



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv
lungesykdom**

**Nursing care to patients with chronic obstructive
pulmonary disease**

Mai Helen Lillebostad

Totalt antall sider inkludert forsiden: 40

Molde, 18.05.2009



Høgskolen i Molde

Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom

Tittel på engelsk: Nursing care to patients with chronic obstructive pulmonary disease

Forfatter(e): Mai Helen Lillebostad

Fagkode: SAE00

Studiepoeng: 12

Årstall: 2009

Veileder: Signe Julnes

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja: **Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?** ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fv1. §13)

Dato: 18.05.2009

Antall ord: 10.217

Lytt søster

Jeg var sulten og maktet ikke å spise selv.
Du forlot matbrettet på nattbordet utenfor min rekkevidde.
Senere diskuterte du mine ernæringsbehov på rapportmøtet.

Jeg var tørst og hjelpesløs, men du glemte å gi beskjed til hjelpepleieren om å
fyller vannkaraffelen min.

Senere skrev du i rapporten at jeg nektet å ta til meg drikke.

Jeg var ensom og redd, men du forlot meg alene fordi jeg
var så medgjørlig og aldri ba om noe.

Jeg hadde økonomiske problemer, og for deg ble jeg en kilde til irritasjon.

Jeg var et sykepleieproblem, og du diskuterte de teoretiske årsaker til min sykdom.

Og likevel ser du meg ikke.

Man mente jeg var døende og du trodde jeg ikke kunne høre, du sa du håpet jeg ikke ville
dø før du var ferdig for dagen, fordi du hadde en avtale hos frisøren før du skulle ut om
kvelden.

Du virket så velutdannet, velformulert, og så velpleid i din plettfriske, nystrøkne uniform.

Men når jeg snakker virker det som du lytter, men ikke hører meg.

Hjelp meg, bry deg om det som skjer med meg. Jeg er så trett, så ensom og så veldig redd.

Snakk med meg – kom meg i møte – og ta hånden min. La det som skjer med meg, angå
deg. Jeg ber deg søster, LYTT.

Av Ruth Johnsen

Diktet illustrerer at sykepleie ikke kun består av målbare ferdigheter og kunnskaper, men
også om måten man utfører handlinger på.

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Presentasjon av tema og problemstilling:	1
1.2 Problemstilling	1
1.3 Avgrensing av problemstillingen	2
1.4 Begrepsavklaring.....	3
1.5 Oppgavens disposisjon.....	3
2.0 Metode:	4
2.1 Litteraturstudie som metode.....	4
2.2 Fremgangsmåte.	4
2.3 Kildekritikk.	5
3.0 Teoretisk referanseramme	6
3.1.1 Presentasjon av teoretiker: Joyce Travelbee	6
3.1.2 Sykepleie og pasientmøte.....	7
3.1.3 Kommunikasjon.	8
3.1.4 Kommunikasjonsprosessen.	8
3.1.5 Kommunikasjon og interaksjonsprosess.....	9
3.2 Teoretisk perspektiv på kronisk obstruktiv lungesykdom	10
3.2.1 Generelt om kronisk obstruktiv lungesykdom	10
3.2.2 Diagnostisering av KOLS.	11
3.2.3 Symptomer på KOLS.	11
3.2.4 Behandling og prognose hos KOLS-pasienter.....	12
3.2.5 Pasientperspektiv på kronisk obstruktiv lungesykdom.....	12
3.3 Teoretisk perspektiv på angst.....	14
3.3.1 Angst	14
3.4 Teori om kommunikasjon.	16
3.4.1 Kommunikasjon	16
3.4.2 Viktige former for trygghet.....	17
3.4.3 Kunnskaps og kontrolltrygghet.....	17
3.4.4 Stole-på-andre-trygghet.....	18
3.4.5 Relasjonstrygghet.....	18
3.4.6 Nonverbal kommunikasjon	19
3.4.7 Kommunikasjonsteknikker.	19
4.0. Aktuell forskning	21
5.0 Drøfting.	25
5.1 Det første møtet mellom sykepleier og den unike pasienten.	25
5.2 Å vinne tillit.	26
5.3 Pasientens frykt.	27
5.4 Formidling av omsorg	29
5.5 Å bidra til redusert angst.	30
6.0 Konklusjon	33
Litteraturliste:	35

1.0 Innledning.

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling.

Tema: Sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom

En av årsakene til at jeg har valgt dette temaet er at jeg har jobbet en del med KOLS-pasienter innlagt på somatisk sykehus, og finner sykepleien til denne pasientgruppen svært interessant. Man blir godt kjent med pasientene siden de ofte kommer inn på sykehuset med KOLS-forverring, og jeg har sett at mye av sykepleietilnærmingen til pasientene utgår fra kommunikasjon, sannsynligvis siden pasientene også strever med angst knyttet til respirasjonsproblemer. Denne kommunikasjonen består av både nonverbal og verbal kommunikasjon, sykepleierne opptrer rolig og fattet og tar respirasjons- og angstproblematikken til pasientene svært alvorlig.

1.2 Problemstilling.

Hvordan kan sykepleier bruke kommunikasjon for å oppnå redusert angst hos alvorlig syke pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom?

Jeg ønsker med denne oppgaven å fordype meg og sette søkelys på emnet kommunikasjon som sykepleietiltak, og sette fokus på viktigheten av å være bevisst på hvordan vi kommuniserer for å redusere angst hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom. Derfor har jeg valgt kommunikasjon som tema.

Noen sykepleiere får pasienten til å føle at omsorgen for ham er ekte, uten nødvendigvis å kunne forklare helt hvorfor. Hva er det som gjør at noen sykepleiere greier å uttrykke trygghet og ro, og at noen sykepleiere kanskje ikke greier det i samme grad? Og kan kunnskapen om å formidle omsorg, trygghet og ro læres? Det er noen av spørsmålene jeg har stilt meg selv før jeg startet på denne oppgaven. Jeg vil ta for meg teorien bak denne kommunikasjonsteknikken.

1.3 Avgrensning av problemstillingen.

- Jeg ønsker å forholde meg til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom innlagt i sykehus, dette siden jeg selv har erfaring fra en lungeavdeling.
- Kronisk obstruktiv lungesykdom kan forkortes til KOLS, og jeg vil bruke den betegnelsen i oppgaven.
- Det er ofte eldre mennesker som har denne diagnosen, jeg vil derfor holde meg til pasientgruppen innenfor en alder av 65 og oppover.
- Kronisk obstruktiv lungesykdom har ulike alvorlighetsgrader, og jeg vil i denne oppgaven ta for meg de pasientene som har alvorlighetsgrad 3 og alvorlige respirasjonsproblemer.
- Pasientgruppen jeg vil forholde meg har angst knyttet til dette.
- Jeg vil ta for meg kommunikasjonsteorier som:
 - Kunnskaps og kontrolltrygghet
 - Stole-på-andre-trygghet
 - Relasjonstrygghet
 - Nonverbal kommunikasjon
 - Kommunikasjonsteknikker
 - Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee`s teori om kommunikasjon og interaksjonsprosess.

Jeg vil ta med eksempler fra samtaler med lungesykepleier og egne erfaringer fra praksis i drøftingen. Det er andre tiltak enn en trygghetskapende interaksjonsprosess mellom sykepleier og pasient for å redusere angst hos KOLS-pasienter, for eksempel medikamentell behandling, men jeg velger å ikke gå nærmere inn på dette temaet på grunn av oppgavens størrelse.

Jeg vil i oppgaven referere til sykepleier som "hun" og pasient som "han".

1.4 Begrepsavklaring.

Kommunikasjon

Eide, Eide (1996) definerer kommunikasjon som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Kommunikasjon er et begrep som kommer av det latinske ordet: *communicare* som betyr å gjøre noe felles eller ha forbindelse med.

Angst

Hummelvoll (2000) henviser til Poletti som mener at angst er et spesifikt menneskelig fenomen. Selve ordet angst kommer fra det latinske ordet *angustus*, som stammer fra verbet *angere*, og betyr å påføre smerte ved å presse sammen eller å kvele.

Mennesker har fantasi i motsetning til dyr, og vi kan dermed forestille oss farer i vårt indre. Vår forestillingsevne kan altså danne grobunn for angst.

1.5 Oppgavens disposisjon.

Jeg har valgt å presentere oppgavens tema og problemstilling først, med avgrensning og formål med oppgaven. Deretter presenteres hvilken metode som er brukt, fremgangsmåte og kildekritikk.

I teorikapitlet presenteres den teori jeg har valgt som utgangspunkt for drøftingen, og her presenteres forskningsartiklene for seg selv. I første delen av teorikapitlet tar jeg for meg sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee's synspunkter på kommunikasjonsprosessen.

I drøftingen vil jeg diskutere hvordan kommunikasjon kan brukes for å bedre angst hos alvorlige syke KOLS- pasienter. Deretter vil jeg på bakgrunn av mine funn presentere en konklusjon.

2.0 Metode.

2.1 Litteraturstudie som metode.

Bacheloroppgaven for sykepleiere er en litteraturstudie der målet er at studentene skal fordype seg i teori rundt en selvvalgt problemstilling. Oppgaven skal være bygd opp av pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. Vi blir oppfordret til å bruke primærlitteratur, men kan også bruke sekundærlitteratur.

Dalland (2002) viser til at uansett om vi bygger vår oppgave på data fra en egen undersøkelse, egne erfaringer, data fra skriftlige kilder eller en kombinasjon av disse, vil vi alltid måtte forholde oss til litteraturen i det gjeldende faget.

Litteratur er et viktig utgangspunkt i nesten alle studentoppgaver. Kunnskapen tar sitt utgangspunkt der og problemstillingen skal drøftes i forhold til valgt litteratur. Derfor må det også komme frem *hvorfor* en bestemt type litteratur er valgt og *hvordan* utvalget er gjennomført. (Dalland 2002)

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.” (Dalland 2002, 71)

Metoden er redskapet vårt, som vi bruker når det er noe vi vil undersøke. Metoden er en hjelper til å samle inn data, altså den informasjonen vi trenger i undersøkelsen vår. (Dalland 2002)

2.2 Fremgangsmåte.

Et av kravene til denne oppgaven er at vi skal bruke sykepleie- og støttefagslitteratur som grunnlag for innhenting av kunnskap.

Vi skal drøfte problemstillingen i forhold til den kunnskapen vi har hentet inn. Derfor er det viktig at vi fremhever tydelig hvorfor en bestemt type litteratur er brukt, og hvordan utvalget er gjort (Dallend 2002).

Selv har jeg benyttet meg av biblioteket på skolen og biblioteket på sykehuset i Molde. Jeg har gjort søk innenfor nettbaserte søketjenester som Norart, Swemed, Bibsys og Medline. Jeg har benyttet meg av tidsskrifter, og jeg har innhentet kunnskap fra samtaler med fagpersonell, for eksempel lungesykepleiere som jobber ved en lungeavdeling. Vi skal også i henhold til Høyskolens reglement finne 5 forskningsartikler, og der har jeg brukt Ovid, Bibsys, Bibsys Ask, Medline, Norart og Swemed flittig for å lete frem relevante artikler. Jeg har brukt søkeord som: kommunikasjon, KOLS, angst, tillit, respirasjonsvansker, pustevansker, samtale, interaksjon, relasjon, håp, redsel, astma, bronkitt og hjertesvikt og en kombinasjon av disse. Grunnen til at jeg har brukt hjertesvikt som søkeord er at denne diagnosen har overføringsverdi i forhold til KOLS. Herunder blant annet respirasjonsproblematikk. Jeg har også brukt en del engelske søkeord som: CODP, anxiety, anxious, fear, chronic lung diseases, chronic diseases, communication.

2.3 Kildekritikk.

Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere den litteraturen som er benyttet. (Dalland 2002, 68). Hensikten er at leseren skal få muligheten til å ta del i de refleksjoner som oppgaveskriveren har gjort, om litteraturens relevans og gyldighet når det gjelder å belyse problemstillingen. Her er det fint å kunne karakterisere tilgangen på litteraturen, og om den har vært vanskelig eller lett å finne. Kildekritikk betyr ikke at vi skal kaste oss over oppgaven som dommere. Kritikken skal hele tiden ses i lys av hva kildene skal belyse.

Jeg har valgt primærlitteratur og sekundærlitteratur. Ved å hente inn kunnskap fra sekundærlitteratur kan en få belyst emnet fra flere hold.

Det hender seg at man må bruke litteratur av eldre dato, for eksempel Joyce Travelbee's litteratur som opprinnelig ble utgitt første gang i 1966. Men hennes filosofi og teori er like aktuell i dag som den gang. Jeg har forsøkt å holde meg til litteratur av nyere dato, og helst ikke eldre enn 10 år ettersom kunnskapen utvikler seg og fornyer seg i takt med at det kommer nyere forskning på feltet. Jeg har også valgt å ikke bare benytte meg av pensumlitteratur, men også sett meg rundt etter annen litteratur som kan belyse emnet i

problemstillingen. Her har jeg kommet frem til at det som står i pensumlitteraturen belyser problemstillingen min tilfredsstillende nok, men jeg har brukt litteratur som ikke står på pensumlisten ettersom vi skal ha 200 sider med egenvalgt litteratur. Jeg har valgt å bruke biblioteket på høyskolen og sykehuset, da jeg anser den litteraturen for å være pålitelig.

Kvantitative metoder tar sikte på å forme informasjonen om til målbare enheter som i sin tur gir oss muligheten til å foreta regneoperasjoner, som for eksempel det å finne gjennomsnitt og prosenter av en større mengde. I kvantitative metoder blir det brukt for eksempel spørreskjema, samt systematiske og strukturerte observasjoner.

Kvalitative metoder er en metode som tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. I kvalitative metoder blir det i motsetning til kvantitative metoder brukt for eksempel intervju preget av fleksibilitet, uten faste svaralternativer og ustrukturerte observasjoner. (Dalland 2002)

Jeg har benyttet meg av fire kvalitative og en kvantitativ forskningsartikler.

De forskningsartiklene jeg fant mener jeg er relevante for min problemstilling, men noen av de er på engelsk og studiene er gjort i andre land. For eksempel er den ene artikkelen en kvantitativ studie som er gjort i Kina og det kan være andre faktorer som spiller inn på KOLS-pasienter der enn i Norge. En del av forskningen som er gjort i de artiklene jeg har valgt er kohort-studier som altså har foregått over lang tid, noe jeg anser som positivt da funnene/ resultatene kan være mer pålitelige. På Island er det gjort en kvalitativ forskning på 11 deltagere. Bakdelen med så få deltagere er at det blir ikke helt representativt for alle de som lever med KOLS. Men studien ble avgrenset ned til pasienter som har vært innlagt på sykehus på grunn av sin KOLS flere ganger. Fordelen er at man i en slik studie bedre kan følge opp deltagerne dersom de er i fåtall.

3.0 Teoretisk referanseramme.

3.1.1 Presentasjon av teoretiker: Joyce Travelbee.

Travelbee ble født i 1926 i New Orleans, og døde i 1973 etter å ha begynt på et doktorgradsprogram. Hun ble ferdig utdannet sykepleier i 1946 og jobbet både som

psykiatrisk sykepleier og som lærer ved en sykepleierutdanning. Travelbee hadde også stilling som leder ved en sykepleierutdanning.

Menneskesynet er at hvert enkelt menneske er et unikt og uerstattelig individ, likt, men også ulikt andre. Mennesket er et individ i vekst, utvikling og endring. (Travelbee, 2007)

I sin teori er Travelbee opptatt av sykepleie som en interaksjonsprosess der hun legger fokus på utvikling av relasjoner mellom pasient og sykepleier. Etter andre verdenskrig kom det i følge Travelbee en avhumanisering i helsesektoren i USA, og hennes bok kom som en reaksjon på dette. Hun hevdet at det trengtes en humanistisk revolusjon hvor det enkelte individ skulle stå i sentrum.

3.1.2 Sykepleie og pasientmøte.

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene”. (Travelbee 2007, 29)

Travelbee (2007) sier at sykepleie er en prosess som er dynamisk og alltid under utvikling og tilblivelse. Det vil hele tiden skje forandringer ettersom det ene individet har en innvirkning på det andre individet.

”Å identifisere og være i stand til å frembringe forandringer på en målrettet, innsiktsfull og omtenkssom måte er en sykepleieaktivitet” (Travelbee 2007, 30).

Sykepleieren er en endringsagent, hun skal ikke godta at den aktuelle situasjonen for pasienten består av lidelse, dårlig hygiene eller dårlig ernæring. Sykepleieren skal arbeide for å forebygge og bevisstgjøre hvordan sykdom, helsesvikt, funksjonssvikt og lidelse skal kunne forebygges. Sykepleieren skal altså arbeide for å få til forandringer, for å se til at høyest mulig grad av helse kan opprettholdes. (Travelbee 2007)

3.1.3 Kommunikasjon.

”Ved ethvert møte mellom sykepleieren og den hun har omsorg for, foregår det kommunikasjon mellom dem – når de samtaler, og når de er tause” (Travelbee 2007, 136)

Travelbee (2007) sier at all interaksjon med pasienten gir sykepleieren anledning til å bli kjent med ham som menneske og til å være med å bestemme hans behov, og dermed etablere et menneske-til-menneske-forhold. Sykepleieren må forstå hva pasienten kommuniserer, og bruke denne informasjonen i planleggingen av sykepleieintervensjoner. Men det må understrekes at det er fullt mulig for sykepleier å ha en kommunikasjon med en pasient uten å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Evnen til å etablere kontakt med pasienten ser ut til å være en kombinasjon av en profesjonell og intellektuell tilnæringsmåte til problemer, og evnen til å bruke seg selv terapeutisk.

Travelbee (2007) sier i sin bok at termen ”menneske-til-menneske-forhold” ikke må forveksles med ”sykepleier-pasient-forholdet”. Hun legger til grunn at rollene som sykepleier og pasient er barrierer for et menneske-til-menneske-forhold.

3.1.4 Kommunikasjonsprosessen.

Kommunikasjon er en pendelbevegelse. Påvirkning og motpåvirkning går gjensidig frem og tilbake mellom sykepleier og pasient, de observerer hverandre og utveksler tanker, følelser og holdninger. Man kan altså se på kommunikasjon som en prosess for meddelelse av tanker og følelser. Men man vil ikke dele noe meningsfylt med andre før man er sikker på at det man meddeler blir godt mottatt, at det ikke vil bli latterliggjort, ignorert eller avvist.

Det er gjennom kommunikasjon, herunder også non-verbal kommunikasjon, at sykepleieren formidler omsorg til pasienten. Pasienten kommuniserer tilbake sin oppfatning om han oppfatter sykepleieren som et hjelpende menneske eller ikke. Og skulle sykepleieren ikke ha interesse for pasienten, vil dette vises gjennom kommunikasjonen, uansett hva hun uttrykker med ord. Pasienten vil også reagere på denne måten.

Gjennom persepsjon og kommunikasjon vil den andres verdi som unikt menneskelig individ komme til uttrykk eller tilsløres. I sykepleiesituasjoner er det kommunikasjon som brukes som virkemiddel for å oppnå forandringer. Sykepleieren bruker en profesjonell tilnæringsmåte, og snakker og handler på en måte som kan føre til forandring. Kommunikasjon vil derfor være en kreativ prosess. (Travelbee 2007)

3.1.5 Kommunikasjon og interaksjonsprosess.

Det er umulig å utforme prosedyrer eller faste regler om hvordan en interaksjon skal være ettersom hver enkelt interaksjon er individuell, men det betyr ikke at det ikke er viktig å utvikle ferdigheter og evner til kommunikasjon. Sykepleier må utvikle sine kommunikasjonsferdigheter og evner, og hver eneste interaksjon gir mange muligheter til kreativ påvirkning (Travelbee 2007).

Målene en ønsker å oppnå i en interaksjon er:

- Å lære den syke å kjenne
- Å fastslå og ivareta den sykes sykepleiebehov
- Å oppfylle sykepleierens mål og hensikt (Travelbee 2007, 139)

Siden mange pasienter trenger kontinuerlig hjelp til å mestre sin sykdom og lidelse, vil sykepleiens mål og hensikt være uforanderlig som mål og rettesnor. Pasientens behov for hjelp kan nok hjelpes midlertidig, men ikke permanent, ettersom når et behov er oppfylt, vil det komme nye behov. (Travelbee, 2007)

Som sykepleier blir man stadig oppfordret til å "lære pasienten å kjenne som individer". Men uttrykket er litt misvisende ettersom det er bare mennesker man blir kjent med, ikke pasienter. Sykepleier må for å bli kjent med et menneske, være i stand til å oppfatte, respektere og respondere på det unike ved hvert enkelt individ. Hun må være i stand til å sette den andre i fokus og kunne se hva som skjuler seg under merkelappen "pasient. (Travelbee, 2007)

Det er stor forskjell på det å ha informasjon om en pasient og det å faktisk kjenne mennesket. Man kan lære om pasienten gjennom for eksempel journaler eller rapporter, og man kan ha satt seg grundig inn i sykdomsbildet og vite hvilket tiltak man skal anvende. Men å kjenne et annet menneske er å oppleve og respondere på det unike ved dette menneske.

En sykepleier som kjenner pasienten som et menneske vil lettere oppdage ikke bare åpenbare forandringer, men også litt mer subtile forandringer hos pasienten. (Travelbee 2007)

3.2 Teoretisk perspektiv på kronisk obstruktiv lungesykdom.

3.2.1 Generelt om kronisk obstruktiv lungesykdom.

Kronisk obstruktiv lungesykdom blir ofte brukt som en samlebetegnelse for kronisk bronkitt og emfysem. Det som menes, er at det foreligger en progressiv og ukomplett reversibel luftveisobstruksjon. Det vil si at KOLS- pasienter ikke helt vil bli kvitt sine plager.

Hos emfysem-pasienter ser man at det er økt luftholdighet i lungene perifert for terminale bronkialer, med ødelagte vegger i alveolene i dette avsnittet. Etter hvert kan det dannes store emfysemlærer (bullea). Når man taper lungenes elastiske egenskaper fører det til økt total lungekapasitet, men hvis man taper alveoler vil det føre til redusert gassutveksling og dårligere oksygenering av blodet. Det inntreffer altså et misforhold mellom ventilasjonen og blodgjennomstrømmingen i lungene, både på grunn av ødeleggelse og på grunn av slimplugg i de små luftveier. (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Lund, Solheim, 2001)

Det er mange årsaker til KOLS, men røyking og luftforurensing er to viktige faktorer. Ettersom sykdommen er hyppigere i lavere samfunnsgrupper, kan dette tyde på at dårlige boforhold disponerer. Hos noen kan det være en arvelig komponent. Akutt forverring kan oppstå ved infeksjoner, ofte i vinterhalvåret. KOLS er en av de hyppigste årsakene til innleggelse i medisinske avdelinger. (Jacobsen 2001)

3.2.2 Diagnostisering av KOLS.

Diagnosen stilles ut fra anamnesen. Man kan høre pipelyder ved stetoskopi, og hvis man tar en spirometri så finner man et typisk obstruktivt mønster med redusert FEV₁ og PEF. FEV₁: forsert ekspiratorisk volum. Den luftmengden man puster ut i løpet av det første sekundet ved maksimal ekspirasjonshastighet. Skal normalt utgjøre minst 75 % av vitalkapasitet. PEF: den maksimale hastigheten man kan blåse ut luft fra maksimal inspirasjonsstilling. (Jacobsen m.fl, 2001).

Man kan klassifisere alvorlighetsgraden av KOLS ved spirometriske målinger, og dermed diagnostisere og stadieinndeles sykdommen. Diagnosen krever en FEV₁/FCV-ratio > 0,7. Det er 5 ulike stadier, den første av dem er kun en risikogruppe. (Gulsvik, A., Bakke, P. 2004)

Kronisk obstruktiv lungesykdom er når det gjelder morbiditet og mortalitet hyppig og forårsaker store kostnader. Hos de som er under 45 år er sykdommen sjelden, men mer enn 10 % av befolkningen eldre enn 70 år har KOLS. KOLS-forverring er en av de hyppigste årsakene til sykehusinnleggelse på grunn av sykdommer i respirasjonsorganene.

WHO regner KOLS for å være rangert som nr. 6 i rangordenen av hyppige dødsårsaker, men de sier også at KOLS i løpet av en 20-års periode vil bli rangert som nr. 3.

3.2.3 Symptomer på KOLS.

Noe som er typisk hos de pasienter som har utviklet KOLS er at de har kronisk produktiv hoste, da særlig om morgenen. Man vil høre en karakteristisk pipelyd under eksirasjonsfasen hvis pasienten har obstruksjon av perifere lungeavsnitt. Dyspné er også et symptom, men oppstår som oftest sent og skyldes betydelig obstruksjon. (Jacobsen m.fl, 2001).

Almås (2001, 339) viser til følgende symptomer:

Hoste	Produktiv eller tørr irritasjonshoste, ofte verst om morgenen, eventuell plagsom hele døgnet med sjenerende nattlig hoste, eventuell anfallsvis med kraftige hostenfall, som nesten kan få pasienten til å miste bevisstheten.
Sekret	Hvitlig eller klart, eventuell seigt. Vekslede mengder.
Åndenød	Pipende, hvinende eller hvesende respirasjon, som oftest tyngst om morgenen og ved fysiske anstrengelser.
Angst, uro	Forårsaket av åndenød og fornemmelse av å bli kvalt – angst for å dø.
Cyanose	Blålig farge på leppene og neglene. Eventuell rødlig ansiktsfarge på grunn av opphopning av CO ₂
Trykk i brystet, sterkt ubehag, eventuelt smerter.	Fornemmelse av å ha et stramt bånd rundt brystet eller en fornemmelse av at en ikke greier å få lufta langt nok ned i lungene.

3.2.4 Behandling og prognose hos KOLS-pasienter.

Mennesker som får diagnosen KOLS og som røyker bør slutte å røyke. Alle bo-jobbforhold i henhold til allergener må utbedres. Infeksjoner som kommer må behandles, helst etter bakteriologisk bestemmelse med antibiotika. Bronkodilaterende medikamenter gis ved tydelig luftveisobstruksjon (for eksempel Bricanyl, Ventolin, Theodur). Det kan være nødvendig med oksygentilførsel og fysioterapi, dette i tillegg til inhalasjonskortikoider og eventuelt perorale glukokortikoider (predisolon).

Sykdommen er irreversibel, og prognosen kan være god, men ved komplikasjoner som emfysem og cor-pulmonale forverres den betraktelig. Man ser hos emfysem-pasienter at prognosen kan være dårlig, men hvis de slutter å røyke kan de leve mange år med sykdommen. (Almås 2001)

3.2.5 Pasientperspektiv på kronisk obstruktiv lungesykdom.

Kristin Heggdal har skrevet en bok om Kroppskunnskaping, der hun tar for seg grunnleggende prosesser for mestring av kroniske sykdommer. Hun har intervjuet en rekke pasienter, derav KOLS-pasienter.

Hennes prosjekt tar for seg de sykes opplevelser, erfaring og mestring av deres sykdom. Å leve med kronisk sykdom er en stor utfordring og belastning og innebærer å være i en grunnleggende prosess som blir kalt kroppskunnskaping.

Å holde håpet levende er en viktig mestringsstrategi ved kronisk sykdom. Det enkelte menneskets håp er avhengig av hvordan de blir møtt, spesielt av sine nærmeste og i helsevesenet. Deres holdninger og handlinger er av stor betydning for de kroniske syke. Det er også viktig hva og hvordan omgivelsene kommuniserer og hvordan informasjonen om sykdommen, behandlingen og fremtidig situasjon blir formidlet.

På grunn av dyspnoe, opplever pasientene å ha redusert kapasitet til å utføre arbeid, sosiale sammenhenger og fritidsaktiviteter. Konsekvensen her er ofte angst, avhengighet og tap av selvfølelse. Inaktivitet eller overdreven aktivitet kan øke pasientens psykologiske reaksjoner som i sin tur skaper fysiologiske forandringer. Her kommer pasienten inn i en ond sirkel, siden disse psykologiske og fysiologiske endringene kan øke dyspnoen.

Noen emosjonelle forstyrrelser er vanlig slik som angst, irritabilitet, avhengighet og somatisk fokusering. Dyspne kan bedres hvis de emosjonelle problemer blir løst. Sosial støtte og livstress påvirker antall innleggelses i somatisk sykehus, mer enn demografiske karakteristika, sykdommens alvorlighetsgrad og tidligere innleggelses. (Heggdal 2003).

De som får en beskjed om kronisk sykdom kan oppleve at de vil flykte fra fakta om sin sykdom. De kan ulike uttrykksformer som å ignorere symptomene, å være overaktiv og utsette seg for påkjenninger som de innerst inne vet at de ikke tåler. (Heggdal, 2003)

Da jeg fikk beskjed om at det var astma, så var det sånn at, nei, det der har jeg liksom ikke tro på. Det der rammer ikke meg. (Heggdal 2003, 94)

Denne flukten kan bunne i redselen for symptomene, eller at en ikke vil fremstå som syk for omgivelsene. Selv om mange opplever symptomene som plagsomme og smertefulle og bekymrer seg for hvordan dette skal utvikle seg fremover, er det allikevel tanken på at plagene snart skal forsvinne som dominerer. (Heggdal, 2003)

Jeg blir frisk, må bli frisk. Det går over dette, bare gi meg litt tid..... jeg har jo ikke hatt dette før så derfor må dette være en overgang. (Heggdal 2003, 94)

I relasjoner med kronisk syke er det viktig å styrke håpet. De opprettholder et aktivt håp gjennom hele prosessen, men håpet får etter hvert et annet innhold og en annen retning. Håpet utfordres idet de får en diagnose og må erkjenne at de må leve med en kronisk sykdom.

De kronisk syke kan trekke seg tilbake fra det sosiale liv, spesielt når de opplever dårlige perioder av sykdommen, og ellers når de er redde for økte symptomer og plager.

De pasientene som har KOLS, har lite oksygen til disposisjon for kroppslige aktiviteter totalt sett. De må bevege seg sakte for å ”spare på kreftene”. Både når det gjelder daglige vaner og aktiviteter utover dagen. Når de med KOLS holder seg hjemme er det fordi de der har tilgang til alle apparater og medisiner hvis noe skulle skje. Hjemmet oppleves som en trygg øy i forhold til andres hjem som kan inneholde fysiske og psykososiale miljøgifter som kan forverre plager.

Jeg er nødt til å planlegge alt føler jeg. Akkurat det er litt trist, hvis du skal noen plass så må liksom alt planlegges med hensyn til at jeg må ha med meg medisin hvis det skjer, og så må jeg ha med meg forebyggende medisin. Jeg har alltid med meg medisin. Da føler jeg meg trygg. Hvis ikke får jeg panikk. (Heggdal 2003, 121)

Dette utsagnet beviser at pasienter med KOLS er bevisst på og tar hensyn til at det psykiske og det fysiske er sammenvevd. (Heggdal 2003)

3.3 Teoretisk perspektiv på angst.

3.3.1 Angst.

Det er to begreper som ofte brukes synonymt: angst og frykt. Frykt eller realangst er vårt svar på trusler utenfor oss selv. Denne følelsen kommer når noe truer oss utenfra, når det

er noe vi oppfatter som farlig. Angst er derimot en følelse som er diffus, en indre uro som er uten kjent årsak. Personer som kjenner angst kan fortelle om en kvelende følelse, det presser i brystet og det trykker i magen. Det å oppleve angst er en veldig personlig opplevelse. Man kan ikke observere denne energien direkte. (Hummelvoll, 2000)

På det fysiologiske plan finner vi følgende symptomer:

- Økt adrenalinutskillelse i organismen
- En økning av glukosenivået i leveren
- Tiltagende pulsfrekvens
- Tiltagende respirasjonsstyrke
- Temperaturforandringer
- Økt trang til vannlating
- Blodtrykksforandringer

(Hummelvoll, 2000)

Mange av oss kjenner oss engstelige når vi er i nye og uvante situasjoner, for eksempel eksamen, sykdom, nye arbeidsoppgaver og nytt ansvar.

Angst kan også overføres mellom mennesker, er vi sammen med noen som er engstelige, vil vi ofte i løpet av kort tid selv merke angst. Vi kan da forsterke angsten hos den engstelige. (Hummelvoll, 2000)

Hummelvoll (2000) deler inn angsten i fire nivåer; mild angst, moderat angst, sterk angst og panikk.

- Mild angst: Persepsjonsfeltet blir noe utvidet, man blir i stand til å observere mer enn før og ser sammenhenger mellom ulike data / informasjoner.
- Moderat angst: Persepsjonsfeltet innskrenkes noe, det blir en selektiv oppmerksomhet. Man merker ikke hva som skjer perifert for det umiddelbare fokus, men man kan gjenfinne oppmerksomheten og konsentrasjonen hvis en annen person hjelper en.
- Sterk angst: Persepsjonsfeltet er sterkt redusert. Tendens til dissosiasjon, det vil si at personen merker ikke hva som foregår utenfor det aktuelle, innskrenkende oppmerksomhetsfokus. Her greier ikke den engstelige alltid å holde på oppmerksomheten, selv om en annen hjelper han.

- Panikk: Her oppfatter ikke den engstelige annet enn sin egen angst. Persepsjonsfeltet er her redusert til en liten detalj, som kan bli blåst opp til det ugjenkjennelige. Eller fokuset og oppmerksomheten blir flyttet til mer oppsplittede detaljer.

For en som skal arbeide med angstpregede mennesker, er det viktig å vite om angstens ulike nivåer, og også om ulike årsaker til angst.

Eksistensialanalytisk synspunkt.

I følge Hummelvoll (2000) presenterer Rollo May (1983) en bred definisjon av angst, og sier at det er en reaksjon på frykt som oppstår når personen opplever en trussel mot noe verdifullt som han oppfatter som sentralt i tilværelsen. Trusselen kan gjelde livet som sådan (det vil si dødsangst), relasjoner til betydningsfulle andre (separasjonsangst) og det å mislykkes med en viktig oppgave (prestasjonsangst). Eksistensialistene er opptatt av den eksistensielle angst. Det vil si at angsten for tomhet og mangel på mening med livet er en av de viktigste årsakene til angst og de problemer som følger med den. Det å bli konfrontert med død, meningsløshet eller isolasjon vil skape angst.

3.4 Teori om kommunikasjon.

3.4.1 Kommunikasjon.

Vi mennesker bruker ca. mellom halvparten og tre fjerdedeler av vår tid i våken tilstand til aktiviteter som kan betegnes som kommunikasjon. Kommunikasjon betegnes som fundamentalt i enhver utøvelse av sykepleie.

En samtale med en pasient med smerter kan være svært annerledes enn en samtale med en pasient som kun skal ha en forberedelse til en enkel behandling. (Kristoffersen 1996)

Noen sykepleiere får omsorgen for pasienten til å føles ekte og at sykepleieren virkelig ser pasientens behov og bekymringer. En slik sykepleier vil lettere kunne formidle og skape trygghet, tro og håp hos pasienten med sin sykepleie. Disse pasientene vil muligens lettere

kunne åpne seg og snakke om følsomme problemer med en sykepleier som kommuniserer ekte omsorg, enn med en sykepleier som ikke gjør det. (Kristoffersen 1996)

3.4.2 Viktige former for trygghet.

Trygghet kan være et viktig element i brobyggingen mellom sykepleier og pasient, og trygghet kan også være et eget mål i seg selv. For å kunne utvikle en dypere mellommenneskelig samhandling er det en forutsetning at trygghet og tillit er til stede. Trygghet er således grunnleggende for enhver terapeutisk kommunikasjon (Kristoffersen 1996, 83).

Kristoffersen (1996) henviser til den svenske sykepleieren Kerstin Andersson som har gjort en analyse av trygghetsbegrepet. Andersson gjorde en undersøkelse av 20 pasienter på en korttidsavdeling der hun spurte om hva som skjer med trygghetsopplevelsen under sykehusoppholdet. De pasientene hun intervjuet beskrev trygghetsfølelsen som balanse, varme, glede, lykke, fred, harmoni, sjelefred, fotfeste, tillit, hvile, ro og energifrigjøring. Andersson knytter trygghetsbegrepet til to dimensjoner: indre trygghet; trygghet som en indre tilstand og ytre trygghet; trygghet relatert til det livet en lever, interaksjonen med omverdenen. Hun mener også at indre trygghet har en sammenheng med en fast forankring i et livssyn og med en positiv og trygghetsskapende oppvekst. I forbindelse med kommunikasjon er trygghet til omverdenen særlig viktig. (Kristoffersen 1996, 83)

Andersson mener at denne dimensjonen kan deles inn i følgende 3 deler: Kunnskaps og kontrolltrygghet, stol-på-andre-trygghet og relasjonstrygghet.

3.4.3 Kunnskaps og kontrolltrygghet.

Denne delen dreier seg om å ha kunnskap om hva som gjelder og hvordan ting er. Det handler om å kjenne sin egen og andres rolle og hva som forventes av en og hva man skal forvente av andre.

Moderne forskning har vist at en kan redusere pasientenes angst og opplevelse av stress ved å gi adekvat informasjon og forklaringer. Det å være engstelig er en

ubehagelig opplevelse. Mange pasienter bruker mye tid og energi på å være redd for det ukjente. (Kristoffersen 1996, 84)

At man gir pasienten god informasjon kan gi ham muligheten til å danne seg mentale bilder av hva som kan komme. Ved hjelp av disse mentale bildene kan han gjenkjenne situasjonen når den oppstår og dermed vite hva han skal gjøre. Dette kan bidra til at pasienten føler seg trygg og får en opplevelse av å ha kontroll. (Kristoffersen, 1996)

3.4.4 Stole-på-andre-trygghet.

Når man havner i situasjoner en ikke har kontroll over er behovet for trygghet knyttet til det å kunne stole på andre. Selv om pasienten er hjelpsløs vil han i slike situasjoner føle seg trygg hvis personer rundt ham har den nødvendige ekspertisen og kunnskapen og er vant til å omgås syke mennesker. Den måten sykepleieren utfører tekniske gjøremål på er en viktig trygghetsfaktor. Det er denne faktoren pasienten legger mest vekt på. Derfor er dette også en viktig kommunikasjonsfaktor. Hvis pasienten ikke kan stole på at sykepleieren mestrer sitt arbeid, vil ikke pasienten kunne stole nok på sykepleieren til å åpne seg psykisk, åndelig og sosialt. (Kristoffersen, 1996)

3.4.5 Relasjonstrygghet.

Denne formen for trygghet kan knyttes til sosiale nettverk og varme og nære relasjoner. Det er når venner og familie er tilgjengelig at relasjonstrygghet oppstår. Det er viktig for pasienten at det er kontinuitet i forholdet til de menneskene som er rundt ham. Disse menneskene som gir trygghet blir beskrevet som rolige, varme, hyggelige og sikre. De utstråler trygghet, oppleves av pasientene som trygge og har "trygge hverdagsstemmer". (Kristoffersen, 1996)

3.4.6 Nonverbal kommunikasjon.

Det er ulike aspekter ved nonverbal kommunikasjon. Blant annet ansiktsuttrykk, stemmens klang, kroppsspråk, berøring og stillhet. Nonverbale signaler er en viktig del for relasjonen mellom sykepleier og pasient, og kan være en viktig kilde til forståelse av den andre. Sykepleierens nonverbale signaler kan bidra til å forme pasientens opplevelse av relasjonen. (Eide, Eide 1996)

Dette gjelder særlig for yrker hvor som befatter seg med psykiske lidelser, hvor tillit til hjelper kan være en viktig terapeutisk faktor. (Eide, Eide 1996, 144)

Nonverbale signaler kan i prinsippet deles opp i kongruens og inkongruens.

- Kongruent: At det er overensstemmelse mellom det nonverbale og det verbale. Dersom sykepleier stiller et spørsmål med et avslappet ansiktsuttrykk og en vennlig tone, og pasienten deretter svarer med en avslappet stemme og et avslappet ansiktsuttrykk, så bekrefter pasienten det nonverbale sykepleier sier.

- Inkongruent: At det er uoverensstemmelse mellom det verbale og det nonverbale.

Hvis for eksempel sykepleier spør hvordan det går, men ser på klokka samtidig, kan det signalisere at sykepleier egentlig ikke har tid å vente på svaret. Hvis da pasienten svarer at det går bra, men sukker samtidig som han sier det, formidler han nonverbalt det motsatte av det han sier.

Videre sier Eide, Eide (1996) at arbeid med nonverbal kommunikasjon i profesjonell sammenheng har to sentrale aspekter:

Selvobservasjon og trening i kongruent nonverbal formidling.
Observasjon av den andre og trening i fortolkning av nonverbale signaler. (Eide, Eide 1996, 145)

3.4.7 Kommunikasjonsteknikker.

- Nonverbal kommunikasjon

Nonverbal kommunikasjon er et responderende språk. Gjennom det forteller vi den andre noe om hvordan vi oppfatter situasjonen og relasjonen, og omvendt. (Eide, Eide 2006)

Gode nonverbale kommunikasjonsferdigheter kan sammenfattes i seks hovedpunkter:

1. Ha øyekontakt, men uten å stirre
2. Å innta en mottagende, åpen kroppsholdning (unngå kryssede armer og ben)
3. Å lene seg frem mot den andre, være henvendt gjennom kroppsholdning.
4. Å følge den andres utsagn nært ved forstående nikk, bekreftende ”mm”, eller også beroligende berøring
5. Å være avslappet, naturlig og vennlig i stemmen og bevegelsene.
6. Å la ansiktet uttrykke ro, tilstedeværelse og interesse.

(Eide, Eide 2006)

- Verbalt bekreftende ferdigheter

Verbalt bekreftende ferdigheter består i å melde tilbake det man hører, ser og forstår. Til grunn for bekreftende ferdigheter ligger anerkjennelse av den andre og respekt for den andres integritet, frihet og rett til selvbestemmelse. (Eide, Eide 2006)

1. Verbalt følge: Man svarer verbalt med et bekreftende ”jeg forstår”, eller et medfølende ”så trist”. Verbalt følge innebærer at man gir et umiddelbart svar på det den andre sier i form av korte, innskutte småord, eller bemerkninger.
2. Å gi oppmuntring og anerkjennelse; med oppmuntring menes her eksplisitte oppfordringer til å forsette. ”Ja, bare fortsett”, fortell videre”.
3. Å gjenta nøkkelord og –uttrykk: En måte å stimulere på er å gjenta ett eller to ord av det vedkommende sa.
4. Å tydeliggjøre og konkretisere: hjelperen kan spørre direkte om hva det gjelder: ”Hva tenker du på?”, ”kan du si litt mer om dette?”.
5. Å reformulere: Å reformulere eller parafrasere betyr å gjengi det som er sagt med andre og færre ord, uten at meningen forandres.

(Eide, Eide 2006)

- Å stille spørsmål

Når man innleder og bygger opp et kontaktforhold og samler inn informasjon om den andre for å yte best mulig hjelp, er det å stille spørsmål helt sentralt. Man skiller mellom to hovedtyper spørsmål:

1. Lukkede spørsmål: Er spørsmål som kan besvares med få ord, som oftest ”ja” eller ”nei”. ”Sover du godt om natten?” ”Spiser du frokost hver dag?” Lukkede spørsmål er fokuserte og avgrensende, og krever derfor også fokuserte, korte og avgrensende svar. Stiller man lukkede spørsmål får man gjerne kun vite det man spør om.
2. Åpne spørsmål: Er spørsmål som inviterer til utforskning, beskrivelser og forklaringer, og gir rom for den andre til å snakke ut fra egne tanker, følelser og opplevelser. Mens lukkede spørsmål gjerne begynner med et verb, begynner åpne spørsmål med spørrepronomen som ”hva”, ”hvordan” eller ”hvorfor”. (Eide, Eide 2006)

4.0. Aktuell forskning.

I Kina er det gjort forskning som viser at det kan være en sammenheng mellom depresjon, angst og KOLS-forverring og dermed innleggelse på sykehus. Forskningen ble gjort over 12 måneder på 491 deltakere. Studien ble utført på 10 ulike sykehus.

Deprimerte pasienter hadde høyere risiko for å få angst. Disse pasientene hadde også større risiko for å få KOLS-forverring. Angst kunne i seg selv føre til dyspnoe og dyspnoe kunne føre til angst, og deretter sykehusinnleggelse. Angstfylte og deprimerte pasienter hadde flere episoder med KOLS-forverring, høyere mortalitet og lengre opphold på sykehus. (Xu, Collet, Shapiro, Lin, Yang, Platt, Wang, Bourbeau 2008)

Hos pasienter med minst en episode av KOLS-forverring, var lengden på forverringen 1,92 ganger lengre hos en pasient med angst enn hos en som ikke var angstpreget. Hos pasienter med minst en sykehusinnleggelse så var lengden på oppholdet 2,45 ganger lengre hos en pasient med depresjon og 1,99 ganger lengre hos de pasientene med angst.

Studiens analyse viste at KOLS-pasienter med angst og depresjon hadde en generelt dårligere helse (sykdomsforverrelse, livskvalitet og psykososial status) enn de som ikke hadde angst og depresjon. (Xu m,fl 2008)

En undersøkelse gjort blant 62 deltagere på sykehus i Norge viser til at mange KOLS-pasienter opplever å få akutte anfall av pustebesvær. En pasient kunne fortelle til intervjueren at anfallet kom mens han var vei til trikken, en annen mens han sov om natten.

Andre KOLS-pasienter opplever at det kommer gradvis, at det kroniske pustebesværet forverres gradvis over et par dager eller et par uker.

Angst er spesielt knyttet til den akutte situasjonen. Ulike ord som ble brukt i undersøkelsen var ord som: bekymring, nervøsitet, en djevlesk trussel eller en redsel for å bli kvalt. (Andenæs, 2005)

Hensikten med sykehusoppholdet ved akutt KOLS-forverring er å gi pasienten behandling og pleie, og dermed stabilisere tilstanden. Det er også viktig å undervise pasienten i hvordan han kan takle de ulike begrensninger som følger med sykdommen, og hvordan han kan forebygge fremtidige eksaserbasjoner.

Ved å ivareta pasienten psykisk og fysisk, og å veilede i helsefremmende tiltak antar en at det kan dannes positive feedbacksløyfer som kan redusere fremtidige sykehusinnleggelse. Angst er et uttalt problem hos KOLS-pasienter. Det er viktig at pasientene får undervisning slik at de vinner større innsikt i sykdommen, som igjen gjør at de er i stand til å tolke sykdomssymptomene riktig og vinne større kontroll over angsten. (Andenæs, 2005)

De fleste KOLS-pasienter vil være utmattet og sykdomspåvirket ved et sykehusopphold, og det er viktig at sykepleieren ivaretar pasientens følelsesmessige reaksjoner. Intervjuer med pasienter sier at de la vekt på betydningen av at deres frykt under et anfall ble anerkjent, og at sykepleierne forsto alvorret ved akutt åndenød. (Andenæs, 2005)

McCabe (2003) har i sin forskning intervjuet 8 pasienter innlagt på sykehus i Irland, som sier at det er viktig at sykepleieren viser at hun har tid til pasienten og at hun er tilstedeværende. Et pasientutsagn sier at det var en glede at sykepleieren tok seg tid til å prate selv om det tilsynelatende var travelt.

Det var også viktig at sykepleieren brukte et språk som var lett å forstå, og at de var ærlig i sin kommunikasjon. At de forklarte ting sånn som de var; ”at de var ærlig og direkte”. Videre sa deltagerne i studien at de verdsatte om sykepleieren viste en ekthet i sin adferd og at det var samsvar mellom verbal og nonverbal kommunikasjon. Det var heller ikke så viktig for deltagerne at sykepleieren sa at hun kunne ”ordne alt”, men heller at hun viste forståelse og empati med pasientenes situasjon. Deltagerne følte at dersom sykepleieren viste at hun forsto hvordan de følte seg, så ville det lindre angsten. (McCabe 2003)

I en studie gjort på Island på 11 deltakere med kroniske lidelser ble de blant annet spurt spørsmål om kvaliteten på pleien utført på sykehuset. Pasientene mente at sykepleiere står for den største faktoren og at de danner grunnlaget for hvordan den totale pleien blir oppfattet.

Deltagerne hadde alle opplevd sykepleiere som hadde gitt god kvalitetssykepleie. Disse sykepleierne var ifølge deltagerne i besittelse av ulike egenskaper som vennlighet, en bra holdning, høflighet og klinisk kunnskap. Sykepleierne ble også sett på som glade, varme, hjelpende, positive og forståelsesfulle.

Et pasientutsagn var som følger: *De var supre mennesker som hadde en utstråling som kom fra personligheten, svært milde og forståelsesfulle.*

En annen uttalte: *jeg følte en sikker letthet (humor) og en omsorg som fulgte dem, det var bare noe som var der.* (Thorsteinsson, 2002)

Noe annet som deltageren mente var viktig i interaksjonen med pasientene, var om de kunne stole på sykepleierne og om de var ærlige. De fleste svarte at hvis de følte at sykepleierne tok vare på integriteten til de berørte, var klinisk dyktig og profesjonelle, så stolte de mer på dem.

Pasientutsagn: *Når de (”den perfekte sykepleier”) er der, er jeg fullstendig avslappet, jeg behøver ikke tenke, jeg trenger ikke være redd.*

Tillit ble oppnådd hvis deltagerne følte at sykepleierne var klinisk dyktig. (Thorsteinsson, 2002)

Det var svært viktig at sykepleierne brukte humor som redskap. Dette tok vekk stress og fikk pasientene til å slappe mer av. Men det var også viktig å huske på at det ikke alltid

passet seg med humoristiske bemerkninger, og at sykepleiere da hadde en annen tilnærming. (Thorsteinsson, 2002)

Hvis det ikke var kvalitet over sykepleien, mente deltagerne at det ville forringe livskvaliteten under oppholdet på sykehuset. Var sykepleierene stresset og hadde det travelt følte pasienten dette og de opplevde å bli stressede, irriterte og sinte. Pasientene kunne dermed ikke slappe av. (Thorsteinsson, 2002)

I Storbritannia har Barnett (2004) utført en fenomenologisk undersøkelse av hvordan pasienter opplever å leve med KOLS. Deltagerne var 10 pasienter diagnostisert med KOLS som ble intervjuet.

Hun kom frem til at tungpusthet var et av de mest fremtredende symptomer som førte til angst, panikk og uro. Deltagerne beskrev hvordan tungpustheten førte til frustrasjon og at de ble trøtte, som igjen førte til mangel på sosiale aktiviteter. (Barnett 2004)

De fleste deltagerne opplevde at symptomene (tungpusthet) var verst om morgenen, og det tok flere timer før de følte seg normal og medisinene hadde sin fulle effekt. Natten kunne også være et problem og flere uttalte at de kun sov noen få timer.

Pasientutsagn: *Når det blir mørkt blir pusten min verre. Luften står så stille. Jeg sover med vinduet åpent. Noen ganger bare ligger jeg og vrir meg, og noen ganger bruker jeg den blå inhalatoren, som kanskje får meg til å føle meg bedre en time eller to.* (Barnett 2004)

Siden tungpusthet var et av de verste symptomene ble deltagerne spurt om hvordan det føltes:

En pasient uttalte: *”Det føles som om en hageslange der du klemmer av slangen sånn at vannet stopper...og du greier bare ikke å puste”.*

En annen pasient forklarte det slik: *”Pusten kan plutselig bare stoppe. Det føles som om du kveles, som om noe sitter fast der nede”.*

En annen pasient uttalte dette om et anfall av tungpusthet: *”Det føles som om jeg ikke skal kunne holde det ut særlig lenge, jeg blir virkelig redd”.* (Barnett 2004)

Denne studien sier en del om hvor skremmende det må være å leve med en sånn type svekket tilstand. Studien gir muligheten til å få en større forståelse av hvordan det er å leve med KOLS, og som helsepersonell å kunne yte hensiktsmessig og nyskapende pasient

pleie. Dette gjelder spesielt å utvikle strategier for å hjelpe pasienter med å kontrollere episoder med tungpusthet, og unngå panikkangst. (Barnett 2004)

5.0 Drøfting.

Som sykdom er kronisk obstruktiv lungesykdom en sykdom som rammer mange mennesker på verdensbasis. Pasientene opplever en sykdom som rammer dem på mange ulike områder, både fysisk, psykisk og sosialt. Ettersom kapasiteten til å utføre daglige aktiviteter går ned i henhold til dårligere respirasjon, vil ikke pasientene orke å være med på sosiale aktiviteter på samme måte som før de fikk sykdommen. Og de fleste med KOLS vil oppleve å rammes av tilleggsproblemer som angst.

Det er sykepleiers rolle å gi best mulig individuell pleie og omsorg.

Jeg vil i drøftingen trekke inn flere selvopplevde situasjoner med KOLS-pasienter med uttalt angstproblematikk.

Jeg vil i drøftingen trekke inn de ulike delene som jeg har belyst i teorikapittelet, synspunkter fra Joyce Travelbee om kommunikasjon, de ulike forskningsartikler som jeg har valgt, samtale med personell på en lungeavdeling, annen teori og erfaringer fra praksis.

5.1 Det første møtet mellom sykepleier og den unike pasienten.

I følge Eide, Eide (1996) er det under det aller første møtet viktig å etablere et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient. Pasienten må få følelsen av at han er trygg og at han forteller hvordan han har det. Når man møter et annet menneske for første gang kjenner man ikke det mennesket, og vet ikke hvordan han reagerer på ulike situasjoner. Travelbee (2007) hevder at ved det første møtet er det ikke sikkert at sykepleier og pasient ser hverandre som unike individer. Den syke ser sykepleieren som "en sykepleier" og sykepleieren ser pasienten som "en pasient". Eide, Eide (1996) mener at i denne innledende fasen er det viktig at sykepleieren tar seg god tid til å bli kjent med mennesket, ikke bare en pasient med en diagnose som trenger hjelp. Travelbee (2007) mener at sykepleieren må vise gjennom sin holdning at hun er interessert i akkurat denne pasienten

og at han er unik og uerstattelig, ikke bare en KOLS-pasient med pusteproblemer. Hun må sette seg inn i problemstillingen pasienten opplever med det å være tungpusten og sette i gang tiltak som kan hjelpe.

I følge Eide, Eide (1996) er viktig at sykepleier benytter seg av stillhet i bli kjent fasen. Stillhet er et sterkt virkemiddel og kan skape spenning og forventning. Når pasienten forteller om vanskelige ting som angst er det viktig at sykepleier forblir stille og aktivt lyttende, og kanskje ikke svarer med det samme. På denne måten signaliserer hun at pasienten kan velge videre innhold i samtalen. Ved at sykepleier er stille og henvendt mot pasienten, kan hun gi inntrykk av at hun er interessert i det som sies.

Eide, Eide (2006) mener at hun kan bruke teknikker som å ha øyekontakt, ha en vennlig fremtoning og la ansiktet uttrykke ro for å vise at hun setter pasienten i sentrum. På denne måten kan hun legge grunnlaget for videre etablering av tillit og kontakt.

5.2 Å vinne tillit.

I samhandlingen mellom KOLS-pasienten og sykepleier handler det for pasienten å vise tillit og for sykepleieren å vinne tillit.

Gjengedal, Jacobsen (2001) har en KOLS-pasient som er innlagt i sykehus med KOLS-forverring en rekke ting å tenke på. Det er ofte en del medikamenter involvert og de har inhalatorer og forstøverapparat. Ofte har de nok med å tenke på å greie å puste. Det er av stor betydning at sykepleier viser at hun har kunnskap om alle disse tingene, når hun skal vinne tillit.

Thorsteinsson (2002) understøtter dette med forskning der deltageren mente at for å kunne stole på sykepleierne, var det viktig at sykepleierne var ærlige, tok vare på integriteten til de berørte, var klinisk dyktige og profesjonelle.

Pasientutsagn: *Når de ("den perfekte sykepleier") er der, er jeg fullstendig avslappet, jeg behøver ikke tenke, jeg trenger ikke være redd.*

Thorsteinsson (2002) hadde i sin studie funn som viste at tillit ble oppnådd dersom deltagerne følte at sykepleierne var klinisk dyktig.

Eide, Eide (1996) mener at sykepleieren må vise at hun er rolig og fattet og vet hva hun skal gjøre, for på den måten å signalisere at hun har kontroll over situasjonen. Det må også være samsvar mellom hennes måte å opptre på og det hun sier.

Forskning viser at det er samsvar mellom teori og praksis. I studien til McCabe (2003) fant hun ut at det var viktig at sykepleiere brukte et språk som var lett å forstå og at de var ærlige i sin kommunikasjon. At de forklarte ting sånn som de var; ”at de var ærlige og direkte”.

Funnene i studien viste videre at deltagerne verdsatte om sykepleieren viste en ekthet i sin adferd, og det var samsvar mellom verbal og nonverbal kommunikasjon.

Det var heller ikke så viktig for deltagerne at sykepleieren sa at hun kunne ”ordne alt”, men heller at hun viste forståelse og empati med pasientenes situasjon. Deltagerne følte at hvis sykepleieren viste at hun forsto hvordan de følte seg, så ville det lindre angsten.

I følge Gjengedal, Jacobsen (2001) må sykepleier i første omgang forsikre pasienten at hun skal være tilstede hos pasienten. Kristoffersen (1996) mener at ved å jobbe med rolige og sikre bevegelser når hun utfører tekniske handlinger som for eksempel tilkobling av utstyr, innleggelse av veneflon og administrasjon av medikamenter vil sykepleier nonverbalt vise pasienten at hun har tilstrekkelige kunnskaper. Gjengedal, Jacobsen (2001) mener videre at det er viktig at sykepleier gir konkret informasjon og bruker enkle ord når hun skal forklare hva hun gjør. Videre bør sykepleier være var for pasientens verbal og nonverbale reaksjoner. Det er viktig at sykepleier ikke stiller spørsmål som krever lange svar.

5.3 Pasientens frykt.

Heggdal (2003) hevder at KOLS-pasienter er tryggere når de er hjemme fordi der har de tilgang til de ulike apparater som de kjenner og håndterer godt og de har tilgang til sine medisiner.

Pasientutsagn: *”Jeg er nødt til å planlegge alt føler jeg. Akkurat det er litt trist, hvis du skal noen plass så må liksom alt planlegges med hensyn til at jeg må ha med meg medisin hvis det skjer noe, og så må jeg ha med meg forebyggende medisin. Jeg har alltid med meg medisin. Da føler jeg meg trygg. Hvis ikke får jeg panikk”.*

Hummelvoll (2000) hevder at det er følgende symptomer på angst:

Økt adrenalinutskillelse i kroppen, økende puls, økende respirasjonsfrekvens, temperaturforandringer, blodtrykksforandringer. Videre mener Hummelvoll (2000) at pasienter kan føle engstelse ved nye og uvante situasjoner som for eksempel ny jobb eller sykehusinnleggelse.

Andenæs (2005) understøtter dette med sin forskning der deltagerne knyttet angst spesielt til den akutte situasjonen. Deltagerne brukte ulike ord som; bekymring, nervøsitet, en djevls trussel eller en redsel for å bli kvalt.

Travelbee (2007) mener at det er svært viktig at man "ser" pasienten, ikke bare individet. Det er lett å bare sette seg inn i sykdomsbildet hos en angstpreget KOLS-pasient gjennom journaler og rapporter, men sykepleier må bli kjent med mennesket bak merkelappen "pasient", og på den måten respondere på det pasienten uttrykker av følelser og redsel.

Heggdal (2001) mener at sykepleier må holde håpet levende hos KOLS-pasienten, ettersom dette er en viktig mestringsstrategi for kronisk syke.

Ifølge Travelbee (2007) trenger pasienter med KOLS kontinuerlig hjelp til å mestre sin sykdom. For å kunne gjøre dette må sykepleier lære den syke å kjenne og fastslå og ivareta pasientens sykepleiebehov.

I den akutte fasen av en KOLS-forverring er pasienten ofte preget av angst og uro. Det er individuelt hvordan pasienten reagerer, men Barnett (2004) hevder i sin forskning at de fleste KOLS-pasienter opplever angst, panikk og uro. Det er viktig at sykepleier finner ut om det er angst eller andre ting som gjør at pasienten reagerer sånn som han gjør. Jeg har i praksis selv opplevd at en KOLS-pasient med mistanke om hjerteinfarkt, faktisk hadde et angstanfall utløst av respirasjonsproblemer. Videre hevdet Barnett (2004) at symptomene (tungpusthet) var verst om morgenen før medisinene hadde full virkning.

På sykehuset hadde jeg en samtale med lungesykepleier der hun fortalte litt om vanskene som KOLS-pasienter ofte har. I følge Almås (2001) har denne pasientgruppen en sammensatt problemstilling; KOLS i seg selv kan skape respirasjonsvansker, men redselen, angsten i seg selv kan også skape respirasjonsvansker.

Dette understøttet med forskningen til Xu m.fl (2008) fra Kina der de så en sammenheng mellom KOLS, angst og sykehusinnleggelse. Angst i seg selv kan skape respirasjonsvansker så det er ikke nødvendigvis KOLS-forverring (for eksempel en infeksjon) som er årsaken til sykehusinnleggelse.

Videre fortalte lungesykepleier om hvordan det kan oppstå negative konsekvenser ved at man for eksempel sier til en KOLS-pasient for eksempel "i dag skal du få dusje". Da vil pasienten bruke tid på å tenke på dette og han vet fra før at aktiviteter som dette skaper tung pust, dermed oppstår det angst for noe som faktisk ikke har skjedd enda.

Hummelvoll (2000) hevder at når pasienten er angstpreget kan hans persepsjonsfelt være innskrenket, han oppfatter altså ikke alt som skjer rundt seg. Noen opplever å få en mer selektiv oppmerksomhet, pasienten merker ikke helt hva som skjer perifert for det umiddelbare fokus. Men hos disse pasientene kan en gjenfinne oppmerksomheten og konsentrasjonen hvis en annen hjelper til. Skulle pasienten bli så urolig at han går i en panikktilstand, vil han ikke oppfatte mer enn sin egen angst. Videre mener Hummelvoll (2000) at det er viktig at sykepleier har kunnskap om symptomer ved angst slik at hun kan være med på å forhindre eller dempe økende angst ved respirasjonsproblemer.

Fordi KOLS-pasienter bruker en hel del energi på å puste, og i tillegg er engstelige så mener Truesdell (2000) i sin artikkel at de vil ha for lite energi til overs for å ta imot informasjon.

Ved at sykepleieren er tydelig i sin kommunikasjon, at informasjonen er fremført på en kort, konsis og på en stille og rolig måte, vil sykepleieren bidra til at pasienten får med seg det som blir sagt.

5.4 Formidling av omsorg.

Travelbee (2007) hevder at det er gjennom kommunikasjon, herunder nonverbal kommunikasjon, at sykepleieren formidler omsorg. Det er gjennom persepsjon og kommunikasjon at pasientens verdi som unikt menneskelig individ, vil komme til uttrykk eller tilsløres. Sykepleier kan bruke kommunikasjon som virkemiddel for å oppnå forandringer. Hun kan bruke en profesjonell tilnæringsmåte som består i å snakke og handle på en måte som fører til forandring. Videre hevder Travelbee (2007) at kommunikasjon er en kreativ prosess.

Andenæs (2005) hevder i sin forskning at hensikten med sykehusoppholdet ved akutt KOLS-forverring, er å stabilisere tilstanden, men at det også er viktig å ta vare på pasientens følelsesmessige reaksjoner. Resultatene viste at pasientene la vekt på

betydningen av at deres frykt ble anerkjent og sykepleierne forsto alvorret ved akutt åndenød.

Eide, Eide (2006) hevder at når pasienten signaliserer at han har et problem kan sykepleier prøve å få tak i innholdet og melde tilbake at man har forstått ved å svare ”jeg forstår”, og sykepleier kan gi oppmuntring til at pasienten skal fortelle mer.

Det er viktig at sykepleier lytter aktivt til det som pasienten formidler. Når hun gjør dette bør hun gjøre det uten å avbryte eller forsøke å dempe pasientens følelser og reaksjoner.

Hun bør heller respondere med enkle ”ja”, eller med et nikk.

Ved å bruke aktiv lytting vil sykepleieren få en raskere og dypere forståelse av pasientens problem, og dermed også et middel til raskere å kunne yte hjelp. Sykepleieren bør også vise at det er kongruens mellom sin verbale og nonverbale kommunikasjon og adferd.

5.5 Å bidra til redusert angst.

Kristoffersen (1996) mener at gjennom kunnskaps og kontrolltrygghet kan sykepleier gi informasjon om hva som gjelder og om hvordan ting er. Ved å gi adekvat informasjon og forklaringer kan man hjelpe til å redusere angst og uro hos KOLS-pasienten.

Videre hevder Kristoffersen (1996) at det er mange pasienter som bruker mye tid å energi på å være redd for noen de ikke mestrer eller det de ikke vet hva er.

Dette er i samsvar med det Andenæs (2005) mener om at angst et uttalt problem hos KOLS-pasienter. Det er viktig at pasientene får undervisning slik at de vinner større innsikt i sykdommen, som igjen gjør at de er istand til å tolke sykdomssymptomene riktig og vinne større kontroll over angsten.

Jeg har selv vært ute praksis sett hvordan KOLS-pasienten blir mer rolig og trygg ved at man bruker tid på å informere om sykdommen. De sykepleierne jeg observerte gav informasjonen på en enkel og forståelig måte om både hva som skulle skje i løpet av dagen eller om de medikamenter de skulle få og hva de hjalp mot.

Dette er i samsvar med teorien til Kristoffersen (1996) som hevder at hvis man gir pasienten god informasjon så gir man pasienten muligheten til å danne seg mentale bilder om hva som skal komme. Ved hjelp av disse mentale bildene kan pasienten gjenkjenne

situasjonen, for eksempel begynnende tungpusthet, og dermed vite hva han skal gjøre når den oppstår.

Videre hevder Kristoffersen (1996) at hvis en KOLS-pasient havner i en situasjon han ikke har kontroll over, så er det viktig at de rundt ham har den nødvendige kunnskapen, nødvendige ekspertisen og at de vant til å omgås syke mennesker. Dette kan trygge pasienten.

Thorsteinsson (2002) hevdet i sin studie at livskvaliteten ble forringet hvis sykepleieren ikke hadde kvalitet over sin sykepleie.

Kristoffersen (1996) hevder at stole-på-andre-tryggheten består i at sykepleieren vet hvordan hun skal utføre sitt arbeide deriblant også hvordan hun forholder seg til de tekniske apparater som ofte følger med alvorlige syke KOLS-pasienter.

KOLS-pasienter er som regel omgitt av tekniske apparater. På nattbordet står det ofte en forstøver, de har ulike inhalatorer å forholde seg til, og mange av dem får oksygen. Jeg har i praksis selv opplevd at en pasient ble irritert da en sykepleierstudent ikke visste nøyaktig hvordan hans inhalator fungerte. Hun måtte tilkalle hjelp av en annen sykepleier som både kjente pasienten og hans utstyr. Pasienten ble rolig da det viste seg at studenten enda ikke hadde fått all opplæring i det tekniske utstyret.

Dette understøttes med det Heggdal (2003) sier om at det er vanlig at KOLS-pasienten opplever emosjonelle forstyrrelser slik som angst, irritabilitet, avhengighet og somatisk fokusering.

Kristoffersen (1996) hevder at dersom pasienten føler at sykepleieren mestrer sitt arbeide, vil han føle at han kan stole på henne, og dermed også åpne seg og fortelle hvordan han har det, både psykisk, sosialt og åndelig.

Kristoffersen (1996) hevder at en KOLS-pasient som er innlagt i sykehus har behov for kontinuitet i forhold til de menneskene som er rundt ham. Videre hevder hun at denne relasjonstryggheten kan knyttes til sosiale nettverk og varme og nære relasjoner.

Sykepleiere og andre mennesker som venner og pårørende, gir trygghet ved at de har rolige, varme og hyggelige hverdagstemmer. Heggdal (2003) mener at det er mangel på sosial støtte og livsstress som kan være med på å påvirke antall innleggelser for en KOLS-pasient, mer enn demografiske karakteristika og sykdommens alvorlighetsgrad.

Xu m.fl (2008) hadde i sin forskning funn som tydet på at KOLS-pasienter med angst hadde en generelt dårligere helse (sykdomsforverrelse, livskvalitet og psykososial status),

enn de pasientene som ikke var plaget med angst. Hos de KOLS-pasientene som hadde angst, var sykehusoppholdet 1,99 ganger lengre enn hos de som ikke hadde angst.

Heggdal (2003) hevder at pasienter som får beskjed om at de har KOLS vil flykte fra fakta om sin egen sykdom og de kan få ulike uttrykksformer som for eksempel å ignorere symptomene, være overaktiv og utsette seg for påkjenninger de innerst inne vet at de ikke tåler. Almås (2001) mener at det er symptomer som er typiske for KOLS som sykepleier må vite om: andenød, hoste, dannelse av sekret, angst og uro, fornemmelse av å ha et stramt bånd rundt brystet. Travelbee (2007) hevder at sykepleieren er en endringsagent, hun skal ikke godta at den aktuelle situasjonen for KOLS-pasienten består av lidelse. Sykepleieren skal arbeide for å forebygge lidelse og funksjonssvikt. Sykepleieren skal altså arbeide for å få til forandringer for KOLS-pasienten, dette for at høyest mulig grad av helse skal opprettholdes.

Andenæs (2005) hadde i sin forskning funn som sa at hvis man ivaretar KOLS-pasienten psykisk og fysisk, og ved at man veileder i helsefremmende tiltak så dannes det positive feedbacksløyfer som kan for eksempel hindre fremtidige sykehusinnleggelse.

Heggdal (2003) mener at sykepleierens holdninger og handlinger er av stor betydning i behandlingen av pasienter med KOLS. Det er viktig at sykepleier er oppmerksom på hva og hvordan omgivelsene kommuniserer, og hvordan informasjonen om sykdommen og behandlingen blir formidlet. Eide, Eide (1996) hevder at sykepleierens nonverbale signaler kan bidra til å forme KOLS-pasientens opplevelse av situasjonen. Det må være kongruens mellom det sykepleier sier nonverbalt og det sykepleier sier verbalt. Her er det viktig at sykepleier husker at ansiktsuttrykk, stemmens klang, kroppspråk kan påvirke relasjonen mellom sykepleier og pasient. I følge Travelbee (2007) er sykepleie en interaksjonsprosess der det er fokus på utvikling av relasjoner mellom KOLS-pasienten og sykepleieren. Prosessen er dynamisk og hele tiden under utvikling. Eide, Eide (2006) hevder at sykepleier kan bruke noen teknikker for å fremme gode nonverbale kommunikasjonsferdigheter: Sykepleier bør ha øyekontakt, men unngå å stirre. Hun bør ha en mottagende og åpen kroppsholdning, og hun bør være avslappet med en naturlig og vennlig stemmeklang. Hun bør også la ansiktet uttrykke ro, tilstedeværelse og interesse. Eide, Eide (2006) mener at verbalt bekreftende ferdigheter består av at sykepleier melder tilbake til pasienten det man hører, ser og forstår. Videre mener Eide, Eide (2006) at sykepleier kan bruke disse ulike teknikkene; Sykepleier kan svare pasienten verbalt med et

bekreftende ”jeg forstår” eller et medfølende ”så trist”. Sykepleier kan gi oppmuntring til å fortsette gjennom å si for eksempel ”Ja, bare fortsett” eller ”fortell videre”. Andre teknikker er å gjenta nøkkelord, parafrasere eller å stille åpne eller lukkede spørsmål. Thorsteinsson (2002) hadde i sin studie funn som understøtter dette. Deltagerne i denne studien hevdet at sykepleiere som ble sett på som gode utøvere av sin profesjon var; glade, varme, hjelpende, positive og forståelsesfulle. De var også i følge deltagerne i besittelse av egenskaper som vennlighet, en bra holdning, høflighet og god klinisk kunnskap.

6.0 Konklusjon.

For at en sykepleier skal kunne hjelpe en pasient med en alvorlig KOLS-diagnose til å få dempet sin angst, kreves det kunnskaper på flere områder. En viktig forutsetning for at hun skal kunne hjelpe er at det er opparbeidet et tillitsforhold mellom henne og KOLS-pasienten. Hun må tydelig vise at hun har tid til å lytte til det pasienten forsøker å formidle og hun må bevisst ta i bruk ulike kommunikasjonsteknikker innenfor nonverbal og verbal kommunikasjon. Det må også være samsvar mellom det hun sier og det hun gjør. Sykepleier må ha kunnskap i bruk av tekniske hjelpemidler og hun må synliggjøre at hun kan dette for pasienten.

Sykepleier må ha kunnskap om hvor skremmende det er å leve med KOLS og respirasjonsproblematikk og hun må kunne yte hensiktsmessig pasientpleie. Mange KOLS-pasienter er pasienter som kommer inn ofte med KOLS-forverring. Man blir som sykepleier, på for eksempel en lungeavdeling, godt kjent med disse pasientene og derfor må det være en stabilitet hos sykepleierne. Ved at man kjenner igjen pasientene som kommer inn flere ganger kan dette i seg selv skape trygghet. Pasienten slipper å fortelle om hvordan han opplever sin sykdom, nettopp fordi pleiepersonellet kjenner ham.

En av personellet på lungeavdelingen fortalte at de hadde en ”svingdørs-pasient” med diagnosen KOLS, som ofte kunne ringe når han var hjemme, bare for å prate. Pleieren kunne tydelig høre over telefonen at pasienten var obstruktiv og at han var redd. Men etter en liten stund med prat om løst og fast, var han i bedring. Dette viser at samtalen man har med en KOLS-pasient kan i seg selv være en forbedrende faktor.

Kanskje man burde forsket mer på kommunikasjonens virkning på alvorlige syke KOLS-pasienter. Det kunne kanskje også vært aktuelt å åpnet en mulighet der denne pasientgruppen kunne fått hjelp over telefon, både til medikamentdosering og gode råd. Eller bare for å prate.

Litteraturliste:

Almås, Hallbjørg (red) (2001) *Klinisk sykepleie 1 og 2*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Dalland, Olav (2007) *Metode og oppgaveskrivning for studenter*. 4 utg. Oslo: Gyldendal Akademiske

Eide, Hilde og Eide, Tom(1996)*Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: AD Notam Gyldendal

*Eide, Hilde og Eide, Tom(2006) *Kommunikasjon i praksis*. Oslo: AD Notam Gyldendal.
Sider: 155-218 = 27 sider

Gjengedal, Eva; Jacobsen, Rita (2001) *Sykepleie, praksis og utvikling*. Cappelen Akademiske Forlag

*Gulsvik, Amund og Bakke, Per Sigvald (2004): *Lungesykdommer. En basal innføring*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke. Kap. 1 og 12. Sider: 14-22 og 131-144 = 21 sider.

*Heggdal, Kristin (2003) *En grunnleggende prosess for mestring av kronisk sykdom*. Seksjon for sykepleievitenskap, Universitet i Bergen. Sider: 77-123 = 45 sider.

Hummelvoll, Jan Kåre (2004) *Helt – ikke stykkevis og delt* 6.utgave Oslo: Gyldendal

Jacobsen, Dag; Kjeldsen, Sverre Erik; Ingvaldsen, Baard; Lund, Kristin; Solheim, Kaare (2001) *Sykdomslære: indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, Nina Jahren (red)(1996) *Generell sykepleie. Bind 1, 2 og 3*
Oslo: Universitetsforlaget

Travelbee, Joyce(2007) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*

*Truesdell, Sandra (2000) *Helping patients with COPD manage episodes of acute shortness of breath*. Medsurg nursing, august 2000, vol. 9/No. 4. 5 sider.

Forskningsartikler:

*Andenæs, Randi (2005) *Psychological distress, coping, and quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD)* Journal of Advanced Nursing. Vol 46, pp 523-530. Antall sider: 7

*Barnett, Margaret (2004). *Chronic obstructive pulmonary disease: A phenomenological study of patients` experience.* Journal of clinical nursing 14, 805-812. Antall sider: 7

*McCabe, Catherine (2002) *Nurse-patient communication: An exploration of patients` experiences.* Journal of Clinical Nursing. Vol 13, pp 41-49. Antall sider: 8

*Thorsteinsson, Laura (2002). *The quality of nursing care as perceived by individuals with chronic illness: The magical touch of nursing.* Journal of Clinical Nursing. Vol, 11(1), pp 32-40. Antall sider: 8

*Wanning Xu, Jean-Paul Collet, Stanley Shapiro, Yingxiang Lin, Ting Yang, Robert W. Platt, Chen Wang and Jean Bourbeau (2008)
Independent Effect of Depression and Anxiety on Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbations and Hospitalizations. American journal of respiratory and critical medicine, vol 178, pp 913-920. Antall sider: 7