfilosofien til Martinsen vektlegger tillitsforholdet mellom pleier og pasient som gjennomgående sentralt. Tillit er et grunnleggende fenomen, som oppnås ved å handle på en måte at man er tilliten verdig, altså handle fornuftig underlagt praksis og livsførselsspørsmål (Martinsen, 2003, s. 52). Hun legger vekt på at tilliten alltid er tilstede i relasjoner så lenge den ikke brytes, og på at våre liv hadde blitt forkrøplet dersom vi på forhånd møtte alle med mistillit (Martinsen, 2005, s. 145). Martinsen forteller at når sykepleier har vist seg tillitsverdig, vil pasienten våge seg frem for å bli imøtekommet. Dette krever at sykepleier mestrer denne formen for «utlevering» fra sin side – en sårbarhet og emosjonell involvering for å kunne sette seg inn i pasientens situasjon. Her vektlegges viktigheten av at sykepleiere ikke overtramper ved at deltagelse i pasientens lidelse er begrenset til sykepleiers egne følelser, eller ved å opptre paternalistisk. Paternalisme skildres som en form for ekspertisemystikk, hvor sykepleier objektiviserer pasienten ved å handle etter hva hun selv mener er det beste for pasienten uten å ta hensyn til pasientens ønsker. I et slikt tilfelle blir fokuset på hva som tjener den *andre* best, borte (Martinsen, 2005, s. 157).

Martinsen bruker benevnelsen profesjonelle stedfortredere om sykepleiere, og vektlegger at stedfortrederen skal være for pasienten det pasienten ikke kan, parallelt som integritet og selvbestemmelsesevne skal ivaretas (Austgard, 2010, s 84). For å kunne utøve omsorgsfull sykepleie må man vise forståelse for pasientens urørlighetssone, som viser hvor individet setter grenser for nærhet og avstand. Det er en individuell grense, og i rollen som sykepleier må man trø varsomt, da man kan påføre mistillit dersom man krenker den (Austgard, 2010, s. 86).

3.4.2 Samtale og tid

I «Samtalen, skjønnhet og evidensen» (2005, s. 24) vektlegger Martinsen begrepet «treleddet relasjon». En treleddet relasjon består av to subjekter som prater om noe felles, f.eks problemet de er felles å snakke om. Altså relasjonen kan bestå av sykepleier, pasienten og problemet pasienten har knyttet til angst og dyspne. På den måten er begge subjektene medsubjekter i forhold til samme tema, og deltar og engasjerer seg i den andres vurdering av problemet. Martinsen vektlegger viktigheten av at subjektet er engasjert i samtale, samtidig som den andres selvforståelse og integritet skal respekteres. Motsetning til dette er en toleddet relasjon hvor man ikke viser engasjement for den andres problem, og gjør den andre til et objekt ved å ikke ta det personen sier på alvor, og ved at sykepleier mener hun vet best (Martinsen, 2005, s. 24-25). Martinsen fremmer kunsten av å være langsom i et helsevesen som er preget av maksimal effektivisering og intensivering. Hun trekker frem evnen til å være langsom i de korte møtene, og å vise nærvær i øyeblikkene (Martinsen, 2005, s. 43).

3.4.3 Kunnskap og erfaring

Martinsen vektlegger viktigheten av erfaring og kunnskap hos sykepleier i omsorgssituasjoner. Hun påpeker at evnen å anvende sine fagkunnskaper gjennom bruk av enkle redskaper som pasienten er kjent med, samt at å formidle fremmed informasjon fra sykehusverden til pasienten er noe av det mest fundamentale i omsorgssituasjonen (Martinsen, 2003, s. 76). Erfaringer hos sykepleier vil gi en økt forståelse av pasientens situasjon, ved å gjenkjenne eller forstå pasienten ut fra egen erfaring fra lignende situasjoner. Som medmenneske kan sykepleier forstå den syke, ved å anvende likhetstrekk fra vår dagligverden.

4 Drøfting

I dette kapitlet drøfter jeg hvordan sykepleiere kan redusere kols-pasientens opplevelse av angst ved dyspne. Jeg har valgt å dele diskusjonen i de tre hovedområder som fokuserer på kunnskap, kompetanse og relasjon for å belyse problemstillingen på best mulig måte.

4.1 Hvilken kunnskap er viktig for sykepleier i møte med en angstpreget kolspasient?

Som sykepleier trenger man flere typer kunnskap for å møte pasienter når de opplever angst ved tungpustenhet. I dette kapitlet kommer jeg inn på ulike typer kunnskap som kreves av sykepleiere. I møte med pasienter kreves fagkunnskap, erfaringskunnskap og relasjonskunnskap. De ulike kunnskapsformene er viktig hver for seg, men det er først når de blir anvendt samlet, helhetlig og i rett kontekst at man møter en angstpreget kolspasient på en god måte. Fagkunnskap bidrar til at man forstår fysiologien bak tilstanden, men fagkunnskap alene vil ikke gjøre meg i stand til å møte pasienten på en måte som bidrar til å redusere angst. Derimot kan fagkunnskap kombinert med erfaringskunnskap og relasjonelle ferdigheter kunne gi økt trygghet i møte med pasienten, og dermed mulig bidra til å redusere angstanfall hos pasienten.

4.1.1 Fagkunnskap

Det fremkommer av forskning av sykepleiere opplever at deres kompetanse har mye å si for hvilken hjelp de kan tilby pasienter med kols. I intervjuet til Andersen sa en av sykepleierne følgende: «Jeg tror det er betryggende for pasienten. At du viser hva du gjør og ikke blir stresset, jo mer du kan, jo mer trygg er du i situasjonen» (Andersen m.fl., 2011, s.54). Viktigheten av å beholde roen, og det å vise pasienten man vet hva som skal gjøres, samt å ha forståelse over situasjonen ble vektlagt.

Også Martinsen vektlegger viktigheten av fagkunnskap hos sykepleiere. I følge Martinsen vil det ha stor betydning for opplevelse av trygghet at sykepleiere både har tilstrekkelig fagkunnskap om hva som skal gjøres, forholder seg rolig og viser forståelse. Hun mener at god fagkunnskap vil føre til et bedre utgangspunkt for å «sørge for» den syke, både gjennom å lindre aktuelle symptomer tidlig, men også ved gjøre pasienten til en aktiv deltagende part, som kan føre til at situasjonen oppleves mindre fremmed og gir økt trygghetsfølelse (Martinsen, 2003, s. 76). I Helsedirektoratets nasjonalfaglige retningslinjer for kols (2012) fremheves at god omsorg for personer med kols krever autoriserte sykepleiere med kompetanse om diagnosen. Gjennomgående funn fra de utvalgte artiklene er at helsepersonells kunnskap om kols er en forutsetning for å kunne trygge angstpregede kolspasienter (Andersen m.fl., 2011; Kvangarsnes m.fl., 2012). Sykepleiere opplevde at deres kompetanse hadde mye å si for hvilken hjelp de kunne tilby pasienter med kols. Fra egen erfaring er det en annen opplevelse å studere emnet teoretisk, sammenlignet med å stå i situasjonen selvstendig. Ved mitt første møte med angstpreget kolspasient opplevde jeg det skremmende og utrygt, og kjente på at jeg ikke hadde den tilstrekkelige fagkunnskapen for å mestre situasjonen på egenhånd. Dette motiverte meg til å lese meg opp på fagstoff og tiltak, og min erfaring er at faglig kunnskap har gitt meg økt trygghet i møter med pasientgruppen. Dette har naturligvis også sammenheng med at jeg har fått mer erfaring.

Angstpreget kolspasienter som opplever situasjoner med lite kontroll over symptomer og egen tilstand, kan føle seg sårbare og utrygge (Almås m.fl., 2016). Bailey mener at sårbarhet ofte blir uttrykt gjennom angst. Dette skildres ved at kolspasienter kan ha angst som første tegn på at de står i fare for å utvikle forverring av pusten sin. Forskningen til Bailey viser et eksempel på dette ved sårbarhetshistorien til en pasient som viser hvordan en overveldende emosjonell-respons på en hverdagslig hendelse, kan være et tegn på en akutt respiratorisk forverring (Bailey, 2004, s. 763). Handling utspiller seg på en rideturnering, hvor pasienten observerer et barn falle av en hest. Pasienten tar til tårene, og får et følelsesutbrudd. Ikke lenge etter observerer pasienten at oksygenkolben er tom, og reagerer straks med redsel og ufrivillig økt dyspne. Fortellingen viser tydelig forholdet mellom overveldende emosjonell-respons på en hverdagslig hendelse, og en påfølgende respiratorisk forverring. Her kan man se et praktisk eksempel på angst-dyspne-angst sirkelen grunnet dyspne og oksygenunderskudd (Bailey, 2004, s. 763). For at sykepleiere tidlig skal kunne bryte inn i en situasjon hvor pasienten opplever tap av kontroll, er det viktig at de besitter et godt klinisk blikk, og fagkunnskap om hvordan mekanismene i angst-dyspne-angst sirkelen fungerer. Fra første periode som student på lungeavdeling visste jeg lite om denne sammenhengen, og det var først når jeg tilegnet meg fagkunnskap og nysgjerrighet rundt tema, at jeg så hvor kompleks behandlingen er. Kunnskap om angst og dyspne kan bidra til å møte pasientgruppen på en bedre måte.

For at sykepleier skal ha økt forståelse for angsten, er det viktig å kartlegge angsten på et tidlig tidspunkt (Hummelvoll, 2012). Å kunne skille det psykiske og fysiologiske aspektet er verdifullt, men man må samtidig anerkjenne begge aspektene som like reelle og vanskelige for pasienten (Markussen, 2009). Tidlig kartlegging vil kunne hjelpe sykepleier å sette inn effektive tiltak hos pasienter som opplever dyspne, slik at en kan roe pasienten før angsten kommer ut av «kontroll». Tidlig kartleggingen krever god fagkunnskap kombinert med et godt klinisk blikk. ESAS-skjerma er et godt hjelpemiddel for systematisk symptomregistrering. Det anbefales av Helsedirektoratet for å lettere avdekke om dyspne skyldes angst eller fysiologisk forverring i tilstanden (Helsedirektoratet, 2012, s. 188). Min erfaring er at det er lettere å fokusere på somatiske symptomer fordi det er enklere å kartlegge og iverksette tiltak mot. Jeg ser imidlertid viktigheten av å rette like stort fokus både på det psykiske som det somatiske aspektet, ettersom en stor andel av pasientgruppen opplever angst. Dette viser igjen at god fagkunnskap og tidlig handling er nøkkelen for å kunne forstå det komplekse forholdet mellom angst og dyspne.

4.1.2 Erfaringskunnskap

Martinsen vektlegger erfaringskunnskap som essensielt i omsorg, da det handler om å få forståelse over den andre situasjon som et *medmenneske*. Hun trekker frem at det å forstå den syke ut fra vår dagligverden, eller gjenkjenne situasjoner man har erfaring fra, gjør oss i stand til å se pasientens perspektiv, og gir oss en økt forståelse for hva pasienten trenger (Martinsen, 2003, s. 76). Jeg som medmenneske kan ikke oppleve tungpusten eller smerten pasienten har, men jeg kan gjenkjenne situasjonen og forsøke å forstå pasienten ut fra erfaringsbasert kunnskap i lignende situasjoner. Slik erfaringer vil trolig føre til at jeg som sykepleier får bedre kjennskap til egne reaksjonsmønstre, bygger opp erfaringer og med tiden blir bedre rustet til å møte utfordrende situasjoner med trygghet. Til tross for at jeg som sykepleier ikke har kjent angsten eller dyspneen på kroppen, må jeg prøve å sette meg inn i hvordan det oppleves, ved å lytte til skildringer fra pasientene. Ved erfaringskunnskap kan man ta med seg kunnskap om hva som fungerte og ikke fungerte hos den enkelte pasient og dermed opptre på en mer hensiktsmessig og trygg måte ved senere situasjoner.

Det er imidlertid viktig at sykepleiere ikke generaliserer pasienter og symptomer. Hver enkelt pasient er unik og opplever situasjonen på sin særegne måte. Det er viktig å ha kunnskap om at ingen pasienter er like, og ingen symptomer oppleves likt. Forskning viser at sykepleiere undervurderer alvorlighetsgraden av pasientens dyspne i mer enn halvparten av tilfellene, og at faktorer som manglende felles retningslinjer for behandling, uklare overganger mellom sykdomsfaser, samt persepsjoner av pasientens tilstand kan være medvirkende faktorer som fører til at pasientgruppen blir undervurdert (Jellington m.fl., 2016, s. 8). Dette kan bekreftes ved erfaring i tidligere praksis fra sykehjem, hvor jeg opplevde at angst og dyspne hos pasienter med kols ble undervurdert hos pleiere. Utsagn som «det går over, det er ikke så alvorlig så man tror» ble sagt direkte til pasienten. Dette kan trolig forverre angstopplevelsen og føre til en opplevelse av håpløshet. Selv alvorlig lungesyke pasienter kan se overraskende friske ut, og et godt klinisk blikk er avgjørende for at sykepleiere ser symptomene (Almås, m.fl., 2016, s. 138).

Som påpekt i teori er dyspne et subjektivt fenomen, altså opplevd dyspne er en personlig og individuell erfaring, og kan ikke speiles i objektive målinger eller en fasit som påviser at kroppen har fått nok luft (Jellington m.fl., 2016). For å kartlegge pustebesværet vil det være nødvendig å kombinere objektive målinger med pasientens egen opplevelse av tungpustenhet. Jeg har erfart at dette ikke alltid gjennomføres i praksis, og at objektive målinger blir vektet høyere enn pasientens egen opplevelse av situasjonen. Som Martinsen påpeker i sin filosofi, vet pasienten best hvordan han har det (Martinsen, 2005, s. 147). Jeg opplever at å lytte til pasienterfaring for å sette seg inn i pasientens situasjon, kombinert med fagkunnskap ofte er det beste behandlingsalternativet. Som sykepleier er det viktig å være bevisst på at angst en svært skremmende mekanisme, og at opplevelsene av dødsangst er helt reell hos den enkelte (Hummelvoll, 2012). En sykepleier som møter pasienter ved å sette seg inn i situasjonen, kan ha en angstdempende effekt for pasienten. Utsagn «jeg kan se at du er livredd nå, men jeg skal være her med deg» kan gjøre at pasienten føler seg sett, og tatt på alvor, og kan dermed muligens dempe angsten. Jeg tror at å bruke uttrykk som «jeg forstår» kan virke mot sin hensikt og forsterke håpløsheten pasienten allerede kjenner på, for kan jeg forstå det når jeg selv aldri har erfart? Av egen erfaring fungerer det ofte å være ærlig, og fortelle at du ikke har opplevd symptomene selv, men at du ser at det er tungt, og derfor vil være tilstede med pasienten i dette.

4.1.3 Relasjonell kunnskap og respekt

Trygghet og tillit er et grunnleggende behov alle mennesker aktivt søker, og et behov som blir særlig viktig når man havner i en sårbar situasjon (Thorsen, 2016, s. 118). Det å ha en kronisk lungesykdom med ukontrollert dyspne og angst kan oppleves truende for trygghetsfølelsen (Hummelvoll, 2012). En trygg relasjon preget av tillit, vil trolig føre til at pasientene vil dele mer av sine problemer. I forskningen til Andersen fremkommer det at en god relasjon mellom sykepleier og pasient vil kunne føre til lettere mestring av angstanfallene (Andersen, m.fl., 2011). Pasienter opplever tillitsforhold med sykepleier og får trygghet til å dele sine bekymringer og følelser rundt anfallene.

Martinsen (2003) vektlegger at omsorg alltid omhandler to parter, hvor den ene lider, og den andre vil sørge for å lindre smerten med omtenkksomhet. Videre trekker hun frem begrepet vedlikeholdsomsorg, som handler om å gjøre her- og nå situasjonen for kronisk syke så god som mulig (Martinsen, 2003, s. 16). Ved å anvende Martinsen sin teori i møte med pasienter med angst-dyspne problematikk, kan det tenkes at målet er å unngå forverring av tilstanden, uten at sykepleie over- eller undervurderer pasientens evne til selvhjulpenhet, og med fokus på ivaretagelse av integritet og selvbestemmelse. I en slik relasjon vil omtanke for pasienten være essensiell for en god opplevelse av omsorg og trygghet.

Videre legger Martinsen vekt på at tillitsforholdet mellom pasient og sykepleier er elementært for en god relasjon. Som sykepleier har man noe av pasientens liv i sine hender, og det er viktig å opptre med en holdning som fremmer trygghetsfølelse (Martinsen, 2005, s. 142). Ettersom tillit handler om å våge og «utlevere» seg for å bli møtte av den andre part, er det viktig at sykepleier møter pasienten med en emosjonell involvering og sårbarhet, uten å krenke pasientens urørlighetssone (Austgard, 2010, s. 84). Jeg har erfart i praksis – at det er først når pasienten stoler på deg, at det eksisterer en gjensidig trygghet og at gode samarbeid oppstår. Videre fremmer Martinsen at tillit er et grunnleggende fenomen som automatisk oppstår, og er tilstede i relasjoner så lenge den ikke brytes, og at våre liv hadde vært vanskelig om vi møtte alle med mistillit (Martinsen, 2005, s. 145). Av egen praksis mener jeg at dette

nødvendigvis ikke alltid er realiteten. I egenerfaring i innledning opplevde jeg en pasient der jeg måtte jobbe for å opparbeide tillit gjennom relasjon til pasienten. Det måtte jeg gjøre ved å vise at jeg hadde fagkunnskaper, erfaringskunnskap, var trygg på egne valg, og ikke minst satt meg inn i pasientens rutiner. Først etter flere vakter med samhandling ble «koden» ble knekt, og pasienten ble lettet fremfor bekymret når det var jeg som kom inn døren. Når tillitsbåndet vårt var bygget, kom bekreftelsen på at pasienten fant min omsorg og tilstedeværelse til hjelp. I likhet med Martinsen, mener jeg omsorg for den angstpregede pasienten er byggesteinene i å opparbeide trygghet og en god relasjon. Omsorgen bør bestå av emosjonell involvering, tillitsbygging og praktisk handling, og innebærer at jeg forsøker å forstå pasientens ved å sette meg inn i pasientens situasjon, og reflektere over hvordan jeg selv ville ønsket å bli behandlet i en lignende situasjon (Martinsen, 2005, s. 147).

Å ha en kronisk sykdom kan medføre mye usikkerhet knyttet til fremtid og sykdomsutvikling, og pasienten kan sitte med en følelse av å være «fanget» i eget liv. Denne håpløsheten kan forstås i forskningen til Bailey (2004) hvor en pasient ønsket å finne noen papirer hjemmesykepleieren trengte, men ble så preget av dyspne at sykepleier ba han ta det med ro, og ikke tenke på papirene. Faktum at pasienter ikke klarer å gjennomføre daglige gjøremål, kan føre immobilitet, funksjonstap, og videre forverring av tilstand. Dette kan forsterke følelse av sosial isolasjon, som kan resultere i håpløshet, ensomhet og passiv holdning til egen sykdom (Gievær, 2015, s. 101). Det understreker viktigheten av sykepleiere forsøker å sette seg inn i pasientens situasjon, for å fremme trygghet og redusere emosjonelle påkjenninger som håpløshet. Parallelt kan pasientgruppen kjenne på en følelse av at sykdomstilstanden er selvforskyldt, ettersom årsaken i 90% av tilfellene er tobakksrøyk (Hjalmarsen, 2012, s. 77). Følelsen av at den kroniske sykdommen er selvpåført kan føre til at pasienten føler seg mislykket, og kan forsterke opplevd sårbarhet. Disse faktorene kan igjen føre til redusert livsutfoldelse og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2012). Her kan det tenkes viktig at jeg som sykepleier evner å respektere pasienten for den han er, og se på han som et unikt menneske. Likeverdighet og respekt er en forutsetning for å kunne støtte pasienter, og det er viktig at sykepleiere reflekterer over egne holdninger og fordommer i møte med pasientene.

4.2 Hvordan kan sykepleier forberede pasienten på et dyspneanfall med angst?

Nøkkelen for å kunne forberede pasienten på et dyspneanfall med angst er god fagkunnskap i kombinasjon med erfaring og relasjonelle-ferdigheter. Pasientens egenkunnskap og sykdomsinnsikt er avgjørende for hvordan sykepleiere kan hjelpe pasienten til å redusere angst og dyspne. I forskningen til Andersen kunne sykepleierne tydelig se hvilke pasienter som hadde fått opplæring i å leve med kols, da de var lettere å hjelpe og hadde bedre sykdomsinnsikt (Andersen m.fl., 2011, s. 53). Dette forsterker faktum av hvor viktig det er at sykepleier tidlig forbereder pasienten på et dyspneanfall med angst (Hummelvoll, 2012). Klarer sykepleier å overføre kunnskap om effektivt forebyggende tiltak til pasienten, kan det føre til at pasienten selvstendig gjenkjenner symptomene på et angstanfall. Dette kan igjen gjøre pasienten bedre rustet til å takle neste angstanfall på en mer tilfredsstillende måte ved å forstå egen sykdom, og forholde seg rolig.

Angstanfall er en dramatisk opplevelse, og viktigheten av at sykepleiere underviser pasienten om angst som diagnose står sentralt (Hummelvoll, 2012). Pasientene kan få informasjon om hvorfor symptomer oppstår, og opplæring i verktøy for å takle angsten – f.eks pusteøvelser, energiøkonomisering og avslapningsteknikker. Det er hensiktsmessig at opplæringen skjer i stabil fase, slik det vil ha nytteverdi i senere forverringer (Hjalmarsen, 2012, s. 184). Her vil det tenkes relevant å anvende Martinsens prinsipp om «treleddet samtale» hvor sykepleier tar det pasienten uttrykker på alvor, og begge parter prater om det samme (Martinsen, 2005, s. 24). Det jeg som sykepleier vektlegger som hovedproblemet er ikke nødvendigvis det pasienten selv opplever som problemet. Her er det derfor sentralt at sykepleiere tar hensyn til pasienten og ikke handler paternalistisk, da det er pasienten selv som vet best hvordan han har det. Ved å lytte til det pasienten opplever problematisk, kan man hjelpe pasienten å finne teknikker og tiltak som kan gjøre situasjonen bedre. Evner sykepleier å møte pasienten med en treleddet-samtalerelasjon kan det bidra til en bedre faglig pleie og trygghet (Martinsen, 2005, s. 39). Dette har igjen god overensstemmelse med Martinsens prinsipp om «vedlikeholdsomsorg» for å styrke kronisk syke pasientens selvhjulpenhet og gjøre det beste ut av pasientens her- og nå situasjon ved kronisk sykdom (Martinsen, 2003, s. 78).

Hvordan en person mestrer å leve med kols er ikke nødvendigvis knyttet mot sykdommens alvorlighetsgrad, da god og tydelig informasjon i stabil fase kan styrke pasientens egenressurser for forebygging og behandling (Almås, m.fl., 2016, s.118). På denne måten kan kunnskap om egen sykdom hjelpe pasienten å forstå fysiologien bak angst og dyspne, og dermed gi en økt trygghetsfølelse. Sykepleiere bør forsøke å forberede pasienten på dyspne-anfall ved å lære pasienten sammenhengen mellom følelsesmessig ustabilitet, og kroppslige symptomer, altså dyspne-angst-dyspne sirkelen (Bailey, 2004). Det vil være grunn til å tro at dersom pasienten har helhetlig kunnskap om dyspne og angst, og hvordan det påvirker respirasjonen, vil det gi en økt forståelse av hvorfor angstanfallet oppleves.

Imidlertid er det viktig å huske på at pasienten ikke alltid har mulighet til å forholde seg sykepleiers informasjon dersom de er preget av angst og dyspne (Jellington, 2016). I akutt fase har pasienten nok med å fokusere på eget pustearbeid, og instruksjoner fra sykepleier kan oppfattes overfladiske. Dette gjør pasientene sårbare da de må stole på at sykepleiere har kompetansen som kreves for å hjelpe. Oppriktig interesse fra pleier er vesentlig om en slik situasjon skulle oppstå (Martinsen, 2005). Det fremkommer at pasienter innlagt med kolsforverring har utfordringer med å mestre angstsymptomer på egenhånd. Årsakene kan være at pasienten har et lavt energinivå og ikke er i god nok medisinsk stand. Dette er faktorer som kan gjøre at pasientgruppen har vanskelig for å håndtere sykdom og symptomer (Tselebis m.fl., 2016, s. 299). Sykepleiere må ha evne til å vurdere pasientens mottakelighet av informasjon, samt et godt faglig skjønn, for å foreta en nøye vurdering av angstanfallets alvorlighetsgrad. Igjen ser vi hvordan fag- og erfaringskunnskap som vurderingsevne er en viktig faktor innenfor god sykepleie til angstpregede pasienter.

Informasjon og veiledning under sykehusoppholdet skaper økt trygghet og bedre innsikt i egen sykdom. I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2) har pasienten rett til nødvendig informasjon for å få innsikt i helsetilstand og helsehjelpens innhold. Informasjonen skal tilpasses den enkeltes forutsetninger, og Martinsens prinsipp om en god formidlingsevne av fremmed sykehusinformasjon til pasienten er essensiell her (Martinsen, 2003, s.76). I studier reises etiske-spørsmål om informasjon i akutt fase ved langtkommen kols vil gjøre pasienten mer bekymret enn nødvendig (Kvangarsnes m.fl., 2012). I kontrast til dette vektlegges det sterkere at pasienten har krav på ærlig og klar informasjon om den progressive utviklingen til sykdommen (Andersen, m.fl., 2011, s. 55). Likevel vises det at informasjon om

sykdomsforløp blir lite diskutert (Andersen, 2011), og det kan reises spørsmål om dette er grunnet at informasjonen kan være tøff å meddele. På en annen side kan tenkes at ærlighet rundt sykdomsforløp forsterker tillitsforholdet i interaksjonen mellom sykepleier og pasient, og kan være med å dempe angst, og bidra til å mestre utfordringer i hverdagen. Ved å holde tilbake informasjon, kan dette føre til økt usikkerhet, som igjen kan føre til emosjonell-ustabilitet som kan forverre angst og dyspne (Bailey, 2004). Det å forberede pasienten på et dyspneanfall, og skape rom de de tøffe samtalene om sykdom, fortid, fremtid, og eksistensielle ønsker/behov er viktig. Det kan bidra til å dempe eksistensiell angst, og forsterke trygghet når anfallet kommer. På denne måten kan jeg som sykepleier forberede pasienten på hva som kan oppleves, og lære gode strategier og verktøy for å møte forverrelsen på best mulig måte.

4.3 Hvordan kan sykepleier støtte pasienten under dyspneanfall med angst?

For å støtte pasienten under et dyspne-anfall med angst kreves sentrale omsorgsfaktorer som trygghet, nærhet, tid, tilstedeværelse, tillit, kommunikasjon, og evne til å imøtekomme pasientens individuelle behov (Andersen m.fl., 2011). Evner sykepleiere å møte pasienten med disse faktorene kan det trygger pasienten under anfallet, og bidrar til å redusere angstopplevelsen.

Under et dyspneanfall med angst er pasientene i en sårbar situasjon. Hummelvoll fremmer at det elementært å utvise ro og ikke vise tegn til engstelighet, da pasienten kan tolke situasjonen alvorlig og ute av kontroll (Hummelvoll, 2012). Det at sykepleiere viser kontroll over situasjonen kan skape trygghet og pasienten kan bli mer delaktig i anbefalte tiltak (Kvangarsnes, m.fl., 2012, s. 429). Det kan tenkes at engstelighet hos sykepleiere kan smitte over på pasienten og vil forverre angsten og dyspneen ytterligere. Sykepleiere som fagpersoner er forventet å vite hva som skal gjøres i situasjonen, og dersom usikkerhet uttrykkes kan situasjonen oppleves truende og ukontrollert (Skaug, 2011, s. 89). Dette forsterkes gjennom forskning, hvor viktigheten av å beholde roen ovenfor pasienter i angstpregede situasjoner ble påpekt, særlig når praktiske tiltak ikke lenger er tilstrekkelig (Andersen m.fl., 2011).

Fra egen erfaring har er noe av det viktigste for å hjelpe pasienter med dyspne og angst, noe så «enkelt» som å være tilstede og utvise trygghet og ro. For å klare og utvise kontroll i situasjonen, opplever jeg det nødvendig å ha tilstrekkelig med erfaring og kunnskap, som igjen vil forsterke viktigheten i overstående drøfting. I rollen som sykepleierstudent tidlig i perioden på lungeavdeling utviste jeg usikkerhet i møte med en pasient som var sterkt preget av angst og dyspne, noe jeg ikke anser som unormalt som student i møte med pasienter som er sterkt preget av sine symptomer. Usikkerheten ble fanget opp av pasienten, og forsterket usikkerheten hans over situasjonen og forverret hans tilstand. Ved økt erfaring og kunnskap viste jeg at jeg hadde kontroll, og opplevde da pasienten roligere og mer åpen om sine bekymringer. Som dette eksempelet, kan man se hvordan erfaring og kunnskap gjør sykepleiere tryggere, og at tillit gjennom handling og relasjon utgjør en betydning for den angstpregede pasient.

Til tross gode momenter, vil jeg trekke frem at det kan være utfordrende for sykepleier å unngå engstelighet når en pasient får panikkanfall. Det å ha ansvar for en pasient med sterk angst er en skremmende opplevelse, og sykepleier føler på et stort ansvar. Å opptre profesjonelt som fagperson i en slik situasjon kan være stressende, parallelt som pasienten har stor tiltro til at sykepleier skal handle og håndtere situasjonen på riktig måte. «Gjør noe nå, vær så snill» er eksempler på utsagt som tidligere har forsterket min følelse av opplevd stress i praksis. Jeg har erfart at det er fort gjort å bli utrygg i situasjoner, særlig når følelsen av å ikke ha kontroll over situasjonen er tilstede. På tross av dette er det viktig forsøke å finne roen i situasjonen, og stole på egne evner og kunnskap, slik at pasienten ikke føler på en utrygghet over meg som sykepleier. Det kan tenkes at å reflektere egen engstelighet opp mot angsten pasienten opplever, kan gi en dypere forståelse av mekanismene i pasientens angstopplevelse. Sykepleier kan bekrefte til pasienten at det er en reell, ubehagelig opplevelse, men at anfallet vil gå over. Et effektivt tiltak vil være å ta noen dype åndedrag med pasienten, da jeg har erfart at pustemønster og frekvens i en viss grad kan være «overførbart». Ved å komme fysisk nære kan pasientens respirasjon påvirkes, så viktigheten av at egen respirasjon er avslappet er sentral her. I tråd med Martinsens teori, vil det være viktig å foreta en skjønnsmessig vurdering av pasientens situasjon, og huske at enhver pasientsituasjon er ulik (Martinsen, 2005, s. 162). Det kan tenkes at enkelte kan oppleve fysisk nærhet med dyp respirasjon som stressende. Videre effektive tiltak som kan være å opptre rolig, beholde øyekontakt, sette seg ned ved pasienten, og prate beroligende med korte setninger (Kvangarsnes m.fl., 2012, s. 429).

Forskning til Jellington dokumenter at kroppslig berøring har vist positiv effekt på å redusere dyspne. Enkle tiltak som det å holde i hånden, plassere en hånd på brystet eller stryke jevnt og rolig over ryggen er nærhetsrelaterte tiltak som kan bidra til å at angsten og den akutte dyspneen blir redusert (Jellington m.fl., 2016). Jeg har opplevd at angstpregede kols-pasienter følte økt trygghet når jeg strøk dem forsiktig over ryggen, og jeg observerte den trygghetsskapende effekten ved at respirasjonen ble roligere. Det kan tenkes at ved kroppslig tilstedeværelsen, retter man fokuset på noe annet, samtidig som man bekrefter for pasienten at man er tilstede i situasjonen, som kan reduserer angst. Det fremmer Jellington (2016) sin betydning om at og at sykepleiere bør være tilstede for pasienten med både kropp og sinn.

Dog er det viktig å være klar over at alle pasienter er ulike individer, og at det eksisterer store individuelle forskjeller for hva som har trygghetsskapende effekt. Det må poengteres at kroppslig berøring kan oppleves ubehagelig og påtrengende, og dermed ha uønsket motsatt effekt ved en forverret emosjonell stressrespons. Dette kan derved forverre dyspne-angst-dyspne sirkelen (Bailey, 2004). Dette setter lys på aktualiteten av god kommunikasjon og en tillitsfull relasjon for å kartlegge om kroppslig berøring vil oppleves trygghetsskapende. I likhet med Martinsen, mener jeg at all samtale startes og opprettholdes av tillit. Uten tillit blir vi innesluttet og lukket (Martinsen, 2003). Sykepleiere må observere pasientens kroppsspråk og reaksjon, og tolke etter beste evne. Jeg har erfart fra praksis har at pasienter har individuelle intimsoneer, og at man må tilpasse berøring og nærhet til hver pasient, og deretter observere responsen på berøringen. I ettertid bør man kartlegge i samtale om det er et ønsket tiltak. Sykepleiere må derfor være varsom og bruke skjønnsmessig vurdering på om berøring er ønsket eller ikke. Mange pasienter har stått i situasjonen før, og har allerede tatt stilling til om tiltaket har effekt.

Trygghetsskapende omgivelser spiller en sentral rolle for å støtte en pasient med angstanfall (Jellington m.fl., 2016). Forskning viser at 77% av pasienter med kols føler et psykologisk ubehag, og med grunnlag i det kan tilrettelegginger av omgivelser være et tiltak for å lindre dette (Rzadkiewicz m.fl., 2016). Dette understøttes ytterligere av forskningen som viser at gode omgivelser fremmer trygghet og lindrer dyspne (Andersen m.fl., 2011). Et relevant tiltak vil være å tilrettelegge at nødvendig utstyr er tilgjengelig for pasienten. Det å plassere feks pep-fløyten i pasientens rekkevidde kan øke trygghetsfølelsen. Sykepleierne i studien til

Kvangarsnes vektla at det å planlegge plassering av utstyr, gjorde at sykepleier fikk økt tilstedeværelse i pasientens nærvær (Kvangarsnes m.fl., 2012). Trolig vil sikkerheten av at pasienten får tak i sine nødvendige eiendeler, føre til følelse av kontroll i situasjonen og dermed økt trygghet. Trolig vil et rent rom med god luft øke velvære og skape trygge rammer rundt pasienten. Ved hyppige tilsyn symboliserer sykepleier at hun er tilgjengelig. Å sjekke hvordan pasienten har det, kan forsterke følelsen av å ikke være alene (Kvangarsnes m.fl., 2012). Mest mulig ro i omgivelsene rundt pasienten bør tilstrebes, og antall personer tilstede i behandling bør begrenses til det nødvendige (Almås, m.fl., 2011, s. 137). Et høyt ryggleie vil lette respirasjonsarbeidet, som igjen kan øke trygghetsfølelsen. Det viktigste målet med tiltaket vil være at pasienten skal oppleve kontroll, slappe av og puste best mulig (Almås, m.fl., 2016). Jeg har tidligere erfart at å legge pasient i høyt ryggleie kan lette dyspne, og føre til at både angst og utrygghet blir redusert. Til tross for dette må sykepleiere være bevisst over at et høyt ryggleie kan resultere i at pasienten sklir lenger ned i sengen, og legger økt press på diafragma, som vil vanskeliggjøre respirasjonen. Dette vil forsterke betydningen av at sykepleier kommer på hyppig tilsyn for å forsikre at pasientens leiring er god.

God kommunikasjon i interaksjonen mellom sykepleier og pasient er betydningsfullt for å støtte pasienten under dyspneanfall. Pasienten kan ha opplevelse av å ikke forstå hva som skjer, og dermed vil kommunikasjon være grunnleggende for å støtte pasienten (Rosa, m. fl., 2017). Lungefunksjonen til pasienten kan bli så forverret at de ikke er i stand til å redusere angst på egenhånd (Rzadkiewicz m.fl., 2016). Pasienten kan bli så preget av situasjonen at det ikke lar seg gjøre å kommunisere verbalt (Kvangarsnes et al., 2012, s. 430). Sykepleiere må da ta ansvar og kontroll over situasjonen, og viktigheten av å forstå kroppsspråk for å oppfylle pasientens behov blir da trukket frem som sentralt. Alternative kommunikasjonsmetoder som non-verbal kommunikasjon og kreative tilnærminger er nyttig for å formidle tiltak og informasjon (Andersen m.fl., 2011). Eksempler på kreative tilnærminger ser man ved at sykepleier bruker seg selv som verktøy for å demonstrere pusteteknikken på pep-fløyte.

Å lære teknikker kan være utfordrende når pasienten er angstpreget, så veiledning av pasienter ved at sykepleiere demonstrerer på seg selv har god effekt (Kvangarsnes 2012; Andersen 2011). Artikkelen viser at sykepleier tar på BiPAP-maske for å demonstrere bruken for en dyspneisk pasient. Pasienten var angstpreget og ønsket ikke ytterligere hindringer i form av en maske, men ved at sykepleier brukte seg selv som «instrument» fikk pasienten økt

trygghet til å ta masken på. Det er et eksempel på hvordan sykepleier bruker kreativitet og engasjement for å oppnå trygghet og god kommunikasjon.

Det kan reises innvendinger til at de trygghetsskapende tiltakene ikke står i stil til dagens effektiviserte helsevesen. Vi tar del i et helsevesen hvor tiden ikke strekker til og sykepleierne har konstant for lite tid til hver pasient. Høyt tempo i avdelingene og hyppig sirkulasjon av personale, vil vanskeliggjøre gjennomføringen tiltakene over. Faktorer som få kjente fjes hos sykepleiere, og lite tid til å skape relasjoner vil virke negativt på de trygghetsskapende omgivelsene for pasienten. Det er viktig at jeg som kommende sykepleier er klar over at det er uheldig og kan skape økt utrygghet for pasienten. Dette understøttes av forskning som viste at mangel på tid og stress hadde negativ påvirkning på pasienter med kols (Andersen, m.fl., 2011). Pasienter kan påvirkes av sykepleiers stress, og føres inn i en vond sirkel med forverrelse av tilstand. Det kan tenkes at å vise nærvær, og bruke tid i et ledig øyeblikk ved å sette seg ned med pasienten kan veie litt opp for en travel sykehushverdag. Viktigheten av å lage gode avtaler, og sørge for at disse avtalene blir holdt vil være en avgjørende faktor for tillit- og trygghetsbygging. Prioritering av god tid og planlegging før prosedyrer som stell vil være sentralt da aktivitet kan føre til dyspne og forverrelse av angsten (Almås, m.fl., 2016). Jeg har erfart at det er store individuelle behov for trygghet hos pasienter. Enkelte har behov for tilstedeværelse av sykepleier til enhver tid, mens andre derimot er fornøyd med å få en forstøverinhalasjon i hånden. Her må jeg kartlegge hvilke behov pasienten har, og hva som kreves for å trygge pasienten.

5 Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å finne ut hvordan sykepleier kan bidra til å redusere kolspasienters opplevelse av angst ved dyspne. Etersom alle mennesker er forskjellige og har individuelle oppfatninger av hva som er trygghetsskapende og angstreduserende er det ikke lett å gi noe fasitsvar på denne problemformuleringen. For å oppsummere vil jeg trekke frem at en helhetlig tilnærming til pasienten er nødvendig for å best mulig kunne hjelpe. En god relasjon, trygge omgivelser, kunnskap og erfaring hos sykepleier kan overføres pasienten og fremme trygghetsfølelse. Det må altså gis omsorg i form av empati og konkret handling, og ved å kombinere fagkunnskapen med skjønn. En viktig faktor vil være å bruke erfaringskunnskap til å prøve å forstå pasientens situasjon ved å selv forestille seg hvordan det føles i situasjonen og hvordan man selv hadde ønsket at å bli behandlet. For å hjelpe pasienten er det nødvendig med en forståelse av at symptomer er subjektive og ikke bare forholde seg til objektive målinger, men evne å sette seg inn i pasientens sin symptomopplevelse.

Opgaven fremmer flere aspekter jeg ønsker å ta med meg videre som fremtidig sykepleier. Ved økt kunnskap og erfaring knyttet til tema, vil jeg være bedre rustet til å kartlegge pasientens angst tidlig i forløpet, noe som kan være heldig for å redusere hyppigheten av angstanfall. Ved å besitte kunnskap om den komplekse sammenhengen mellom kols, angst og dyspne, vil jeg få en bedre forståelse for pasientens opplevelser, og være i stand til å iverksette konkrete tiltak for å bedre symptomene under forverringen. Kunnskapen jeg besitter kan hjelpe meg til å være trygg i møte med pasientgruppen, noe som har god overføringsverdi til pasientens trygghetsopplevelse. Ved at sykepleier har kompetanse om sammenhengen mellom angst og dyspne, kan man lære pasienten verktøy for å tidlig kartlegge egen forverring, og forberede seg på et dyspneanfall med angst.

Andre tiltak jeg som kommende sykepleier kan bruke for å redusere angstopplevelsen kan være trygge omgivelser, god kommunikasjon, vise nærhet, tilstedeværelse, og ha kreative tilnæringsmetoder.

5.1 Perspektivering

Jeg ønsker å se på angst-dyspne problematikken hos kolspasienter fra et overordnet perspektiv. Dette vil jeg gjøre ved å belyse hvordan kolsforverring med angst og dyspne affiserer institusjon og samfunn i form av hyppige re-innleggelser, hospitaliseringer og påfølgende kostnader i forbindelse med dette. Som nevnt i teori er opptil ti prosent av alle sykehusinnleggelser i Norge forårsaket av kols-forverringer (Hjalmarsen, 2012, s.109). For å trekke dette mot et samfunnsperspektiv kan det tenkes at flere av innleggelsene er grunnet angst og emosjonell ustabilitet som forverrer sykdomstilstanden. Ved at sykepleieutdanningen aktivt bidrar til å legge fokus på sammenhengen mellom kols og angst kan dette føre til økt kunnskap hos kommende sykepleiere. Sykepleiere kan igjen videreformidle kunnskapen og enkle verktøy til pasienten, og pasienten kan bli bedre rustet til å tidlig kartlegge og takle egen angst, og identifisere tidlige tegn til forverrelse av sykdomstilstand. Ved å øke kunnskapen om dyspne-angst-dyspne sirkelen, kan pasientens lære å møte kommende anfall med ro og trygghet fra starten. I det store bildet kan det tenkes økt kunnskap og fokus på dette i utdanningen på lengre sikt vil bidra til å begrense antall unødige re-innleggelser og sykehusopphold i forbindelse med kolsforverringer med angst og dyspne. Vi kan sette dette på dagsorden ved hjelp av enkle samtaleteknikker og god kommunikasjon. Forskning viser imidlertid at ytterligere forskning vedrørende angst-kols-dyspne problematikken er nødvendig.

Imidlertid vil jeg trekke frem at funnene i drøftingen ikke står i harmoni til dagens samfunns krav om effektivisering av helsevesenet. Det er dessverre slik at tiltak kan oppleves enkelt i teori, men viser seg vanskeligere å praktisere i feltet. Flere av mine tiltak er knyttet opp mot den trygghetsskapende relasjon, som tufter på å vie tid til pasienten for å fremme trygghet. Under et stort tids- og forventningspress, kan det tenkes at sykepleiere ikke strekker til i oppgaven og at tiltak blir vanskelig gjennomførbart i praksis. Jeg setter spørsmålstegn til om det i dagens helsevesen er mulig å utøve en slik omsorg og sykepleie som har blitt fremlagt i oppgaven. Hver gang jeg kommer på jobb kjenner jeg på følelsen av å ikke strekke til grunnet tidspress. Det å gi litt ekstra tid til en pasient, betyr ofte at man tar tid fra en annen, og kan oppleves vanskelig. Martinsen fremmer verdien av å ta seg tid til samtale til tross for at tiden vi samtaler i ikke alltid er målt i klokkeslag, men at det handler å måle tid i kvaliteten av øyeblikkene med nærvær og dialog (Martinsen, 2005, s. 43). Personlig synes jeg dette er et

viktig og fint moment. Til tross for dette, reiser jeg spørsmål til hvordan jeg skal klare å formidle god kvalitet og nærvær på et par korte minutter. Frem til helsesystemet i fremtiden gjør prioriteringsendringer, vil jeg fokusere på å være tilstede i de små tilgjengelige øyeblikkene jeg har. Jeg vet at den lille ekstra tiden og oppmerksomheten kan utgjøre en stor forskjell for pasienten.

Litteraturliste

Almås, H., Bakkeland, J., Thorsen, B. H., Sorknæs, A. D. (2016). Sykepleie ved lungesykdommer. I Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (red.). Klinisk sykepleie 1 (5.utg.). (s.107-168). Oslo: Gyldendal akademisk

Andersen, I.H., Ytrehus, S., Grov, E.K. (2011). Palliativ sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Klinisk sygepleje, 25 (1), 48-56. Hentet fra SweMed+

Austgard, K., (2010). Omsorgsfilosofi i praksis (2. utg). Oslo: Cappelen Damm

Bailey, P.H. (2004). The Dyspnea-Anxiety-Dyspnea Cycle – COPD Patients' Stories of Breathlessness: "It's scary /When You Can't Breathe". Qualitative health research, 14 (6), 760-778. doi: 10.1177/1049732304265973

Berge, T. & Fjerstad, E. (2017). Lev godt med sykdom. (2.utg). Oslo: Gyldendal akademisk

Christiansen, S., Fredriksen, K. (2010). KOL-pasienters opplevelse af dyspnø. Sygeplejersken, 110(13), 70-81. Hentet fra SweMed+

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P A & Utne, I. (2015). Forskningsmetode for sykepleierutdanningene. Oslo: Abstrakt forlag.

Dalland, O. (2014) Metode og oppgaveskriving. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS

Fjerstad, E. (2010). Frisk og kronisk syk (1.utg). Oslo: Gyldendal akademisk

Folkehelseinstituttet (2018). Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) i Norge. Hentet 15.mars 2019 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/kronisk-obstruktiv-lungesykdom-kols>

Giæver, P. (2015). Lungesykdommer. (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget

GOLD. (2017) Global strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (Internett) Hentet 6 mars 2019 fra:http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf

Grundt, H & Mjell, H. (2017) Sykdommer i respirasjonsorganene. Ørn, S., Bach-Gransmo, E. (red). Sykdom og behandling. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Helsedirektoratet (2012) Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging av personer med kols. Oslo: Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-og-veileder-for-forebygging-diagnostisering-og-oppfolging-av-personer-med-kols/Documents/IS-2029Revidert.pdf> [Lest 11. mars 2017].

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-2018-06-15-38) Hentet 14.mars 2019 fra:

Hjalmarsen, A. (2012). Lungerehabilitering: KOLS og andre lungesykdommer. (1.utg.). Cappelen damm

Hummelvoll, J. K. (2012). Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. (7.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Jellington, M. A., Overgaard, D., Sørensen, E.E. (2016). Manoeuvring along the edge of breathlessness: an ethnographic case study of two nurses. BMC Nursing, 15:27, 1-11. doi: 10.1186/s12912-016-0148-4

Kristoffersen, N.J. (2016). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. Grimsbø G.H (red.). Grunnleggende sykepleie. Bind 3. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar (3.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Kvangarsnes, M., Torheim, H., Hole, T & Ölund, L. S. (2012) Intensive care unit nurses' perceptions of patient participation in the acute phase of chronic obstructive pulmonary disease exacerbation: a interview study. *Journal of advanced Nursing*. 69 (2), 425 – 434. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06021>.

Markussen, K. (2009). KOLS gir angst. *Sykepleien* 2009, 97 (98), 70-71. Hentet 14. mars 2019 fra <https://sykepleien.no/forskning/2009/05/kols-gir-angst>

Martinsen, K. (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin*. 2.utg. Otta: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2005) *Samtalen, skjønnets og evidensen*. Oslo: Akribe AS.

Mjell, J. (2015). Sykdommer i respirasjonsorganene. I Ørn, S., Mjell, J. & Bach-Gransmo, E. (red.). *Sykdom og behandling* (1.utg.). (s.209-242). Oslo: Gyldendal akademisk

Norsk Sykepleieforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: NSF.

Skaug, E.A. og Berntzen, H. (2011) *Respirasjon*. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A. red. *Grunnleggende Sykepleie*, bind 2. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 61-87.

Snoek, J. E. & Engedal, K. (2017). *Psykatri: for helse- og sosialfagutdanningene* (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Thidemann, I.J. (2019) *Bachelor-oppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A.Grimsbø G.H (red.). 2016. *Grunnleggende sykepleie*. bind 3. *Pasientfenomener og livsutfordringer* (3.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Rzadkiewicz, M., Bratås, O., & Espnes, G. A. (2016) What else should we know about experiencing COPD? A narrative review in search of patients' psychological burden alleviation. *International Journal of COPD*, 11, 2295 – 2304. doi: 10.2147/COPD.S109700

Thidemann, I.J. (2019) Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter. (3. Opplag) Oslo: Universitetsforlaget.

Tselebis, A., Pachi, A., Ilias, I., Kosmas, E., Bratis, D., Moussas, G., & Tzanakis, N. (2016) Strategies to improve anxiety and depression in patients with COPD: a mental health perspective. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 297 – 328. doi: 10.2147/NDT.S79354

VID (2018) Forsiden. Hentet 25. Mars 2019 Hentet fra: <http://www.vid.no>

WHO. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Hentet 04. Mars 2019 Hentet fra: <http://www.who.int/cancer/palliative/definit> [Lest 04.mars 2019].

Vedlegg:

Database	Søk-nummer	Søkeord/ Emneord/søkekombinasjoner	Treff	Kommentarer til søket
PubMed	1	«Chronic obstructive pulmonary disease» OR «copd»	51114	Her søkte med Mesh Term. Jeg kombinerte søkeordene med OR, for å få et bredt søk.
	2	«Anxiety»	77669	Søkte med MestTerms til bruk i kombinasjon.
	3	«Chronic obstructive pulmonary disease» OR «COPD» AND «Anxiety»	366	Kombinerer søkeordene over, fremdeles et for bredt søk.
	4	«Dyspnea»	19864	Søkte i MeshTerms til bruk i kombinasjon
	5	«Chronic obstructive pulmonary disease» OR «COPD» AND «Anxiety» AND «Dyspnea»	181	Velger å kombinere søket over med anxiety, ender opp med 181 artikler. Fremdeles for bredt
	6	«Chronic obstructive pulmonary disease» OR «COPD» AND «Anxiety» AND «Dyspnea»	98	Endelig treff på 98 artikler
	7	→ Max 10 år	75	Avgrenser med artikler de siste 10 årene, og står nå igjen med 75 treff. Fremdeles stort treff, skimleser abstrakter og finner artikkelen «The dyspnea-anxiety-dyspnea cycle – COPD patient's stories of breathlessness».
	7	«Nursing»	734416	Søk brukt i kombinasjon. Videre ønsket jeg å finne artikler som belyser sykepleieperspektivet, og kombinerte søket med søkeordet «nursing».
	8	«Chronic obstructive pulmonary disease» AND «Anxiety» AND «Dyspnea» AND «nursing»	19	Finner «Manoeuvring along the edge of breathlessness: an ethnographic case study of two nurses».
	9	«Chronic obstructive pulmonary disease» OR «COPD» AND «Anxiety» AND «Dyspnea» → 10 år		Legger begrensning på artikler siste 10 årene, og står igjen med 13 treff.

Database	Søk-nummer	Søkeord/ Emneord/ søkekombinasjoner	Treff	Kommentarer til søket
SveMed+	1	«Kols»	536	Søk til bruk i kombinasjonssøk
	2	«Angst»	669	Søk til bruk i kombinasjonssøk
	3	«Kols» AND «Angst»	9	Kombinerte søkeordene, fikk et begrenset treff på 9 artikler.
	4	«Dyspne»	114	Søk til bruk i kombinasjonssøk
	5	«Kols» AND «angst» AND «dyspne»	4	Her fikk jeg et endelig treff på 4 artikler, hvor 2 ble inkludert. Her fant jeg «Palliativ sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom» og «Kols gir angst».
	6	«Dyspnø»	16	Søkt brukt i kombinasjonssøk
	7	«Kols» AND «dyspnø»	1	Her fant jeg den danske artikkel «KOL-pasienters opplevelse af dyspnø», ved å kombinere kols med det danske ordet «dyspnø»

Database	Søk-nummer	Søkeord/ Emneord/ søkekombinasjoner	Treff	Kommentarer til søket
Cinahl	1	«Chronic obstructive pulmonary disease» OR «COPD»	18 686	Søk til bruk i kombinasjonssøk
	2	«Anxiety»	79 534	Søk til bruk i kombinasjonssøk
	3	«Chronic obstructive pulmonary disease» OR «COPD» AND «Anxiety»	556	Kombinerte søkeordene, fikk et bredt treff på 556 artikler.
	4	«Dyspnea»	12 467	Søk til bruk i kombinasjonssøk
	5	«Chronic obstructive pulmonary disease» OR «COPD» AND «Anxiety»AND«Dyspnea»	171	Her fikk jeg et bredt søk med 171 artikler, videre søk kreves.
	6	«Nursing»	604 888	Søkt brukt i kombinasjonssøk
	7	«Chronic obstructive pulmonary disease» OR «COPD» AND «Anxiety»AND «Dyspnea» AND «Nursing»	20	Ønsker å finne artikler som belyser sykepleierperspektivet, og inkluderer «nursing» som søkeord. Ender opp med 20 treff, og finner artikkel «What else should we know about experiencing COPD? »
	8	«Patient compliance»	2	Fant her artikkelen «Intensive care unit nurses perception of patient participation in acute phase of chronic obstructive pulmonary disease »

