



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Sykepleie til pasienter med KOLS

Kjetil Eidem

Totalt antall sider inkludert forsiden: 35

Molde, 27/11-2009



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Sykepleie til pasienter med KOLS

Tittel på engelsk:

Forfatter(e): Kjetil Eidem

Fagkode: SAE00

Studiepoeng: 12

Årstall: 2009

Veileder: Else Jørgensen

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.

Opgaver 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/Fvl. §13)

Dato: 27/11-2009

Antall ord: 9147

HÅPET

Håpet vi bærer gir oss styrke,
til å kjempe og aldri gi opp.

Ved livets mange slag,
gir håpet oss tro på
en lysere morgendag

H. Heimdal

Innhold

1 Innledning	1
1.1 Problemstilling	1
2 Metode	3
2.1 Fremgangsmåte	3
2.2 Kildekritikk.....	5
3 Teori bakgrunn	5
3.1 Hva er KOLS?	5
3.2 Årsakene til KOLS.....	7
3.3 Diagnostisering av KOLS	8
3.4 Medikamentell behandling	8
3.5 Trening av respirasjonen	9
3.6 KOLS forverring.....	10
3.7 Angst	10
3.8 KOLS og angst	11
3.9 Mestring og kunnskap	12
3.10 Pasientens behov for kunnskap.....	13
3.11 Trygghet	13
4 Sykepleiefaglig referanseramme	14
5 Drøfting	17
5.1 Hva er det som skaper angst.....	17
5.2 Bygge opp trygghet og tillit.....	18
5.3 Pasientundervisning for å skape trygghet.....	20
5.4 Tristhet og depresjon.....	24
5.5 Familien og angst.....	26
6 Konklusjon	28
7 Litteraturliste	29

1 Innledning

Jeg har i min bacheloreoppgave i sykepleie, valgt å skrive om KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom). Flere og flere mennesker i dagens samfunn blir rammet av KOLS.

På femti og seksti tallet var KOLS ett ukjent fenomen i Norge. I Norge i dag har ca 200 000 mennesker KOLS. Selv om mange av disse menneskene ikke har fått diagnosen konstatert, er sykdommen KOLS skyld i at mange blir ufør eller dør. Rundt 1400 personer dør årlig på grunn av sykdommen KOLS (Helse og omsorgsdepartementet 2006).

I min praksis på medisinsk avdeling traff jeg flere pasienter med KOLS. De rørte noe i meg så jeg ønsket å vite mer om hvordan det var å leve med denne sykdommen. Spesielt en pasient gjorde inntrykk på meg. Noe av hans historie vil jeg bruke i oppgaven. For å ta vare på anonymiteten kaller jeg ham for Hans.

Hans var 65 år og hadde arbeidet som industriarbeider hele sitt liv. Han hadde vært eksponert for mye forurensning, og det var lite med beskyttelse i starten av arbeidslivet hans, og han pustet inn flere giftige avgasser. I tillegg var han en storrøyker. Da jeg traff ham, hadde han vært uføretrygdet i mange år pga sykdommen sin. Han hadde stort pustebesvær, pipende respirasjon og var svært engstelig. Han ble innlagt i avdelingen med KOLS-forverrelse, og jeg trodde at han skulle dø. Hans var kaldsvett, gråblek og greide nesten ikke å gjøre rede for seg på grunn av åndenød.

1.1 Problemstilling

Problemstillingen jeg har valgt er følgende:

Hvordan kan sykepleier hjelpe pasienter med KOLS til å mestre angst i hverdagen?

Som sykepleier vil en møte denne pasientgruppen både i sykehus, i hjemmesykepleien og på sykehjem. Det er viktig at sykepleieren har gode kunnskaper om sykdommen for å kunne gi god sykepleie og behandling.

Det skal derfor bli meget interessant å finne ut hvordan sykepleieren kan hjelpe disse pasientene til å mestre angsten de kan oppleve når de har denne sykdommen.

Hensikten med oppgaven: Dette er en avsluttende eksamen i sykepleie. Jeg ønsker å finne ut om sykepleien gjennom ulike strategier kan hjelpe pasienter med KOLS til å mestre angsten sin. Oppgaven kan kanskje også være lærerik for andre studenter.

Avgrensning av oppgaven: Pasienter med KOLS har mange ulike symptomer og behov. Disse gir dem store utfordringer i hverdagen. Ett av symptomene og utfordringene kan være angst. For å avgrense tema har jeg i denne oppgaven valgt å fordype meg i denne utfordringen til pasienten og undersøke hvordan jeg som sykepleier kan hjelpe. Trine Oksholm (Knutstad 2008) skriver at studier viser at opp til 50 % av pasienter med alvorlig dyspné og mange sykdomsforverringene som følge av KOLS kan få psykiske plager som angst og depresjon.

Definisjoner av sentrale begrep: Jeg kommer til å bruke betegnelsen KOLS som er en kjent forkortelse for kronisk obstruktiv lungesykdom. Med betegnelsen "hverdagen" mener jeg hver dag, hele døgnet, enten pasientene er innlagt på sykehus eller de er hjemme. Andre begreper som mestring, angst, håp og trygghet vil jeg utdype i teorikapittelet.

Oppgavens disposisjon: Oppgaven starter med et innledningskapittel hvor jeg presenterer og begrunner valg av problemstilling og tema, oppgavens hensikt og målgruppe. Kapittel to omhandler metode. I kapittel tre presenterer jeg teori om KOLS, mestring, angst og diverse hjelpetiltak. I fjerde kapittel presenterer jeg deler av sykepleieteoretiker Joyce Travelbee sin sykepleietenkning. Kapitel fem består av en drøftingsdel, der jeg prøver å gi svar på min problemstilling. I kapittel seks presenteres konklusjonen.

2 Metode

Metoden sier noe om på hvilken måte jeg har funnet stoff som er relevant for min oppgave slik at jeg kan svare på problemstillingen min. ”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 1997 s, 71). Denne oppgaven er en litteraturoppgave. Det vil si at oppgaven er skrevet på grunnlag av skriftlige kilder som er relevante i forhold til problemstillingen. Dalland skriver videre at i en oppgave som bare er bygget på teori og ikke undersøkelser som spørreskjema eller intervjuer er det viktig å finne gode kilder (Dalland 1997). Jeg har brukt relevante fag og forskningsartikler, pensumbøker, og Internett. I retningslinjen for høyskolens sykepleierutdanning står det at bacheloroppgaven i utgangspunktet skal være en litterær oppgave. Det gis likevel anledning til å ta med praksiserfaringer, observasjoner, case, fortellinger og samtaler med relevante personer i praksisfeltet, som kan gjøre oppgaven mer levende og konkret. Jeg vil i denne oppgaven bruke erfaringer fra min praksis i sykepleierutdanningen.

2.1 Fremgangsmåte

Jeg har brukt mye pensumlitteratur siden den er skrevet i et sykepleierperspektiv, noe oppgaven også skal ha. Måten jeg gikk frem på for å finne artiklene var å søke på databaser som høyskolen er koblet opp til.

Først prøvde jeg å søke på de nordiske databasene, men fant dessverre ingen relevante forskningsartikler. Det neste steget ble derfor å søke på engelske databaser. For at jeg skulle finne noen artikler på engelsk måtte jeg først finne ut hva KOLS heter på engelsk. Jeg fant ut at sykdommen forkortes COPD, som står for "chronic obstructiv pulmonary disease". Dermed hadde jeg mitt første søkeord. Jeg søkte også på ordet angst (anxiety).

Følgende fem artikler ble valgt.

Forfatter	Artikkel	Årstall	Database	Søkeord
Jie Hu og Paula Meek.	"Health-related quality of life in individuals with chronic obstructive pulmonary disease"	2005	"Ovid Nursing Full Text plus".	COPD, anxiety
Rosemarie Hassett, Louise Jordan, Marian Wyer og Aidan O`Brien.	"Breathing space"	2007	British Norzink Indeks	COPD, anxiety
Patricia Hill Bailey.	The Dyspnea-anxiety-Dyspnea Cycle. COPD Patients Stories of Breathlessness:"It`s Scary/ When you cant Breath"	2004	British Norzink Indeks	COPD, anxiety
Donna Goodridge, Wendy Uggelby, John Gjevre, Donna Rennie.	Carting for critically ill patients with advanced COPD at the end of life: A qualitative study"	2008	Ovid Nursing Full Text Plus	COPD, anxiety
Amy Blakemore og Clare Baguley.	Chronic obstructive pulmonary disease: the case for widening access to primary mental care and opportunities for new ways of working	2007	British Nursing Index.	COPD, anxiety

Grunnen til at jeg har valgt disse fem forskningsartiklene er at jeg mener de er relevante i forhold til oppgavens problemstilling.

2.2 Kildekritikk

Grunnen til at jeg har valg å bruke mye pensumlitteratur, spesielt Klinisk sykepleie (Almås 2001) og Mellommenneskelig forhold i sykepleie av J. Travelbee (1999) er at de belyser godt de temaene som er hensiktsmessige for min problemstilling. En av svakhetene ved å bruke Travelbees bok er at den er oversatt fra engelsk. Dette kan gjøre at enkelte betydninger ikke blir hundre prosent riktig gjenfortalt.

Et krav til oppgaven var at den skulle inneholde fem forskningsartikler. Det skulle vise seg at det ble vanskelig å finne forskningsartikler på norsk. Resultatet ble derfor at jeg måtte bruke engelske artikler. Også her kan min oversettelse være en svakhet i forhold til om det er forstått eller tolket riktig. Samtidig kan det å bruke artikler fra andre land enn Norge være en styrke. Med et utvidet søk er det større sjans for å få med den siste forskning i forhold til tema. Når det brukes sekundærlitteratur er ofte teksten bearbeidet, oversatt, og fortolket, det kan bety at det opprinnelige betydningen har eller kan ha endret seg noe.

3 Teori bakgrunn

Her vil jeg presentere teori knyttet til de sentrale begrepene i min problemstilling, og sette leseren inn i den. Det blir fokusert på: Hva KOLS er, årsaker, symptom og behandling og diverse tiltak. I tillegg vil angst, mestring, trygghet og sykepleierens rolle bli berørt.

3.1 Hva er KOLS?

KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom) er en samlebetegnelse som innbefatter kronisk emfysem og kronisk bronkitt. I luftrørgrenene finner vi en såkalt kronisk bronkitt, det vil si at slimhinnen på innsiden er irritert og gjerne litt hoven. Kjentegnet for kronisk bronkitt er hoste og ekspektorat, spesielt om morgenen. For at tilstanden skal defineres som kronisk bronkitt, må pasienten ha hoste og mye ekspektorat i minimum 3 måneder i minst 2 etterfølgende år. Symptomene fører ikke nødvendigvis til at motstanden i luftveiene er økt, og innebærer derfor ikke nødvendigvis nedsatt lungefunksjon. Noen har kronisk bronkitt med økt ekspektoratmengde i årevis uten at det innvirker på pusten, mens andre merker at de blir mer anstrengte i pusten etter hvert, noe som følger av at bronkialveggen er blitt inflammatoriske

og fortykket. Disse pasientene tåler mindre aktivitet før de blir kortpustet. Det er tobakksrøyking som er hovedårsaken til at de utvikler kronisk bronkitt.

Hva er emfysem? I følge Almås, Rønningen og Wilberg vil utviklingen av emfysem skje ved typiske forandringer i selve lungeparenkymet. Alveolene og de terminale bronkiolene blir dilaterte og mister sin naturlige elastisitet, og skilleveggene i alveolene blir gradvis ødelagte. Et område som opprinnelig besto av tusenvis av bittesmå og spenstige alveoler har utviklet seg til å bestå av færre og større alveoler. På den måten reduseres den alveolære overflaten og gassutvekslingsarealet. Når skilleveggene blir ødelagte reduseres også kapilærnett. Lungevevet blir slaskete, og de små bronkiolene klapper lett sammen. Fordi bronkiolene er uten brusk, er de avhengig av normal elastisitet for å holdes åpne under ekspirasjon. Gassutvekslingen blir derfor begrenset til de områdene som fortsatt er sirkulert. Mange med emfysem har ubesværet respirasjon i hvile, men får svær grad av dyspné ved den minste anstrengelse, og muskler som normalt ikke deltar i respirasjonsarbeidet, blir da aktive (Almås 2001).

I følge Almås, Rønningen og Wilberg vil pasientenes respirasjonsvansker forsterkes etter hvert som lungevevets elastiske egenskaper går tapt, alveoleoverflaten blir mindre og kapilærvevet reduseres. Ved langt kommet emfysem klarer ikke pasienten å tømme lungene før han må begynne på en ny inspirasjonsfase. Årsaken til emfysem er ikke klarlagt, men det er flere faktorer som kan virke sammen. Tobakksrøyking er den viktigste årsaken, men arv er en medvirkende årsak. Risikoen for å få emfysem er 20-30 ganger høyere hos mennesker som røyker regelmessig og mye, enn hos folk som ikke røyker. Personer som har fått emfysem er ofte tynne og har gjerne gått ned i vekt de senere årene. Pasienter med emfysem virker oppreist i skuldrene og har ofte lite bevegelig brystkasse (Almås 2001). Videre sier Almås, Rønningen og Wilberg at dette gjør åpningen i luftrørene noe trangere enn normalt. Den irriterte slimhinnen utsondrer mer og seigere sekret enn normalt. Flimmerhårene som transporterer slimet oppover til svelget er i denne situasjonen mindre effektive eller ødelagte. Dermed blir oftest en del sekret liggende igjen i bronkiene. Om natten hopper det seg litt opp, men hostes gjerne opp om morgenen. I tillegg er det vanligvis en større eller mindre grad av astma som gjør at bronkiene tekkes seg sammen ved spesielle påvirkninger. Dette gjør at det blir enda litt tettere i luftrørgrenene. Men denne andelen er variabel og går over med eller uten medisiner. Ofte er det irritanter som for eksempel sterke lukter og røyk som pustes inn som utløser denne astmareaksjonen (Almås 2001).

Med dyspné menes en ubehagelig følelse av ikke å kunne puste så mye som kroppen krever. Mekanismen er fortsatt uklar, men flere faktorer tyder på at sensorisk informasjon fra respirasjonsmuskulaturen spiller en vesentlig rolle. I følge en ledende teori opptrer dyspné når muskulær spenning ikke gir forkortning av respirasjonsmuskulatur og dermed ventilasjonsendring (Giæver 2008).

Ved KOLS er slimhinnene i luftveiene oftest svært lett å irritere. Det skal lite til før det blir en ekstra irritasjon med påfølgende tetthet, hoste og piping i brystet. Dette føles ubehagelig for den som skal puste, fordi det blir tyngre, særlig ved utpust. Ved anstrengelser blir dette ekstra slitsomt (Larsen 2004).

Sorknæs sier ”Pasienter med KOLS har gjennomsnittlig 2-4 episoder årlig med eksaserbasjon, det vil si oppblussing av sykdommen, i form av økt hoste, åndenød, økt eller endret eksport, feber og nedsatt daglig aktivitetsnivå. Forverring bidrar til nedsatt livskvalitet og forringer pasientens allmenntilstand og prognose”(Almås 2001 s, 339).

3.2 Årsakene til KOLS

Sorknæs sier at langvarig irritasjon av åndedretsorganene på grunn av forurensning er den viktigste årsaken til KOLS. Røyking er den forurensningskilden som oftest har innvirkning på utviklingen av KOLS. Andre forurensningskilder som industriforurensning og mye eksos kan også spille en rolle. Luftveiene inneholder begerceller som produserer slim. Eksponeringen for gasser og forurensning vil føre til at begercellene øker produksjonen av sekret i lungene som vil hope seg opp på grunn av at flimmerhårene er ødelagt og ikke lenger kan føre det oppover svelget. Slimet vil føre til økt bakteriedannelser i luftveiene. Over 80 % av pasienter med KOLS har fått konstatert dette. Bakterienes betydning er ukjent, men veksten øker ved akutt eksaserbasjon (det vil si oppblussing av sykdommen). Bronkialveggene blir tykkere og mister smidighet, og alveolveggene kan bli ødelagt slik at det utvikler seg emfysem. Dette vil også føre til ulike grader av respirasjonsvansker (Almås 2001).

I følge Sorknæs medfører Kronisk obstruktiv lungesykdom også at slimhinnene blir ekstra sensitive og at luftveiene blir hyperaktive det vil si sarte lunger. Pasienten vil da ofte få vansker med pusten av stoffer som irriterer lungene og i fysisk og psykisk krevende

situasjoner. Hormonelle faktorer, sterke lukter, luftveisinfeksjoner og værforandringer kan gjøre det vanskelig for respirasjonen (Almås 2001).

3.3 Diagnostisering av KOLS

I følge Sorknæs stilles diagnosen KOLS på grunn av kliniske funn og anamnese. Kvinner får som oftest diagnosen 10 år før menn, gjerne i førti års alderen. Mange pasienter kan ha KOLS uten å vite det selv. De oppsøker ikke lege før de får store vansker med å puste. Mange av pasientene får luftveis infeksjoner. Pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom kan aldri bli frisk. Behandlingen og rehabiliteringen har som mål å gjøre hverdagen enklere (Almås 2001). Sorknæs skriver: ”Tilbudet til pasienten må være tverrfaglig og omfatte lege, sykepleier, fysioterapeut, ernæringsfysiolog, ergoterapeut, sosionom og eventuelt psykolog” (Almås 2001 s, 338).

3.4 Medikamentell behandling

I følge Sorknæs bruker pasienter med KOLS medikamenter som tabletter, mikstur eller injeksjon. Det finnes også medisiner som skal inhaleres. Det er en stor fordel med medisiner som inhaleres, fordi mengden da blir mindre og har en lokal virkning. Det er viktig at pasienten får opplæring i inhalasjonsteknikk og bruk av ulike innhalasjonsapparater. Salbutamol, terbutalin og ipratropin er medikamenter som utvider luftveiene. Dette tas i forbindelse med dyspné. De har en rask virkning på bronkialmuskelen som blir avslappet. En pasient med KOLS som opplever å bli akutt dårligere kan ha god effekt av å innta glukokortikoider i tablettform. Dette medikamentet reduserer irritasjonen og hevelsen i bronkialslimhinnen. Det reduseres også mengden av slim (Almås 2001). I følge Sorknæs er pasienter som har blitt invalidisert av dårlig lungefunksjon og har problemer med å fungere utenfor institusjon får ofte god effekt av oksygenbehandling. Dersom pasienten skal ha oksygenapparat hjemme kan han ikke være røyker på grunn av brannfaren (Almås 2001).

3.5 Trening av respirasjonen

Sorknæs hevder at en pasient med kronisk obstruktiv lungesykdom vil ha stor nytte av å lære seg pusteteknikker som både skåner respirasjonsmuskulene og samtidig styrker dem. Det kan ta tid før han greier å forandre et innlært respirasjonsmønster. Et respirasjonsmønster vil ofte være tidkrevende og endre. Pasienter vil få en tilstiving i pustemønsteret som mest sannsynlig er muskulært betinget. Angsten for å ikke få puste vil øke spenningen i muskulaturen, og etter hvert kan stivheten føre til at musklene blir vanskelig å løse opp (Almås 2001).

Sorknæs skriver også at psykiske faktorer som angst og utrygghet kan påvirke respirasjonsmønsteret. Muskulaturen blir på det underbevisste plan påvirket av vanskelige følelser som gjør muskulaturen stiv og mindre bevegelig, og den fikserte muskulaturen fører til at pusten blir mer eller mindre hemmet. Et svært vanlig trekk er at diafragma blir holdt igjen under respirasjon. For å få brukt diafragma er det viktig at abdomen er avslappet og beveger seg under respirasjonen (Almås 2001).

Sorknæs hevder at generell avspenning er en god måte å løse opp pasientens muskulatur, og pasienter med KOLS vil ofte trenge fysioterapi regelmessig eller i perioder. Dette kan både være gruppebehandling og individuell behandling. Her blir det lagt vekt på å bygge på pasientens ressurser og gjøre evnen til å kontrollere respirasjonen større. Pasienten lærer å slappe av å bruke musklene hensiktsmessig i respirasjonsarbeidet. Det kan redusere tendensen til invalidisering og gjøre dagliglivet enklere. Det er viktig at sykepleier veileder og gir pasienten kunnskap om dette (Almås 2001).

Sorknæs skriver også at for å kunne bo hjemme må mange ha hjelp til å fjerne sekret fra de nedre luftveiene. De fleste alvorlige syke pasientene med KOLS har kommet i kontakt med fysioterapeut ved sykehuset eller eventuelt blitt henvist til en fysioterapeut i primærhelsetjenesten. Effektive hosteteknikker og riktig pusteteknikk er en viktig del av nåtidens lungefysioterapi (Almås 2001).

3.6 KOLS forverring

De fleste pasienter med KOLS som legges inn på sykehus kommer inn på grunn av KOLS forverring. Symptomene på forverring er i følge Sorknæs:

- Økt hoste
- pipende respirasjon
- trøtthet
- engstelig og urolig
- dyspné om natten
- behov for mer medisin
- Lepper, negler og fingre blir cyanotiske

Disse forverrelser av pasientens symptomer fører til at pasienten kan bli veldig dårlig og få store pusteproblemer, noe som igjen kan føre til at pasienten får angstproblemer (Almås 2001).

Sorknæs skriver at pasienter som har KOLS har hyperreaktive lunger. De reagerer på sterke lukter som for eksempel parfyme, matos, tobakksrøyk o.l. Været spiller også en rolle og de kan bli dårligere ved værforandringer. De har kronisk produktiv hoste spesielt om morgenen. Pipelyd under ekspirasjon, og dysene ved litt anstrengelse (Almås 2001). ”Det viser seg ved at pasienten får åndenød av forskjellige stoffer som irriterer, og i forskjellige situasjoner ”(Almås 2001 s, 339).

3.7 Angst

Definisjon på angst: ” En følelse av uro, anspenthet og gnagende forventning om at noe farlig kan hende, eller en overdreven fryktreaksjon på en hendelse ”(Store Ettbinds Leksikon 2001).

Angst er en følelsesmessig reaksjon som ofte preges av fysiske symptom som spenninger i muskulaturen, skjelving, svetting, økt hjerterefrekvens og endret pusterytme. Man opplever også redsel for å dø eller og miste kontroll. Angst vil ofte gjøre stor inngripen i pasientens og hans nærmeste hverdag. Det er vanlig og ha depresjon i tillegg til angst. De somatiske reaksjonene er ofte tydeligere enn de psykiske for pasienten (Snoek og Engedal 2008).

Et akutt angstanfall kalles et panikkanfall. Et panikkanfall kan komme som lyn fra klar himmel. For eksempel når man er på butikken. Typiske symptomer på et panikkanfall er hjertebank, svimmelhet, kvalme, svetting og skjelving. En følelse av å være utenfor seg selv, frykt for å miste kontroll, prikking eller nummenhet, kaldsvetting og gåsehud. Angst kan føre til fobisk unngåelsesatferd. Det vil si at man får angst for angsten og unngår steder hvor man har hatt angstanfall. Dette fører ofte til at pasienten blir isolert (Snoek og Engedal 2008).

Generalisert angst skiller seg fra akutt angst ved at den er mindre dramatisk, pasienten har primære angstsymptomer som svetting og hjertebank. Generalisert angst er ikke knyttet opp mot bestemte situasjoner. Det er en vedvarende engstelse rundt hverdagslige situasjoner. En person med generalisert angst har det forholdsvis bra innenfor trygge rammer (Snoek og Engedal 2008).

Som mennesker er det viktig at vi greier å mestre eller dempe angsten vi utsettes for. Det kan gjøres på to måter, enten tilpasningsmekanisme eller forsvarsmekanisme. Ved tilpasningsmekanisme bruker en fornuftmessige evner, de bevisste og handlingsorienterte. Det kan være kompromiss, angrep eller tilbaketrekning. En ser angsten og prøver å løse den fornuftig. Ved forsvarsmekanisme prøver en å tildekke angsten. Vi forsvarer vårt selvbylde. Det kan være ved fortrenning (glemme det som har skjedd), rasjonalisering (finder på unnskyldninger), projeksjon (overfører på andre), regresjon (faller tilbake til et tidligere stadium) eller benekting (Hummelvoll 2000).

3.8 KOLS og angst

Mange av pasientene med KOLS kan få psykiske plager som angst og depresjon. Andenæs et al (2004) sier at: "Pasienter med KOLS utvikler ofte angst for å få anfall og får etter hvert nedsatt livskvalitet" (Oksholm 2008 s, 218).

Sorknæs hevder at det å ikke få puste er sterkt angstfremkallende. Angsten igjen påvirker pusterytmen noe som fører til en ond sirkel. Pasienten får kvelningsfølelser. Han kan ikke trekke pusten dypt nok. Angsten kan føre til at pasienten legger om sin hverdag for å prøve å unngå dyspné. Han blir fysisk inaktiv. For sine nærmeste kan han virke krevende da han er redd for å være alene. Åndenød øker respirasjonsfrekvensen og all energi går med til å

puste. Pasienten kan virke lite vennlig og handlingene kan virke uten hensikt. Pårørende kan ha vanskelig med å forstå dette (Almås 2001).

3.9 Mestring og kunnskap

Vi mennesker har ulike strategier for å komme gjennom kritiske faser, dette kalles mestring. Gir situasjonen mening vil den kunne føles mulig å mestre. Motsatt en situasjon man ikke forstår som vil kunne bli vanskelig å mestre og virke truende. Mestring er individuelt og muligheten til å kunne mestre kommer an på hvordan man opplever sin egen situasjon (Bastøe 2005).

”Lazarus og Folkman (1984) definerer i følge Mary H. Kalfoss mestring som kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å takle spesifikk ytre og indre krav som oppleves som belastende, eller som overskrider ens ressurser og truer ens velvære” (Almås 2001 s, 55).

Vi kan ha ulike mestringsstrategier. I følge Smebye er det to hovedkategorier innenfor mestring. Disse to er problemorientert mestring og emosjonelt fokusert mestring.

Problemorientert mestring vil si at alle handlingene er ment for å endre noe ved en spesiell situasjon, eller ved pasienten selv. Alt dreier seg om å løse et problem. Dette kan for eksempel gjøres ved å fjerne en årsak som utløser pusteproblemer for en pasient med KOLS.

Emosjonelt fokusert mestring vil si at pasienten får endret selve opplevelsen av en situasjon. Et eksempel på dette kan være at pasienten unngår og tenke på noe som oppleves som truende eller skremmende. Det er bare personens følelser som endres ikke realitetene (Kristoffersen 1996).

3.10 Pasientens behov for kunnskap

Foulkner sier at pasienter som blir syk eller hjelpetrengende har ofte et stort behov for informasjon og kunnskap på en rekke områder. Den som skal hjelpe pasienten står ovenfor tre hovedoppgaver:

- Finne ut hva pasienten trenger av informasjon/ kunnskap
- Skaffe informasjonen, planlegge og sette opp mål.
- Informere pasienten på en god måte, samtidig som de har samhandling (Eide og Eide 2006).

Målet for sykepleierens undervisning er at pasienten skal bli så selvhjulpen som mulig å få en følelse av mestring for egen sykdom (Eide og Eide 2006). De fleste mennesker har behov for å ha mest mulig kunnskap om sin egen sykdom. På den måten vil pasienten få en mer selvstendig rolle. Det blir i dag lagt større vekt på pasientenes ressurser i undervisning av pasienter og når en skal lage et behandlingsopplegg. Av lov om helsepersonell og pasientrettigheter ser man at det er informasjonsplikten og medvirkningsretten som vektlegges. Pasienten må se at det som læres er relevant for ham selv. Det kan for eksempel være at pasienten ser sammenhengen mellom kunnskap om skadevirkning av tobakk og hvordan røykeslutt kan hemme utviklingen av KOLS (Eide og Eide 2006).

3.11 Trygghet

Trygghet er et viktig element i samhandlingen mellom sykepleier og pasient. Tryggheten er viktig for at den mellommenneskelige samhandlingen skal utvikles. Det er flere former for trygghet blant annet:

Kunnskap og kontrolltrygghet: Det vil med andre ord si å være forutsigbar. En kjenner sin egen rolle og andres rolle og vet hva som blir forventet. Det er informasjon, bekreftelse og kunnskap som gir slik trygghet. Det kan redusere pasientens angst ved å gi skikkelig forklaring og informasjon (Hanssen 1996).

Stole på andre trygghet: Det er viktig at pasienten stoler på sykepleieren, og her kommer kommunikasjonen til sykepleieren inn.

Relasjonstrygghet: Denne formen for trygghet knyttes til familie, venner og sosialt nettverk, at de er der når man trenger dem.” Relasjonstrygghet bygger på kongruens, mellommenneskelig varme, og fysisk berøring ”(Hanssen 1996 s, 85).

4 Sykepleiefaglig referanseramme

Joyce Travelbee: Jeg valgte å bruke noe av Joyce Travelbee sykepleietenkning. Hun sier at 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. Sykepleie er en prosess, som foregår mellom sykepleier og pasienten som trenger pleie. I samspillet med hverandre vil sykepleier og pasient forandre seg på grunn av hvordan de virker på den andre. Det å kunne frembringe den forandringen på en innsiktsfull måte er en sykepleieraktivitet (Travelbee 1999).

Håp: Håp er sentralt i forhold til mestring av en kronisk sykdom. Om håp sier Travelbee: ”Håp har lenge vært sett på, både av helsearbeidere og andre, som en motiverende faktor bak menneskelig adferd. Håp gjør mennesker i stand til å mestre vonde og vanskelige situasjoner, tap, tragedie, nederlag, kjedsomhet, ensomhet og lidelse.” (Travelbee 1999s, 117). Uten håp mister ofte pasienten livsgnisten. Håp er viktig for pasienten skal bli stand til nå sine mål og ønske om bedring i sin livssituasjon. Alle mennesker må ha håp, uten håpet blir livssituasjonen håpløs. Det er viktig med håp for å kunne oppleve mestring og ønske om å leve. For å fange opp hvordan pasienten har det og kunne formidle håp er det viktig at sykepleieren kan kommunisere.

Kommunikasjon: Kommunikasjon er også sentralt hos Travelbee. Hun sier: ”Ved et hvert møte mellom sykepleier og den hun har omsorg for, foregår det kommunikasjon mellom dem, når de samtaler, og når de er tause. Den syke kommuniserer noe til sykepleieren gjennom sitt utseende, gjennom adferd, holdning, ansiktsuttrykk, manérer og gester, og sykepleier gjør det samme overfor den syke. Både sykepleieren og den syke kommuniserer, enten bevisst eller ikke ”(Travelbee 1999 s, 135). Travelbee mener at all kommunikasjon mellom pasient og

sykepleier, enten det er non- verbal, bevisst, ubevisst eller vanlig kommunikasjon er en prosess for å etablere et menneske til menneske forhold. Denne prosessen gjøres for å oppnå sykepleierens hensikt og mål.

Menneske til menneske forhold: Det siste jeg ønsker å trekke frem fra Travelbee sin sykepleietenkning er det hun skriver om å ha et menneske til menneske forhold. Joyce Travelbee mener at menneske til menneske forhold oppnås gjennom fem faser som jeg vil presentere nærmere.

Fase 1: Det innledende møte: Ved det første møtet vil sykepleier og pasient ofte ha et forutinntatt bilde av den andre. For sykepleieren vil pasienten være en av mange. Pasienten vil også ha forventninger til sykepleieren på grunn av en forventning av hvordan en sykepleier er. Når de møtes første gang får begge et førsteinntrykk. Sykepleieren får et lite inntrykk av hvordan pasienten er som person, og pasienten gjør sine tanker om hvordan sykepleieren er som menneske. Et første inntrykk dannes både av verbale og nonverbale faktorer. Dersom sykepleier ikke ser mennesket han gir pleie til så vil han oppleves som kald og distansert. Pasienten vil da ikke føle seg behandlet som et eget individ (Travelbee 1999).

Fase 2: Fremveksten av identiteter: Når sykepleier og pasient lærer hverandre å kjenne vil det særegne ved personlighetene deres vises. En relasjon som ikke består i et rent pasient/sykepleier forhold vil oppstå. Sykepleieren vil da kunne sette seg inn i hvordan pasienten blir preget av tilstanden sin. På den annen side vil sykepleieren for pasienten bli noe mer enn en utøver av et bestemt yrke (Travelbee 1999).

Fase 3: Empati: Empati er å ha evnen til å sette seg inn i andre menneskers indre verden. Man forstår hvordan andre føler og tenker. Å føle empati er å føle nærhet til et annet menneske. Er man empatisk vil man også klare å dra et skille mellom seg selv og den andre. Denne forskjellen handler ikke om kynisme, det er snarere å respektere og forstå at man er to ulike personer. Den som føler empati, er selv klar over det. Resultatet er at en er i stand til å forutsi den andres atferd. Empati er ikke en følelse som kan skrus av og på. Har det oppstått empati mellom pasient og sykepleier kommer dette til å forandre forholdet i mellom dem. Begge to kan føle usikkerhet. Den syke er kanskje bekymret for å åpne seg for mye overfor sykepleieren. Sykepleier vil være usikker på hvordan det han vet kan brukes på en mest hensiktsmessig måte. Tillit er til en viss grad nødvendig ved empati. Tillit kan bli ødelagt, alt

etter hva en har fått vite om den andre, og hvordan dette blir brukt. Den sykes tillit er noe sykepleier må ta på alvor (Travelbee 1999).

Fase 4: Sympati: Neste skritt i empatiprosessen er å føle sympati og medfølelse. Sympati og medfølelse er en mellommenneskelig opplevelse. Et viktig trekk ved det å føle sympati er å ønske å gjøre pasientens lidelser mindre. Man berøres av situasjonen et medmenneske er i og ønsker å gjøre den lettere. En føler medlidenhet. Man kan ikke føle medfølelse og samtidig være likegyldig. Sympati og medfølelse oppstår ikke ut i fra et miljø preget av distanse og fremmedgjøring. Har man medfølelse er man involvert personlig sett, men blir ikke handlingslammet. Man føler at den andres problemer er av betydning for en selv og får et oppriktig behov for å hjelpe. Det er likevel ikke sikkert at den som føler medfølelse vet hvordan han kan hjelpe på en best mulig måte. Sympati og medfølelse er et ønske om å hjelpe den andre, som ikke kommer under empatibegrepet. Sympati og medfølelse kan uttrykkes gjennom ord. Man kan også vise det ved sin væremåte overfor pasienten. Gjennom sin måte å være på vil sykepleieren vise om han har medfølelse for pasienten eller ikke (Travelbee 1999).

Fase 5: Etablering av gjensidig forståelse og kontakt: Den siste og femte fasen i et menneske-til-menneske-forhold er en nær og gjensidig forståelse mellom sykepleier og pasient. Dette oppstår ut i fra hvordan forholdet dem i mellom har utviklet seg gjennom de foregående fasene. Relasjonen dem i mellom endres av at sykepleier viser at han virkelig vil bistå den syke gjennom en vanskelig tid, men må også ha de nødvendige teoretiske og praktiske kunnskaper for å kunne hjelpe på en hensiktsmessig måte. På denne måten får sykepleieren høy grad av tillit fra pasienten (Travelbee 1999).

5 Drøfting

Først vil jeg gjenta min problemstilling. Hvordan kan sykepleier hjelpe pasienter med KOLS til å mestre angst i hverdagen?

For å prøve å svare på min problemstilling trekkes inn nyere forskning ved hjelp av 5 relativt nye forskningsartikler (se side 4), i tillegg brukes teorien jeg har presentert foran i oppgaven min. For å få belyst problemstillingen bedre trekkes det også inn en sjette artikkel. Jeg vil også komme tilbake til Hans som jeg fortalte litt om innledningsvis. Jeg var heldig og fikk treffe han igjen i min praksis i hjemmesykepleien.

5.1 Hva er det som skaper angst

Hos pasienter med KOLS er det i utgangspunktet det å ikke få puste som skaper angst. Pasienter som har angst opplever en indre uro, pasienten er redd, noe truer trygghetsfølelsen.

Fysiologisk skjer det flere ting i kroppen når pasienten har angst: blodtrykket øker, pasienten får økt pulsfrekvens, økt adrenalinutskillelse, økt glukoseinnhold i leveren og temperaturforandring. Angsten er en veldig personlig opplevelse (Hummelvoll 2000), eller som Snoek og Engdal (2008) skriver en følelsesmessig reaksjon.

Hildegard Peplau sier at det er identifisert fire forskjellige angstnivåer.

- Mild angst: Pasienten vil øke persepsjonsfeltet. Han blir mer bevisst, læreevnen øker.
- Moderat angst: Pasientens persepsjonsfelt innskrenkes noe. Han ser, hører og forstår mindre, han føler seg engstelig.
- Sterk angst: Pasientens persepsjonsfelt er veldig redusert. Han greier ikke å konsentrere seg, veldig urolig. Han får hodepine, kvalm, svimmel og kjenner ett voldsomt ubehag
- Panikkangst: Persepsjonsfeltet er redusert. Pasienten oppfatter ikke noe annet en selve angsten (Hummelvoll 2000).

I følge Oksholm (2008) er mange pasienter med KOLS plaget med angst og depresjon. De som er rammet av angst føler at angsten tar livskvaliteten fra dem. Det er derfor viktig som sykepleier å kartlegge angsten. Det kan gjøres ved blant annet å stille følgende spørsmål:

- Hvor sterk er angsten?
- Hvordan opplever pasienten den?
- Hva utløser angsten?
- Hvilke situasjoner forverrer angsten?
- Hva gjør pasienten for å lette ubehaget?

Om pasienten har en panikkangst slik Snoek og Engedal (2008) beskriver det eller om angsten er mer generell vil være en viktig oppgave for sykepleieren å finne ut av. Dette kan kanskje noen av disse spørsmålene hjelpe til med. Hummelvoll sier: ”Hovedmålet for sykepleierens arbeid med den engstelige pasient må være å utvikle hans kapasitet til å tåle mild angst og bruke denne evnen i møte med angstprovoserende hendelser og situasjoner ” (Hummelvoll 2000 s, 111).

Det vil med andre ord si å hjelpe pasienten med evnen til å tåle mild angst slik Hummelvoll (2008) beskriver det. Hjelp pasienten til å forstå mekanismen bak angsten og styrke pasienten. Det er viktig at pasienten selv ønsker forandring og setter opp små og realistiske kortsiktige mål sammen med sykepleieren. Trygghet er en viktig faktor i dette samspillet. For å dempe angsten er det viktig at pasienten føler trygghet og at sykepleier er rolig og avslappet. Er sykepleieren sammen med pasienten når han får angstanfall kan en også bruke avledningsmanøvrer som for eksempel å kommunisere med pasienten om hyggelige ting som interesserer pasienten, eller aktivisere han med for eksempel kortspill hvis han liker det. I følge Goodridge et al (2008) gjør åndenød at pasienten øker respirasjonsfrekvensen og bruker all sin konsentrasjon på å puste. Han er urolig og har ikke overskudd til å si noe eller til å være vennlig, og han er ikke alltid i stand til å handle hensiktsmessig. Hos pasienter med åndenød og medfølgende angst må sykepleieren handle sikkert og rolig i forhold til pasienten.

5.2 Bygge opp trygghet og tillit

Jeg synes det er viktig å bli kjent med pasienten og bygge opp en relasjon for å opparbeide tillit og trygghet. Pasienter med KOLS som er plaget med angst har store problemer, fordi de

føler de ikke får puste og er redd for å dø. Hans som jeg fortalte om i innledningen hadde nettopp denne følelsen.

J. Travelbee mener at det innledende møtet er viktig, fordi det vil oppstå følelser. Hun mener at oppfatningen av hverandre kan modnes og endres etter hvert som en blir bedre kjent. Oppgaven til sykepleieren er klar ifølge Travelbee: ” Han skal bryte ned kategoriseringen for å kunne oppfatte mennesket i pasienten ”(Travelbee 1999 s, 187).

Travelbee mener at det er viktig å bruke tiden godt i det innledende møtet for å bli kjent med pasienten og hans opplevelse av sykdommen. Jeg er enig med Travelbee i dette, men det kan bli en langvarig prosess når pasienter har KOLS og angst. En del av disse pasientene kan ha problemer med å ”utlevere” seg selv. Sykepleier må derfor sette seg rolig ned å samtale med og skape denne trygghet sammen med pasienten før og etter ett angstanfall. I denne samtalen må en diskutere hvordan pasienten best mulig skal takle et angstanfall hvis en ikke klarer å forebygge det. Sykepleieren må vurdere om det er aktuelt for pasienten å bruke det Hummelvoll (2008) kaller tilpasningsmekanismer i forbindelse med et eventuelt nytt angstanfall. Når pasienten er inne i ett anfall er det ikke alltid så lett å nå inn til ham, men sykepleieren kan prøve å bruke avledningsmekanismer.

I følge Hanssen sier Lazarus og Folkman om mestring at dersom pasienten føler trygghet og opplever miljøet trygt, er det lettere å føle stabilitet og kontroll (Kristoffersen 1996). Hans 65 år, hadde de siste årene vært innom medisinsk avdeling og følte seg ganske trygg der, han visste at han var i trygge hender og greide å slappe av raskere på sykehuset enn hjemme. Etter at erfarne sykepleiere hadde tatt hånd om ham, satte jeg meg ned og ble kjent med ham. Det tok flere dager før jeg følte jeg hadde en god relasjon med han, fordi han hadde problemer med å ”utlevere” seg. Jeg tror at han etter hvert fikk tillit til meg, kanskje fordi han så at jeg oppfattet mennesket bak pasienten slik Travelbee (1999) sier at oppgaven til sykepleieren er. Det er viktig at sykepleierne er oppmerksom på at det kan ta tid å bli så godt kjent med pasienten at han får tillit til sykepleieren.

Hvordan pasienten selv vurderer sin egen helse er viktig for en sykepleier å vite. Om noen føler seg syke, skal sykepleieren ta hensyn til dette, og ikke bare ta hensyn til objektive vurderinger av sykdom eller helse. Noen mennesker kan nemlig merke sykdomsprosesser eller endringer i kroppen før disse vises i laboratorieprøver (Travelbee1999).

Goodridge et al (2008) har funnet ut at kronisk sykdom over mange år er med på å påvirke sykepleierens forhold til pasientene. Hun har også funnet ut at pasienter med KOLS ble karakterisert som spesielt kravstore. I forskningsartikkelen til Goodridge et al var det vanligste symptomet til pasientene med KOLS dyspné. Et annet var angst. I forhold til disse to symptomene følte sykepleierne de ikke alltid klarte å strekke til, i den grad de skulle ønske. Mange av sykepleierne slet med måten de skulle behandle pasientene på, på grunn av angsten pasientene hadde under et pusteanfall. Jeg tror at bruk av ulike metoder, som for eksempel bruk av tilpasningsmekanismer, vil kunne hjelpe sykepleieren og dermed pasienten.

For at pasienter med KOLS skal føle seg trygg og få tillit til sykepleieren er det derfor viktig at en tar på alvor de uttalelsene pasienten kommer med om sine symptomer. Pasientens formidling er hans subjektive opplevelse som må tas på alvor når han har kontakt med sykepleieren. Kanskje kan en delvis forebygge nye angstanfall med sykepleiertiltak i en tidlig fase.

5.3 Pasientundervisning for å skape trygghet

Sykepleieren har en pedagogisk funksjon både i forhold til pasienter og pårørende, og kan bruke undervisning og veiledning som et middel for å nå et mål i samhandling med pasienten. Sykepleieren bruker undervisning til både å forebygge sykdom, iverksette behandling og til å lære pasienten å mestre sykdom. De fleste mennesker har behov for å ha mest mulig kunnskap om sin egen sykdom. På den måten vil pasienten kunne få en mer selvstendig rolle. I forhold til personer som har angst i forbindelse med sin KOLS-sykdom, er sykepleierens mål med undervisningen både å forebygge og lindre angsten. I tillegg til å formidle kunnskap om selve sykdommen.

Pasienten Hans følte seg veldig utrygg på hvordan han skulle bruke parieapparatet. Han følte at han ikke fikk inhalert nok medisin. En viktig sykepleieoppgave er å lære pasienten riktig bruk av det medisinske utstyret. Det er viktig å sette av god tid til opplæring, slik at pasienten blir trygg og at han mestrer. Hvis årsaken til at Hans fikk angst var at han ikke klarte å bruke pariapparatet riktig, vil sykepleieren med sin undervisning og veiledning hjelpe pasienten på en problemløsende måte. Lazarus og Folkman kalte det problemløsende mestring (Almås

2001). Pasientundervisningen må også være individualisert slik at pasienten skal få tillit til at det er hans utfordringer og problemer sykepleieren er opptatt av.

Dialog er viktig i en læringsprosess. Sykepleier må lage det pedagogiske opplegget ut i fra hvilke forutsetninger pasienten har. Det læringsbegrepet som passer best i sykepleie, er sannsynligvis det situerte, det sosiokulturelle, men med sterke innslag av det kognitive (Tveiten 2002).

Pasienten må se at det som læres er relevant for han selv. Det kan være at pasienten ser sammenhengen mellom kunnskapen om skadevirkningen av tobakk og hvordan røykeslutt kan hemme videre utviklingen av KOLS.

Sykepleier bør tenke over hvordan han kan kommunisere disse punktene:

- Hvordan skal pasienten se at kunnskapen er viktig for sin egen hverdag.
- Hvordan lære bort på en mest mulig forståelig måte.

Det er viktig å gjøre stoffet mest mulig tilgjengelig for pasienten. Pasienten bør få noen knagger å henge kunnskapen på. Det vil bidra til å gjøre stoffet mer forståelig. En sykepleier som skal undervise en pasient med kronisk lungesykdom om hvordan lidelsen kan komme til å påvirke tilværelsen, kan legge vekt på følgende punkter:

- Å være kronisk syk
- Å være kronisk syk i hjemmet
- Å være kronisk syk i arbeidslivet
- Hvordan leve mest mulig normalt (Tveiten 2002).

Hos pasienter hvor angst er sentralt må sykepleieren vektlegge undervisning og veiledning ut i fra det.

Nyere forskning fra Hassett, Lorden og O'Brien (2007) har sett på ulike ikke medikamentelle metoder for å håndtere symptomer i forbindelse med sykdommen. Selv om medikamentell behandling fremdeles er hovedmetoden har de kommet frem til at følgende ikke medikamentelle metoder er viktige.

- Utdanne/ informere pasientene slik at de pasientene gjenvinner kontroll.
- Justere livsstilen.
- Stumpe røyken.
- Undervisning i den kroniske sykdommen.

- Selvkontroll.
- Pusteteknikker.
- Forebyggende mål.
- Kost og trening.
- Chest clearance (rense bryst).
- Bruk av medikamenter.
- Oppdage tidligere verre/onde symptomer.
- Psykisk støtte.

I artikkelen skrevet av Hassett et al (2007) ble det hevdet at undervisning var nøkkelen til at pasientene kunne håndtere sin sykdom. I forbindelse med opplæringen kunne pasientene få undervisning og veiledning av spesialtrente respirasjons-team. I følge Sorknæs har pasienter med KOLS stor nytte av å lære seg pusteteknikk som styrker respirasjonsmuskulaturen. Sorknæs skriver i følge (Thornquist, Thornquist og Bunkan, Øvreberg og Andersen) at ”psykomotorisk fysioterapi er spesiell metode innenfor fysioterapien som tar sikte på å løsne uheldige muskulære spenninger og dermed frigjøre pusten” (Almås 2001 s, 364). Pasienten kan få en bedre respirasjonskapasitet ved å bruke spesielle respirasjonsøvelser. Den viktigste grunnen til problemene er de patologiske endringer i lungevevet, toraksveggen og diafragma, så det er viktig at pasienten gjør det han kan for å holde forandringene i sjakk, og å benytte seg av mulighetene som ikke begrenses av sykdommen (Almås 2001).

Hovedmålet for prosjektet til Hassett et al (2007) var at pasienter med KOLS skulle få mulighet til å reise fra sykehuset med bra hjemme-støtte tidligere enn det som normalt ble gjort. Undervisningen inkluderte:

- Følge opp pasientens tilstand.
- Undervisning rundt den kroniske sykdommen.
- Hjelp til medisinbehandling.

De forskjellige teknikkene er de tolv punktene som er nevnt på side 21-22. Teknikkene hjelper pasientene med å håndtere de psykiske virkningene, deriblant angst, som oppstår når pasienten har pusteproblem. Det er også godt dokumentert at dyspné er forbundet med frykt, angst og hjelpeløshet. Dette kan igjen føre til en negativ spiral som igjen kan føre til manglende evner hos pasienten til å takle alvorlig dyspné og panikk. Resultatet blir da at pasienten må legges inn på sykehus. Pasientene i undersøkelsen til Hassett et al (2007) oppholdt seg gjennomsnittlige fire dager på sykehus, i motsetning til normalt 8,6 dager ved

bruk av denne metoden. Sykepleieren kan altså ved hjelp av ikke medikamentell behandling hjelpe pasienten med å forebygge dyspné og dermed forebygge angst. Dette viser igjen at sykepleierens undervisning spiller en svært viktig rolle i hvordan pasientene skal forholde seg til de ulike situasjonene som er forbundet med dyspné, hyperventilering og andre symptomer pasientene kan oppleve (Hassett et al 2007). Det er det å ikke få puste som i mange tilfeller gjør at pasienten får angst (Goodridge 2008).

Hvis en pasient ikke har nok kunnskap om sin sykdom, vil han føle det som en stor belastning. Det kan føre til at han velger en passiv og unnvikende mestringsstrategi. Det er viktig å ha tilegnet seg nok kunnskap om sykdommen og ferdigheter knyttet til behandling og mestring, da dette gir økt kontroll og sykdommen vil virke mindre truende (Kristoffersen 1997).

Jeg vil komme tilbake til pasienten Hans som et eksempel. Jeg traff han igjen i min hjemmesykepleie praksis. Han ble glad for å se meg igjen hjemme hos ham selv, og det var gjensidig. Vi hadde fått bygd opp en god relasjon, og som student hadde jeg mye bedre tid til pasientene og det var en fordel. I følge Travelbee er ”menneske-til-menneske-forholdet i sykepleiesituasjonen er virkemidlet som gjør det mulig å oppfylle sykepleiens mål og hensikt, nemlig å hjelpe et individ (eller en familie) med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og med å finne mening i disse erfaringene” (Travelbee 1999 s, 171). Det Travelbee sier her mener jeg er meget viktig for at sykepleieren skal kunne hjelpe pasienten å skape en god relasjon.

Under samtalen fortalte Hans meg hvor usikker han var i forhold til bruk av parieapparatet og om han fikk i seg nok medisin. Jeg veiledet ham rolig og sikkert og han utførte det på en riktig måte til slutt. Han ble veldig glad for dette, og følte endelig han hadde kontroll. Ut i fra denne opplevelsen ser jeg hvor stor betydning det har for pasienten å ha kontroll og hvilken betydning kontroll har for hvordan han takler sin sykdom. Engstelse i forbindelse med behandling/medikamenthåndtering kan danne grunnlag for angst.

I følge Hanssen (1996) har kunnskaps- og kontrolltrygghet betydning i forhold til det å være trygg på egen og andres roller. Kunnskaps- og kontrolltrygghet gjør at en mestrer situasjonene som oppstår og opplever at situasjoner som virker truende likevel ikke er så farlige. God informasjon gir pasienten mulighet til å vite hvordan han kan håndtere situasjoner som oppstår. Han gjenkjenner situasjonen når den oppstår, og han klarer å takle den. Dette bidrar

til følelsen av trygghet og kontroll. Jeg tror at dette kan være med på å forebygge angstanfall hos pasienter med KOLS (Kristoffersen 1996). Lykkes sykepleier med dette har han oppnådd målet med undervisningen slik Eide og Eide (2006) beskriver det. At pasienten blir så selvhjulpen som mulig for å få en følelse av å mestre egen sykdom.

Det å være engstelig er ubehagelig. Mange pasienter bruker mye tid og energi på å være redd for det ukjente. Det er tydelig at god opplæring og god kommunikasjon kan hjelpe med å redusere pasientens angst. Mangel på informasjon kan føre til at pasienten føler mindre tillit til sykepleieren. Feilaktig informasjon kan gjøre at pasienten mister tillit.

5.4 Tristhet og depresjon

Hans fortalte meg også at han hadde angst for å gå ut, og at han var veldig trist. Han følte at livet bestod av medisiner og mat, at det livet han hadde hatt før var blitt borte. Angsten og depresjonen hadde "tatt han". Han var veldig mye alene, og hadde ikke noen av familien i byen. Tidligere venner hadde han ikke kontakt med lengre. Vi ble enige om at jeg skulle komme innom han en gang hver dag og ta en prat. I følge Hummelvoll vil pasienter med mild depresjon føle tristhet, men realitetsorienteringen er intakt og skaper ikke funksjonssvikt (Hummelvoll 2000).

En kan tolke Hans sine utsagn til at han er deprimert. Derfor blir det viktig at sykepleieren griper tak i pasientens uttalelse og prøve å tilby hjelp. Det kan være et godt sykepleiertiltak å tilby å komme hjem til han en gang i uken hvis pasienten ønsker det. En kan også samarbeide med personer knyttet til frivillighetssentralen. Et godt alternativ for lettere oppfølging hvis det er personkontakt som skaper trygghet og mindre angst.

Nyere forskning viser at flere pasienter med KOLS er deprimert (Blakemore 2007). Ordet depresjon betyr nedtrykt og kommer av det latinske ordet depressio. Det er flere former av depresjon. "Den deprimerte er en person som har mistet troen- troen på seg selv, andre mennesker, troen på livet og på høyere makter "(Hummelvoll 2000 s, 143).

Mild depresjon: Pasienten vil føle tristhet, men realitetsorienteringen er intakt og skaper ikke funksjonssvikt (Hummelvoll 2000).

Moderat depresjon: Virkelighetsoppfatningen kan bli fordreid. Selvaktelsen og selvbilde er negativt preget. Tankeprosessen er langsom, og pasienten har problemer med konsentrasjon og fokusering. Kroppslig symptom er framtreddende (Hummelvoll 2000).

Alvorlig depresjon: Vurderingsevnen er dårlig, vrangforestillinger kan oppstå, tankeprosessen er ulogisk, kommunikasjon og oppmerksomhet er veldig svekket. Pasienten kan føle bunnløs tomhet (Hummelvoll 2000).

I følge Jie Hu og Paula Meek (2005) er pasienter med KOLS mindre fornøyd med livene sine. Depresjon og angst har en direkte innvirkning på livskvaliteten. Dette mener jeg kan være situasjonen hos Hans.

Blakemore (2007) sin studie viser at 50 % av pasientene led av depresjon og eller angst. Depresjon og angst blir ikke alltid oppdaget på grunn av tidspress hos klinikerne, dårlig kommunikasjon hos pasienten, pasientens preferanse eller prioriteringer av spesialhelsetjenesten. Forskningen viser at pasienter som fikk en seks ukers kurs i kognitiv atferdsterapi ble mindre engstelig. Blakemore (2007) viser til eksempelet med Mr X: Mr X er en 63 år gammel pensjonert mann som har KOLS. Han ble enkemann for fire år siden, og har lite kontakt med familien sin. Tidligere var han svært aktiv. Sykdommen hindret ham i fysisk aktivitet, han greide ikke å gå mer enn noen meter før han måtte stoppe. Han måtte ta surstoff hver natt. Han ble rekruttert til å bli med på Building smart prosjektet, mens han deltok i en lunge-terapigruppe. På depresjonsskalaen skåret han moderat på depresjon og angst. Han hadde lav motivasjon, forstyrret søvn, hjertebank og risting. Etter konens død, ble han mindre sosial på grunn av frykt og angst. Videre ble det identifisert at Mr X opplevde et negativt tankemønster. Mr X deltok på det selvtillitskurset over fem økter, som en del av Building smart prosjektet. Etter hvert så begynte han å arbeide frivillig i kirkens misjon. Han beskrev at det var givende å hjelpe andre og det gav livet hans en ny mening. I tillegg gikk han oftere ut, gjorde rent hjemme hos seg selv, noe som han ikke klarte i begynnelsen av prosjektet.

Jeg synes at dette eksempelet viser hvor viktig det er med helhetlig sykepleie. En må ikke skille kropp og psyke. Som jeg har nevnt tidligere mener Travelbee at hensikten med all sykepleie nettopp er å hjelpe et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening tross sykdom (Travelbee 1999). Dette er også viktig for at sykepleier skal greie å hjelpe pasienten til å opprettholde håpet. Sykepleieren skal støtter pasienter med KOLS gjennom endringer i tilstanden og minimerer

ubehag ved forverring. Han skal hjelpe pasienten til å nå realistiske mål gjennom håp for mestring av det ukjente. Pasienten kan ofte føle håpløshet. Utfordringen til sykepleierne er å gjenkjenne pasientens håpløshet og støtte pasienten og gi han redskap til å finne håp (Gylling 2006).

Sykepleier må gjennom sin adferd bygge opp tillit til pasienten. Tillit er nær beslektet med håp og valg. Sykepleier kan ikke gi bort håp, men legge forholdene til rette slik at pasienten selv kan føle håp og mestring (Travelbee 2001). Dette er en viktig sykepleieoppgave synes jeg, men det er også en stor utfordring.

Klarer pasienter gjennom forebygging å mestre angsten vil det også være større mulighet for å hindre depresjon. Dette vil igjen ha betydning for hvordan hverdagen takles. Håp om en hverdag med en livskvalitet som er brukbar vil da også ha betydning for pasienten mener jeg.

5.5 Familien og angst

Jeg har tidligere i oppgaven nevnt mest om enslige pasienter uten familie, men synes det er viktig å ta med familien også.

Det er mange pasienter med KOLS som bor hjemme med familien sin. Baileys (2004) forskning viser at mange av pasientene med KOLS og deres familier opplevde situasjoner med akutt åndenød, fysiske og emosjonelle forhold som de måtte leve med. Det som gikk mest igjen i intervjuene var historier om overveldende angst. Aktørene snakket mye om følelsesmessig dysfunksjon som følge av åndenød og fysisk aktivitet. Pasientene fortalte at de ble tungpust hvis de ble emosjonelle, noe som var vanskelig å takle. I tillegg fortalte både pasienter og familiene om dagligdagse situasjoner som var preget av frykt. Omsorgspersonene snakket om lettelsen det var for dem når de bestemte seg for å søke hjelp, eller når de ankom sykehuset. Noen ganger delte pasienten denne følelsen av lettelse. I følge Oksholm viser undersøkelsen til Andenæs et al (2004) også at en kronisk sykdom som KOLS var en stor belastning både for pasienten selv og hans pårørende. Videre viste undersøkelsen til Andenæs et al (2004) at det er viktig å lage en handlingsplan for hva som skulle gjøres dersom pasienten fikk en akutt forverring (Knutstad 2008).

Oksholm sier også at når en pasient med KOLS blir skrevet ut av sykehuset må sykepleieren ta de pårørendes reaksjoner ved hjemkomsten alvorlig. Mange pårørende kan oppleve forverrings episoder så dramatiske at de ikke tør forlate pasienten (Knutstad 2008). De pårørendes angst og usikkerhet kan "smitte" over på pasienten. Derfor er det viktig at sykepleieren inkluderer de pårørende i sin undervisning og veiledning viss pasienten ønsker det. Sorknæs sier at hos mange pasienter blir respirasjonen verre av fysisk anstrengelse, psykisk ubalanse, hormonelle faktorer og luftveisinfeksjoner. Tobakksrøyk står i en særstilling i forhold til andre forurensingskilder. Sorknæs sier også at sterkt trafikkerte områder og steder med mye industri kan forurensningen være høy. En som har respirasjonsproblemer, vil etter hvert selv finne ut hva han tåler og hva som forverrer respirasjonen (Almås 2001). Jeg mener at det er viktig at pasientens pårørende har den samme kunnskapen om hva som gir KOLS forverring som det pasienten har. Det kan for mange være nyttig å drøfte dette med lege eller sykepleier. Pasienten kan da enklere finne ut hvordan han kan organisere hverdagen uten å bli alt for stillesittende og heller ikke utsette seg for unødvendige påkjenninger (Almås 2001). Dette viser som jeg har nevnt tidligere at pasienten ofte har behov for relasjonstrygghet slik (Hanssen 1996), også fremhever (Kristoffersen 1996). Denne formen for trygghet knyttes til familien, venner og det sosiale nettverket.

Jeg vil her komme tilbake til Hans. Jeg gikk som avtalt innom Hans en gang daglig. Han hadde altså en forutsigbar hverdag med hensyn til oppfølging. I følge Hanssen (1996) er dette med å ha kontroll- kontrolltrygghet viktig (Kristoffersen 1996). Jeg var forutsigbar. Jeg kom hver dag. Også en annen dimensjon ved trygghetsbegrepet er viktig her, nemlig – stole på andre trygghet. Hans visste at han kunne stole på at jeg kom. I slutten av uken fikk jeg Hans med meg ut på en liten spasertur. Han traff flere av sine gamle venner, og de stoppet og pratet med han. Hans lyste opp og ble lettere til sinns. Denne turen hadde gjort mye for han. Han fortalte at han trodde ingen brydde seg om han lengre, men han hadde tatt feil. Flere av de gamle kameratene avtalte å stikke innom ham. Hans og jeg ble enige om at jeg skulle søke støttekontakt til ham.

Mange måneder etter traff jeg sykepleiere som hadde ansvaret for Hans. De fortalte at han var lettere til sinns, mer aktiv og fått livsgnisten tilbake. Det gledet meg veldig.

6 Konklusjon

Jeg har i denne oppgaven prøvd å gi svar på problemstillingen min: *Hvordan kan sykepleier hjelpe pasienter med KOLS til å mestre angst i hverdagen?*

Jeg mener at for å takle angsten i hverdagen må sykepleieren hjelpe pasienten med KOLS til å mestre de ulike symptomer sykdommen gir.

Sykepleieren må hjelpe pasienten og pårørende til å få kunnskap om sykdommen. Kunnskap om KOLS vil igjen føre til at de vill bli tryggere. Trygghet vil kunne være med på å forebygge angst.

Sykepleieren må klare å bygge en god relasjon til pasienten noe som gir trygghet og tillit. Sykepleieren må være bevist på betydningen av at pasienten har et godt sosialt nettverk.

Klarer sykepleieren i sin samhandling med pasienten på sykehus, i hjemmesykepleien og på sykehjem dette mener jeg at han vil kunne hjelpe pasienten å mestre angsten i hverdagen.

Det har vært en stor utfordring for meg å skrive denne oppgaven, men det har også vært svært lærerikt. Etter å ha skrevet en slik oppgave blir man mye tryggere på seg selv som sykepleier og en kan gi en mer helhetlig sykepleie til pasienter med KOLS.

7 Litteraturliste

Almås, Hallbjørg; Rønningen, Lisbeth; Wilberg, Sarah (2007) Sykepleie til pasienter med forstyrrelser i lungefunksjonen. I: Hallbjørg Almås (red), *Klinisk sykepleie 1*, 3 utgave, s 284-337. Oslo: Gyldendal Norske Forlag As.

Bailey, Patricia Hill (2004) The dyspnea-anxiety-dyspnea cycle; COPD Patients`stories of breathlessness: "It` Scary when you can`t breathe". *Qualitative Health research*, vol 14 nr: S 760-778 *

Bastøe, Liv-Karin Halvorsen (2005) Reaksjoner og strategier i bearbeiding av sykdom og skade. I: Mekki, Tone Elin; Pedersen, Søren. *Sykepleieboken 1: Grunnleggende sykepleie 2* utg. s 49-72 Viborg: Akribe.

Blakemore, Amy; Baguley, Clare (2007) Chronic obstructive pulmonary disease: the case for widening access to primary mental health care and opportunities for new ways of working. *The Journal of Mental Health Workforce Development*, Volume 2 issue 1: s 3-11 *

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

Giæver, Petter (2008) *Lungesykdommer*, 2 utgave, Oslo: Universitetsforlaget *

Goodridge, Donna; Duggleby, Wendy; Gjevre John; Rennie, Donna (2008) Caring for critically ill patients with advanced COPD at the end of life: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, nr 24: s 162-170 *

Gylling Maria Katrine (2006) At formidle håb til patienten med KOL: *Tidsskrift for sygeplejeforskning*, volum 22 hefte nr 1: 9-14 *

Helse og omsorgsdepartementet, nasjonal strategi for KOLS området 2006-2011, *

Hanssen, Ingrid (1996) Å være syk og hjelpetrengende. I: Kristoffersen, Nina Jahren (red) *Generell sykepleie 2* s 111-136. Oslo: Universitetsforlaget AS

Hasset, Rosemarie; Lordan, Louise; Wyer, Marian og O'Brien, Aidan (2007) Breathing space, The Midland pulmonary outreach service uses patient education to reduce the number of acute hospital admission from COPD. *Nursing in the community*, May/June 2007: s 11-12 *

Hu, Jie; Meek Paula (2005) Health related quality of life in individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart and Lung*, Vol 34 nr 6: s 415-422 *

Hummelvoll, Jan Kåre (1997) *Helt-ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie*. 5 utg. Oslo:Gyldendal Akademiske

Kristoffersen, Nina Jahren (1996) *Generell sykepleie 2*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Larsen Ragnhild Brodtkorb (2004) *Syk, men frisk: Om å leve med å mestre en kronisk sykdom*. Oslo: MEDLEX norsk helseinformasjon *

Oksholm, Trine(2008) Sykepleie til pasienter med lungesykdommer. I: Knutstad, Unni (red) *Sykepleieboken 3, klinisk sykepleie*: s, 191-239.Oslo: Akribe AS

Snoek Jannike Engelstad; Knut Engedal (2008) *Psykiatri- Kunnskap, forståelse, utfordringer*. 3 utg. Otta: Akribe forlag

Sorknæs, Anne Dichmann (2007) Spesiell sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom. I: Hallbjørg Almås (red), *Klinisk sykepleie 1*, 3 utgave, s 338-365 Oslo: Gyldendal Norske Forlag As.

Store Ettbinds Leksikon (2001):"Angst". Oslo: Gyldendal Norsk Forlag *

Travelbee, Joyce(1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*, 3. Utgave. Oslo: Universitetsforlaget As.

Tveiten, Sidsel (2001) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget