

Å være tilstede for pasienten

Hva kan sykepleieren bidra med for å redusere noe av angsten til pasienter med KOLS eksacerbasjon?

Bacheloroppgave i sykepleie

SY180H 000

Kull 08 H

Kandidatnummer:

9, 10 og 47

Dato for innlevering: 29.04.2011

INNHALDFORTEGNELSE

INNHALDFORTEGNELSE.....	1
1.0 INNLEDNING	3
1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling	3
1.2 Presentasjon av problemstilling	3
1.3 Avgrensing og presisering av problemstillingen.....	4
1.4 Begrepsavklaring	4
1.5 Oppgavens oppbygning	5
2.0 METODE – Hvordan har vi tilegnet oss kunnskapen.....	6
2.1 Hva er en metode?.....	6
2.2 Hvilken metode har vi valgt og hvorfor?	6
2.3 Kvalitativ forskningsintervju	6
2.4 Observasjon.....	7
2.5 Utvalg og forskningsetikk.....	7
2.6 Intervju	8
2.7 Analysen	9
2.8 Vurdering av metodene	10
2.9 Kildekritikk	10
3.0 TEORI - Sykepleie relatert til pasientens lidelser og sykdom	12
3.1 KOLS (Kronisk obstruktiv lunge sykdom).....	12
3.1.1 Diagnostikk og klassifikasjon av KOLS	13
3.1.2 Eksacerbasjon	13
3.1.3 Medikamentell behandling	14
3.1.4 Behandling av KOLS	14
3.2 Angst.....	15
3.3 Joyce Travelbee sin sykepleiefilosofi	17
3.3.1 Oversikt	17
3.3.2 Menneske – til – menneske – forholdet	17
3.3.3 Å bruke seg selv terapeutisk	18
3.4 Mestring	18
3.5 Kommunikasjon.....	19
3.6 Trygghet	19
3.7 Undervisning og veiledning	20
4.0 UNDERSØKELSEN – Drøfting i lys av teori, intervju og egne erfaringer	22
4.1 Vårt første møte med pasienter som lider av KOLS.....	22
4.2 Trygghet gjennom tillit	25
4.3 Sykepleierens handlingskompetanse – et redskap til å mestre angst og forverring...	27

4.4 Undervisning og veiledning – et redskap til å mestre angst og forverring.....	30
5.0 AVSLUTNING – Våre funn.....	32
LITTERATURLISTE	33
VEDLEGG.....	35

1.0 INNLEDNING

«Pasienten ser på meg med redsel i øynene. Han er blålig i ansiktet. Pusten går hurtig og oppleves som svært anstrengt. Jeg står i døren å ser på i brøkdelen av et sekund mens tankene flyr gjennom hodet på meg. Pasienten gjentar gang på gang, ”jeg får ikke puste, jeg får ikke puste”! Hva kan jeg som sykepleier gjøre for å redusere åndenøden og angsten denne pasienten så tydelig opplever?».

Vi er tre sykepleierstudenter som skriver bacheloroppgave om pasienter med KOLS eksacerbasjon og angsten de kan oppleve knyttet til denne sykdommen. Det anvendes pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og forskning for å svare på problemstillingen. Litteraturen drøftes opp mot våre egne erfaringer fra praksis. I tillegg har vi intervjuet erfarne sykepleiere fordi dette vil gi oss en bredere innsikt i hvordan sykepleiere jobber for å redusere angsten til pasienter med KOLS.

1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Etter praksis ved medisinske avdelinger, sitter alle tre igjen med sterke møter med hver våre pasienter som lider av KOLS. Vi har et ønske om å lære mer om denne sykdommen og angsten menneskene ofte opplever i forbindelse med det å føle at en ikke får puste. Det har tidligere vært skrevet om liknende problemstillinger, men gjennom å skrive vår egen oppgave tror vi dette vil gi oss økt kunnskap og innsikt i pasienters lidelser med denne sykdommen. Hensikten med oppgaven er å få mer kunnskap om hva vi kan gjøre for å redusere angst hos pasienter med langkommet KOLS, og forstå hvorfor tiltakene blir brukt. Med oppgaven håper vi å styrke vår handlingskompetanse når vi selv begynner å jobbe som sykepleier.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hva kan sykepleieren bidra med for å redusere noe av angsten til pasienter med KOLS eksacerbasjon?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Problemstillingen er avgrenset til hva sykepleieren kan gjøre for å redusere noe av angsten til pasienter med KOLS eksacerbasjon. Med eksacerbasjon mener vi akutt sykdoms forverring. Oppgaven er begrenset til pasienter som har moderat til alvorlig grad av KOLS, med eksacerbasjon. De er innlagt i sykehus på en medisinsk avdeling. Det er ingen avgrensning på kjønn eller alder fordi sykdommen sjelden opptrer før fylte 40 år, og forekommer hos både kvinner og menn (Sorknæs 2001:338). Den medisinske behandlingen pasientene mottar når de er innlagt på sykehuset nevnes kort, men er ikke vektlagt i oppgaven. Vi ser i hovedsak på konkrete sykepleiertiltak som kan være med på å redusere angsten til pasienter med denne lidelsen.

Vi ser ikke på hvordan god personlig hygiene, eliminasjon, røykeslutt, fysisk trening og et godt kosthold kan være med på å forebygge KOLS eksacerbasjon (Sorknæs 2001:343-346). Til vanlig er pårørende ofte en stor del av hverdagen til en pasient, men vi velger å utelukke pårørende i oppgaven på grunn av oppgavens begrensning på 9000 ord.

1.4 Begrepsavklaring

Eksacerbasjon – Akutt forverring (Andenæs 2001:551).

Handlingskompetanse – «Handlingskompetanse knyttes til områder der utdanningen har ansvar for å bidra til at yrkesutøveren skal kunne fungere selvstendig. Den nyutdannede sykepleier skal ha handlings - kompetanse til å ivareta og utøve oppgaver som er sentrale i yrkesfunksjonen. Kompetansen er hovedsakelig rettet mot pasienter og pårørende og mot ivaretagelse av grunnleggende funksjoner i sykepleie» (Utdannings – og forskningsdepartementet 2005).

Ekspektorat – Sekret produksjon, produksjon av slim (Almås, Rønning og Wilberg 2001:307).

Dyspné - «*Besværlig respirasjon, åndenød*» (Blix og Breivik 2006:123).

Kognisjon – «*Viten eller kunnen*» (Tveiten 2008:49).

Atelektase – «*Ved atelektase har et større eller mindre parti av lungevevet falt sammen, slik at gassutvekslingsarealet blir redusert*» (Almås, Rønning og Wilberg 2001:292).

Cyanose – Redusert innhold av oksygen i blodet. Pasienten blir blålig i huden (Blix og Breivik 2006:130).

1.5 Oppgavens oppbygning

Kapittel en består av innledning, begrunnelse for valg av tema og problemstilling, avgrensning og presisering av problemstilling, begrepsavklaring og en kort forklaring av oppgavens oppbygging. I kapittel to tar vi for oss hvordan vi har jobbet med oppgaven og tilegnet oss kunnskap. Kapittel tre er en innføring i hva KOLS og angst er, vi skriver litt om Joyce Travelbee sin sykepleierteori, trygghet, kommunikasjon, mestring, og undervisning og veiledning. I kapittel fire drøfter vi våre funn opp mot problemstillingen. Vår oppsummering ligger under kapittel fem. Oppgaven avsluttes med litteraturliste. Som vedlegg har vi prosjektbeskrivelse, intervjuguide, søknad om tillatelse til innhentning av data og samtykkeerklæring.

Oppgaven består av 9784 ord.

2.0 METODE – Hvordan har vi tilegnet oss kunnskapen

2.1 Hva er en metode?

Dalland (2007:81) henviser til Tranøy når han avklarer sitt syn på metode:

«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».

2.2 Hvilken metode har vi valgt og hvorfor?

Vi har valgt å bruke ett litteraturstudium, der vi anvender en del av pensumet vårt gjennom tre år på sykepleierutdanningen, selvvalgt litteratur og forskningsartikler for å belyse vår problemstilling. I følge Dalland (2007) er litteratur et viktig grunnlag for nesten alle studentoppgaver. Det er denne litteraturen store deler av oppgaven bygger på. Derfor må vi tenke igjennom og forklarer hvorfor og hvordan valgt litteratur er blitt brukt i oppgaven.

I tillegg ønsker vi å bruke kvalitativ metode og intervju i oppgaven, gjennom samtale med sykepleiere som har lang erfaring med pasienter med KOLS, fordi vi mener denne metoden kan belyse problemstillingen på en god kvalitativ måte. En kvalitativ metode kjennetegnes ved at den ikke kan tallfestes eller måles. Den går mer i dybden, og en får et mer helhetlig inntrykk. Dette gir rom for større forståelse og innsikt som gir en helhetlig og særegen tilnærming til feltet (Dalland 2007:84).

Det som skiller en kvalitativ metode fra en kvantitativ metode er at kvantitativ metode gir et svar i tall, og resultater blir ofte fremstilt i grafer, tabeller eller statistiske framstillinger. Denne metoden tar sikte på å undersøke flest mulig forekomster (Dalland 2007:84).

2.3 Kvalitativ forskningsintervju

Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å få frem nyanserte beskrivelser av det informanten forteller om. For å få en tilstrekkelig god beskrivelse er det viktig at spørsmålene som stilles er av en sort som krever utfyllende svar, informanten kan gjerne komme med eksempler (Dalland 2007:130).

2.4 Observasjon

Ifølge Dalland (2007) skjerper vi sansene når vi bruker observasjon som metode, og målet er å utvikle en evne til mer systematisk innsamling av data. Observasjon og intervju kan utfylle hverandre hvis de blir brukt på en god måte. Den kunnskapen og informasjonen vi tilegner oss i et av feltene kan være med på å styrke funnene vi gjør i det andre feltet.

Under vår praksis tidligere i studiet har vi observert pasienter med KOLS og angst. Vi har fått møte flere pasienter med samme sykdom og opplevd hvor forskjellige de kan være. Vi har jobbet tett sammen med pasienter og ønsker å bruke våre erfaringer i denne oppgaven fordi vi mener det er nødvendig for å gi en god besvarelse på problemstillingen.

2.5 Utvalg og forskningsetikk

Vi leverte prosjektbeskrivelsen (vedlegg 1) og tillatelse til innhenting av data (vedlegg 2) til veilederen vår om å få skrive en oppgave om dette temaet. Vi skulle bruke intervju som en av metodene for datainnsamling. Intervjuguiden (vedlegg 3) var vedlagt i søknaden. Dette ble godkjent av veileder.

I uke tre av i alt 16 uker med oppgaveskriving gjennomførte vi intervjuene. En avdelingssykepleier ble kontaktet per telefon for tillatelse til å gjennomføre intervjuene, prosjektbeskrivelsen ble sendt til henne. Hun gav oss tillatelse til å intervju sykepleiere ved avdelingen, hun skulle selv velge ut tre sykepleiere hun mente ville egne seg godt som informanter. Herfra vil sykepleierne vi intervjuet omtales som informanter. Da vi møtte på avdelingen til avtalt tidspunkt kunne vi dessverre ikke få gjennomføre intervjuene. Flere av sykepleiere var syke, dermed hadde de resterende mye å gjøre. Ifølge Dalland (2007:154) er det viktig at den som ber om intervjuet viser fleksibilitet. Vi avtalte derfor nytt tidspunkt, tre dager senere, for gjennomføring av intervjuene. Før vi forlot sykehuset skrev avdelingssykepleieren under på søknaden om innhenting av data slik som vi hadde avtalt. Vi måtte selv ordne med godkjennelse fra informantene før intervjuet. Vi utarbeidet en samtykkeerklæring (vedlegg 4) der det kom fram at all intervjudata skal anonymiseres og diktafonopptak slettes. Det kom også klart frem i skrevet at informanten når som helst kunne trekke

seg. Det var et strategisk valg av intervjupersoner avdelingssykepleieren hadde foretatt da alle tre har en erfaring med å jobbe med pasienter som vår problemstilling omhandler (Dalland 2007:142). Informantene fikk ikke se spørsmålene før intervjuene. Før intervjuene foretok student nummer en og to et prøveintervju av hverandre for å øve seg, og diktafonen ble testet.

Det viste seg at informantene ikke var blitt informert om hva intervjuet handlet om, og de hadde ikke lest gjennom prosjektbeskrivelsen slik vi hadde håpet på. Derfor brukte vi litt tid på å fortelle om oppgaven og forklare hva vi ønsket å bruke intervjuene til. Det er viktig at informasjonen er forstått for at informanten skal forstå hensikten med intervjuet, og på den måte gi best mulig informasjon (Dalland 2007:155). Deretter fikk informantene samtykkeerklæringen som de skrev under på før vi startet. Dette for å sikre personvernet til informantene, og for at oppgaven skal ha en gjennomgående god forskningsetikk. I Dalland (2007:238) står det «*Formålet med lov om personvern er å beskytte den enkelte mot at personvernet blir krenket gjennom behandling av personopplysninger*». Når vi skriver oppgaven må vi være bevisst på at opplysninger og informasjon gjengis så korrekt som mulig, på samme tid som vi anonymiserer all data som mottas i både observasjon og intervju.

2.6 Intervju

Andre gangen vi kom for å gjennomføre intervjuene ble vi tatt imot av den første informanten, og vist vei til rommet hvor intervjuet skulle gjennomføres. De tre individuelle intervjuene ble gjennomført i avdelingens pårørende rom. Avdelingssykepleieren mente det ville være det rommet som ville gi intervjuene minst forstyrrelser. Rommet var behagelig å være i. Det var stille og rolig der til tross for korridoren utenfor, hvor pasienter satt og sykepleierne som var på jobb gikk frem og tilbake. Det var en sofagruppe med puter og et bord i midten av rommet. I tillegg var det en undersøkelsesbenk, en reol med faglitteratur, en kontorpult med datamaskin og et lite bord pyntet med blomster. Rommet var malt i nøytrale, lyse farger med vinduer på den ene siden. Vi ble ikke forstyrret under gjennomføringen av noen av intervjuene. Dalland (2007:154) sier at «*Rammene rundt et intervju kan bety mye for kvaliteten på samtalen*». Vi mener vi hadde gode rammer og ro under samtalen. Vi valgte at student nummer en skulle foreta intervjuene, mens student nummer to skulle fungere som assistent og komme med tilleggsspørsmål ved behov eller uklarheter. Student nummer

tre var ikke med på gjennomføringen av intervjuene da vi følte dette kunne være med på å skape mer forstyrrelser enn gevinst. Student nummer to skulle prøve å observere informantens reaksjoner på spørsmål og svar som ble gitt, og notere seg dette. Student nummer en og to satt i sofaen, mens informantene satt ovenfor dem i en stol under intervjuene. Diktafonen lå på bordet midt imellom.

Informant nummer en hadde mye erfaringer om pasienter med KOLS, og angsten som kan være relatert til KOLS. Informanten så på båndopptakeren av og til, men vi oppfattet ikke dette som et forstyrrende moment i og med at samtalen vi hadde og intervjuet i seg selv var spontant. Under intervjuet hørte vi noen unger lekte og ropte i korridoren utenfor, men informanten virket ikke påvirket av dette.

Den andre informanten fortalte stille og rolig om sine erfaringer. Samtalen vi hadde var spontan, til tross for at hun var nødt til å tenke seg litt om før hun svarte.

Den tredje informanten hadde mange års erfaring fra denne pasientgruppen. Under intervjuet svarte informanten kort på spørsmålene som vi stilte henne. Informanten sa at hun var stresset.

Intensjonen var å følge spørsmålene vi hadde utarbeidet så langt det lot seg gjøre. Likevel valgte vi ikke å avbryte informantene hvis de vandret noe i svarene. Underveis dukket det opp uklarheter og interesse for temaer som gjorde at vi ble nødt til å stille noen utfyllende tilleggsspørsmål.

2.7 Analysen

Dagene etter intervjuene var gjennomført møttes alle tre for å høre igjennom intervjuene hver for oss. Deretter transkriberte vi intervjuene inn på data. Transkripsjonen gikk uten problemer som for eksempel dårlig lyd eller dialektforskjeller. Siden vi ikke fikk noen store eller uventede reaksjoner under intervjuene, ble observasjonsnotatene ikke brukt i noen stor grad når vi skrev over fra diktafon til tekst. Informantene og vi to som foretok intervjuene har dialekt, men intervjuene ble skrevet på bokmål når vi skrev dem over til tekst. Vi føler ikke dialekter førte til noen vanskeligheter eller misforståelser (Dalland 2007). Lydfilene ble slettet etter intervjuene var transkribert for å sikre informantenes anonymitet.

Tekstlesning – den langsomme og sakte lesningen. Deretter leste vi gjennom intervjuene tre ganger hver for oss. Først ble teksten lest åpent og naivt for å få en forståelse av hva intervjuene handlet om. Deretter leste vi for å se på strukturen, en mening, i teksten. Tredje gangen leste vi for å få en forståelse og å se alt i en sammenheng. Ved å gjøre dette kan vi finne en mening i teksten slik at vi kan anvende det vi forstår. Deretter satt vi oss ned sammen for å se hva vi hadde tolket, felles, likt og ulikt. Det er denne felles tolkningen som har gitt oss det vi er kommet frem til (Dalland 2007).

2.8 Vurdering av metodene

Vi mener metoden vi har valgt i oppgaven, vil gi oss svar på problemstillingen. Problemer som kan oppstå, er hvis informantene vi ønsker å intervjuer ikke ønsker å delta eller er avvikende på noen av spørsmålene. I tillegg vil det kunne være en ekstra utfordring å benytte seg av intervjuene hvis de ikke gir oss god eller korrekt informasjon på det vi søker. Vi kan også få vanskeligheter med for mye og uoversiktlig litteratur og forskningsartikler da dette er et stort fagområde (Dalland 2007:87). Siden det ikke har vært lov til å intervjuer pasienter har vi mistet deres egen opplevelse av lidelsen i oppgaven.

2.9 Kildekritikk

Vi skriver om et tema som det finnes mye litteratur om, det har derfor ikke vært vanskelig å finne litteratur. Det som har vært utfordrende har vært å finne fram til god og relevant litteratur og forskning når vi har hatt så mye å velge i. Når vi begynte å søke etter litteraturen vi skulle benytte oss av i oppgaven baserte vi oss først og fremst på tidligere pensum, for så å supplere med selvvalgt litteratur. Vi anser pensum litteraturen som god da den blir bruk som pensum i vår egen sykepleierutdanning. Selvvalgt litteratur anser vi også som god siden vi vet at den brukes ved andre sykepleierutdanninger i Norge. Forskningsartiklene og doktorgradsavhandlingen har vi brukt mye tid på å finne og gått nøye igjennom for å sikre oss at de var relevant og god for vår oppgave. Forskningsartiklene har vi diskutert og samtalt med vår veileder om før vi har benyttet oss av dem.

Begrepene KOLS og angst er betegnelser som vi har valgt å bruke som søkeord i skolens fagdatabaser. Vi har benyttet oss av BIBSYS for så å bruke PubMed som søkeverktøy. Vi fant ikke noen relevant forskning på norsk, derfor gikk vi over til å søke på engelsk. Vi brukte ordene anxiety og COPD, som betyr angst og KOLS.

Da vi brukte diktafon under intervjuene har vi ikke mistet noen utsagn, men vi kan ha feiltolket eller misforstått. Vi har selv en del erfaring fra jobb på sykehus og møter med pasienter som lider av KOLS og angst, derfor kan også vår forforståelse av emnet påvirke de vurderinger og analyser vi gjør.

3.0 TEORI - Sykepleie relatert til pasientens lidelser og sykdom

Pasienter som er innlagt for KOLS har høy forekomst av angst. I følge forskning gjort av Brenes (2003) er det kommet frem resultater som viser at pasienter med KOLS har høyere forekomst av angst og panikk – angst sammenlignet med andre mennesker.

3.1 KOLS (*Kronisk obstruktiv lunge sykdom*)

Respirasjonssystemet er forbundet med hver eneste celle og organ i kroppen, og har to hovedoppgaver. Bringe oksygen til kroppen og utskille avfallsstoffer, som karbondioksid. Mennesker tenker ikke over hvordan de er i pusten så lenge den er normal. Hvis den blir besværet og det er tungt å trekke pusten kan angst oppleves, og en kan bli redd for å dø (Blix og Breivik 2006: 123).

KOLS brukes som en samlebetegnelse for pasienter med lungesykdommene kronisk obstruktiv bronkitt og emfysem. Fellestrekkene for disse lungesykdommene er progredierende og irreversibel luftveismotstand. Progresjon kan komme av flere årsaker for eksempel sigaretttrøyking eller ved yrkesmessig eksponering av støv, gasser og damp. Pasienten vil merke symptomer som hoste og tungpusthet. Selv om lungeskadene er irreversible, er den symptomatiske behandlingen relativt effektiv (Andenæs 2007).

Symptomene som ligger til grunn hos en pasient som har kronisk bronkitt, er ekspektorat og hoste, spesielt om morgenen. Symptomene fører ikke alltid til at motstanden i luftveiene øker, og det trenger derfor ikke å innebære en nedsatt lungefunksjon. Noen pasienter med kronisk bronkitt kan ha økende mengde ekspektorat i flere år uten noe særlig innvirkning på pusten. Andre pasienter kan merke at de blir mer anstrengte i pusten under sykdomsutviklingen. Dette kan komme av at bronkialveggen har blitt betent og fortykket. Pasienter som opplever dette vil tåle mindre av daglige aktiviteter før de blir tung og kort i pusten (Almås, Rønning og Wilberg 2001:296).

Lungesykdommen emfysem vil føre til at det oppstår forandringer i lungevevet hos pasienten. Forandringene fører til at alveolene og bronkiolene i lungene utvides og dermed mister de sin naturlige elastisitet. Skilleveggene i alveolene blir også gradvis

skadet. Forandringene kan føre til at den alveolære overflaten og gassutviklingsarealet reduseres og pasienten må dermed puste med større volum per gang for å få tilstrekkelig med oksygen. De fleste pasienter som har emfysem har ubesværet respirasjon i hvile, og erverver en økende grad av dyspné ved den minste anstrengelse. Da vil pasienten aktivere muskler som normalt ikke er med i respirasjonsarbeidet. Dette skjer for at pasienten skal klare å tømme lungene under ekspirasjonen ved å presse lungene sammen. Ved utvikling av emfysem vil lungevevets egenskaper bli dårligere og pasienten vil få problemer med å tømme lungene før han igjen må starte på ny inspirasjonsfasen (Almås, Rønning og Wilberg 2001:297).

3.1.1 Diagnostikk og klassifikasjon av KOLS

Diagnosen KOLS stilles ved at pasienten gjennomgår en lungeundersøkelse som kalles spirometri. Undersøkelse måler hvor mye luft pasienten klarer å presse ut i løpet av ett sekund, FEV1, og hvor mye pasienten klarer å puste ut totalt etter maksimal inspirasjon, FVC. En pasient med KOLS har en FEV1 på mindre enn 70 % av FVC som er blitt konstatert ved flere repeterte målinger i en stabil fase. Ved hjelp av spirometriundersøkelse kan KOLS klassifiseres i forskjellige grader. Mild KOLS klassifiseres ved FEV1 mindre enn 60 % av forventet verdi. Moderat KOLS klassifiseres ved FEV1 mindre enn 40-59 % av forventet verdi. Alvorlig KOLS klassifiseres som 40 % mindre av forventet verdi (Sorknæs 2001:338).

3.1.2 Eksacerbasjon

KOLS kommer ofte smygende, og for mange pasienter blir sykdommen først oppdaget i forbindelse med akutt sykdomsforverring. De fleste pasienter vil kunne ha langvarige og stabile sykdomsfaser. Hos de pasientene som har alvorlig grad av KOLS kan de stabile fasene ofte bli avbrutt på grunn av forverringer av sykdommen som krever økt medisinsk behandling. Sykehusinnleggelse er vanlig ved KOLS eksacerbasjon. Eksacerbasjon kan bidra til at pasientens livskvalitet, almenntilstand og prognose for sykdommen blir betydelig nedsatt (Sorknæs 2001). I følge forskning gjort av Bailey (2004) er dyspné hovedsymptomet som er assosiert med KOLS eksacerbasjon.

3.1.3 Medikamentell behandling

De fleste medikamentene til en pasient med KOLS er enten i form av tabletter, mikstur eller injeksjon. I tillegg kan pasienten benytte seg av inhalasjonspreparater. De medikamentene som brukes mest er de som virker i luftveiene. Medikamentene virker på den måten at bronkialmuskulaturen slapper av og medikamentene har lokal virkning. Medikamentene tas i forbindelse med dyspné og virker svært raskt etter inntak. Hvis det skulle oppstå en akutt forverring av KOLS har en glukokortikoid kur i form av tabletter god effekt. Den reduserer hevelse og irritasjoner i bronkialslimhinnen, og kan dermed redusere mengden av slimdannelse (Almås 2001:353-354).

3.1.4 Behandling av KOLS

Hvis en pasient får akutt forverring av respirasjonen eller av en kronisk respirasjonssvikt vil den medisinske behandling rettes mot grunnårsaken og dens symptomer. Sykepleierens oppgave vil være å hjelpe pasienten til å opprettholde gassutveksling i lungene. I en akutfase er det to forhold som er spesielt viktig å opprettholde, det å redusere pasientens angst og hjelpe pasienten med å spare på kreftene sine (Almås, Rønning og Wilberg 2001:299).

Almås, Rønning og Wilberg (2001:335) henviser til Bothma et al. sin forklaring på hvordan en benytter seg av et pulsoksymeter for å påvise nøyaktige verdier av oksygeninnholdet i blodet til pasienten. Dette skjer ved at pulsoksymeteret benytter seg av en infrarød stråle som sendes igjennom blodet og kan med det måle eksakt lysmengde. Ut fra denne lysmengden kan apparatet beregne oksygeninnholdet fra prosentandelen av den totale kapasiteten.

For å gi best mulig diagnostisering og medisinsk behandling til pasienten, er det ikke bare de kliniske vurderingene og pulsoksymeteret sine målinger som blir brukt. Det benyttes også blodgass og syre – base – verdier. Blodgassen gir informasjon om hypo – og hyperventilering som igjen viser om pasienten har nedsatt oksygenopptak, om pasienten har effekt av oksygenbehandlingen og om respirasjonssvikten er akutt eller om den har progrediert over lengre tid (Almås, Rønning og Wilberg 2001:335-336).

3.2 Angst

I følge forskning gjort av Bailey (2004) kan pustebesvær være et symptom på angst.

Angst betyr ”trang”, og kommer av det latinske ordet angustus som stammer fra verbet angere. Angere betyr å presse sammen eller å kvele for å påføre smerte. Angst er en diffus, indre uro som pasienten kjenner, men den er ikke rettet mot et bestemt ytre objekt. Angst er noe mennesket er redd for og som truer trygghetsfølelsen. I motsetning til dyr har mennesker fantasi og evne til å kunne forestille seg eventuelle risikoer, dette kan være med på å danne grunnlaget for angsten. Det som er ubehagelig med angst er at en ikke vet hvordan en skal forsvare seg selv. Angst kan gi følelser som svimmelhet, skjelvninger, følelsen av at noe vil kvele en, press i brystet, dunkende hjerte og trykk i magen. Denne ustanselige indre forstyrrelsen kan bidra til en opplevelse som preges av hjelpeløshet. Angst fremkalles kognitivt av en konkret eller innbilt hendelse som kan observeres fysiologisk og ved å se på ansiktsuttrykk til pasienten. Noen av disse fysiologiske forandringene kan være at kroppen øker adrenalinutskillelse i organismer, økende pulsfrekvens og respirasjonsstyrke, temperaturforandringer og blodtrykksforandringer. Det ubehaget pasienten kjenner blir forsterket av de fysiologiske reaksjonene som oppstår (Hummelvoll 2004: 127 - 128).

Pasienten kan oppleve angst i forskjellige dimensjoner. Det skilles mellom mild, moderat, alvorlig og panikk angst. Mild angst er spenninger som oppleves i det daglige liv. En blir mer klartenkt og bevisst. En vil ha et bredere persepsjonsfelt, det vil si klarere oppfatning og tolkning av sansestimuli. Normalt sett kan pasienten kjenne følelsen av angst og dermed klare å sette ord på det (Hummelvoll 2004:129).

Moderat angst medfører at pasienten vil se, høre, forstå og oppfatte mindre enn før, og angsten vil stige. Persepsjonsfeltet vil innskrenkes, og en selektiv uoppmerksomhet vil finne sted (Hummelvoll 2004:129).

Ved alvorlig angst vil persepsjonsfeltet være kraftig begrenset og det kan hende pasienten ikke lengre legger merke til hva som skjer utenfor hans oppmerksomhet. Selv om en annen person prøver å hjelpe, klarer ikke den angstpregede å sammenfatte oppmerksomheten. Pasienten ser, hører og forstår mye mindre enn tidligere fordi oppmerksomheten hans fokuserer på et lite område eller en bagatell i hans situasjon. Han klarer kanskje ikke å skjønne at det dreier seg om angst. Den angstpregede faller

ikke til ro og kan være preget av symptomer som hodepine, kvalme, skjelvinger, svimmelhet, redsel og uro (Hummelvoll 2004:129 – 130).

Ved panikk – angst vil pasienten kun oppfatte angsten. Persepsjonsfeltet er så kraftig redusert at pasienten ikke sanser mer enn en detalj i livet. Pasienten vil distansere seg i forhold til personligheten, og en oppsplitting av grunnleggende funksjoner som bevissthet, hukommelse og personlig identitet. Hans oppfatning av omgivelser vil oppleves som enorme trusler mot seg selv. Pasienten vil være usikker, forvirret, veldig oppslukt i seg selv, ha en følelse av uvirkelighet og frykt. Han vil prøve å flykte fra sine egne tanker (Hummelvoll 2004:130).

Forskning gjort av Brenes (2003) viser at noen av de vanligste symptomene på angst hos pasienter som har KOLS er at de kan føle seg engstelig, trett, distraheret, irritabel og at de er helt på ”kanten”. Angst har negativ effekt på livskvaliteten til pasienter med KOLS. Angsten er forbundet med lav funksjonell status spesielt til helse. Det vil si emosjonelle situasjoner, sosiale sammenhenger, mentale funksjoner og kroppslig smerte.

Det er to forskjellige mekanismer pasienten kan benytte seg av når han opplever angst eller møter angstskapende situasjoner. Det skilles mellom tilpassningsmekanismen og forsvarsmekanismen. Tilpassningsmekanismen preges av at pasienten med angst skal bruke evnen, fornuften, i forsøk på å løse problemer og konflikter. Det å møte situasjoner som utløser angsten på en realistisk måte, og skaffe seg mest mulig informasjon om den forårsakende faktor (Hummelvoll 2004:133).

Forsvarsmekanismen kan hjelpe ved at angsten skjules og at en dermed bevisst velger og ikke oppleve angsten. Disse forsvarmekanismene er fortrenging, rasjonalisering, projeksjon, regresjon og benektning. Dette er ubevisste handlinger og skal virke mot å oppleve angst (Hummelvoll 2004:133- 134).

3.3 Joyce Travelbee sin sykepleiefilosofi

3.3.1 Oversikt

Sykepleieren Joyce Travelbee ble født i New Orleans, USA i 1926 og jobbet som psykiatrisk sykepleier. Hun var spesielt opptatt av det mellommenneskelige forholdet i sykepleien. Travelbee var også opptatt av menneske – til – menneske – forholdet, mestring, betydningen av gode fagkunnskaper og evnen til å benytte seg av dem i praksis. Hun mener sykepleieren må ha selvinnstikk og innsikt i det å være menneske for å gi god sykepleie. Kommunikasjon og det å bruke seg selv terapeutisk er også en viktig del av hennes syn på god sykepleie (Travelbee 1999).

Travelbee omtaler ofte pasienten som *den syke*. Hun beskriver sykepleie som

«... 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 1999:29).

Travelbee ser på hver pasient som et unikt menneske. Selv om sykdommen rent fysiologisk kan være lik fra pasient til pasient, er opplevelsen av sykdommen og lidelsen den fører med seg individuell. Sykepleieren må være bevisst på dette og møte hver pasient som det unike individet de er (Travelbee 1999:57).

3.3.2 Menneske – til – menneske – forholdet

I følge Travelbee kan sykepleiens mål og hensikt bare oppnås gjennom etablering av et menneske – til – menneske – forhold. Forholdet er ikke noe som automatisk er der. Det må hele tiden jobbes med. Det starter med det *innledende møtet*, som er når pasient og sykepleier møtes med de forutsetninger og oppfatninger av en stereotyp pasient og sykepleier. Etter hvert som de lærer å kjenne hverandre oppstår en *framvekst av identiteter*, det vil si at de kan se på hverandre som særegne personer. Når de er blitt bedre kjent vil sykepleieren kunne få *empati* for pasienten. Travelbee beskriver empati som evne til å forstå hvordan et annet menneske tenker og føler. Ved å føle og leve seg inn i hvordan den syke har det vil det kunne oppstå *sympati*. Sympati beskrives som et resultat av den empatiske prosessen. Sympati er i følge

Travelbee et ønske om å gjøre noe aktivt for å hjelpe den syke. Ved å vise sympati kan sykepleieren formidle at hun virkelig bryr seg om pasienten og gjør sitt beste for å hjelpe han. Hvis de tidligere fasene skjer på en god måte vil en til slutt kunne få en *etablering av gjensidig forståelse og kontakt*. Det er først når en har gått gjennom fasene at en kan si at en har ett menneske – til – menneske – forhold. Forholdet kan ikke betraktes som godt eller dårlig. Det er kun ved gode relasjoner at det faktisk er et menneske – til – menneske – forhold til stedet (Travelbee1999).

3.3.3 Å bruke seg selv terapeutisk

Å bruke seg selv terapeutisk innebærer at en sykepleier bruker seg selv for å få til endring hos pasienten. Ved å være bevisst sin egen atferd og hvordan den påvirker pasienten kan en få til positive endringer hos den syke. God selvinnsettelse vil kunne gjøre sykepleieren i stand til å tenke åpent og ikke være dømmende i møte med den syke. Ved å være bevisst sin egen personlighet og kunnskaper vil sykepleieren på en bedre måte kunne skape nye og mer virksomme relasjoner til pasienten. Kun i de relasjoner der endringen gir lindring til den syke kan en si at forandringen er terapeutisk (Travelbee 1999).

3.4 Mestring

Sykdommer som er kroniske stiller ofte nye krav til mestingsevne. Pasienten må kanskje lære seg å leve med smerter og forandringer i kroppen (Blix og Breivik 2006:94).

Andenæs (2007:211) henviser til Lazarus og Folkmann som sier at mestring handler om det å takle stress. Mestring handler også om kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å kunne håndtere ytre eller indre krav til mennesket, og mulige konflikter mellom disse. Kognitiv vurdering er et viktig element i mestring. Vurderingen defineres som en evalueringsprosess, der pasienten i første omgang vurderer den stressende situasjonen opp mot påvirkningen av hans velvære. Videre henviser Andenæs (2007:211) til Lazarus som kaller dette primærvurdering og omhandler hvorvidt mennesket anser den stressende situasjonen som en trussel, et tap en skade, eller som en utfordring. Sekundærvurderingen omhandler vurderingen av om mennesket har de resursene som er nødvendig for å håndtere situasjonen. Han deler

mestring inn i to dimensjoner. Problemfokuset mestring tar utgangspunkt i direkte å kunne endre en situasjon, enten ved å foreta direkte handlinger, eller ved å gjøre forandringer i omgivelsene. Emosjonsfokuset mestring handler om å redusere ubehaget, eventuelt lære seg å leve i situasjonen.

3.5 Kommunikasjon

«Begrepet kommunikasjon kommer av det latinske communicare, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med» (Eide og Eide 2007:17).

Ethvert møte mellom sykepleier og pasient medfører kommunikasjon. Både samtaler og taushet mellom dem er eksempler på kommunikasjon. Den syke vil med kroppsspråk, stemmebruk, ordvalg og væremåte kommunisere. Det samme gjelder sykepleieren. Kommunikasjonen skjer enten bevisst eller ubevisst mellom dem. All kommunikasjon mellom den syke og sykepleieren vil være en mulighet for sykepleieren å bli kjent med den syke (Travelbee 1999:135).

Måten vi som sykepleiere responderer en pasient kan oppfattes som bekreftende eller avvisende. Verbal kommunikasjon er ordene som blir utvekslet mellom pasient og sykepleier. Non – verbal kommunikasjon er kommunikasjon uten bruk av ord. Ansiktsuttrykk og holdning er eksempler på non – verbal kommunikasjon. Alt vi sier og gjør, både verbalt, non – verbalt og ved berøring er måter å kommuniserer på. Derfor er det viktig at sykepleiere har ett bevisst forhold til hva de sier og gjør, og hvilke signaler de samtidig sender ut (Eide og Eide 2007).

3.6 Trygghet

Trygghet er et menneskelig behov. Behovet for trygghet er nødvendig for at pasienten skal føle sikkerhet mot konkrete og ytre trusler. Det for å kunne oppleve tilværelsen som strukturert, meningsfull og stabil. Trygghetsfølelsen er viktig for å kunne danne forhold til andre mennesker og evnen til å være alene (Blix og Breivik 2006:77).

Trygghet består av to fragmenter, den indre og den ytre tryggheten. Den indre tryggheten er den grunnleggende trygghet som en pasient føler. Med dette menes det pasientens opplevelse av fellesskap, tilhørighet, frihetsfølelse, ansvar, normer og verdier. Gjennom erfaringer kan pasienten opparbeide seg indre trygghet som gjør han

tryggere på å kunne møte nye og eventuelt vanskelige situasjoner (Blix og Breivik 2006:77).

Den ytre tryggheten er en form for situasjonstrygghet. Den er relatert til livet pasienten lever og hvordan pasienten velger å samarbeide med omgivelsene. De forskjellige situasjonene pasienten opplever oppfatter han som trygg eller utrygg. Videre deles den ytre tryggheten inn i tre dimensjoner. Kunnskap – og kontrolltrygghet omhandler følelsen av å være trygg når fremtiden er klar og ved å ha nok kunnskaper. Ved økt kunnskap hos pasienten kan det være lettere å forutsi hva som vil skje hvis han blir syk. Da vil denne kunnskapen kunne være med på å gi trygghet ved å redusere frykten for det ukjente (Blix og Breivik 2006:77).

Stole på andre – trygghet er knyttet til forventinger som pasienten har når han er i en vanskelig situasjon. Føler pasienten at sykepleieren er dyktig i jobben sin og opplever at den hjelpen han mottar faktisk hjelper vil det bidra til at pasienten føler seg trygg. Enkle ting kan være med på å bidra til at pasienten føler trygghet. Ett eksempel kan være hvis pasienten ringer i snoren og får hjelp, eller hvis pasienten lurte på noe for deretter å få svar på det. Relasjonstrygghet er knyttet til det sosiale, varme og de nære relasjoner rundt pasienten (Blix og Breivik 2006:77-78).

Sykepleierne kan gjennom deres væremåte og holdninger bidra med å hjelpe pasienten til å oppleve trygghet. Trygghet i seg selv er ikke noe sykepleierne kan frembringe. I stedet kan de gi rom slik at pasienten selv kan åpne opp for muligheter til å finne sin trygghet (Blix og Breivik 2006).

3.7 Undervisning og veiledning

I doktorgrads avhandling av Andenæs (2005) kommer det frem at det mange ganger er for lite fokus på undervisning og veiledning til pasienter med KOLS. Spesielt undervisning og informasjon om de psykiske plagene.

Tveiten (2008:116) definerer undervisning og veiledning som formidling av kunnskap, fremming av helse, forebygge sykdom og legge til rette for å styrke mestringskompetansen.

Travelbee (1999:35) mener undervisning ikke bare innebærer å lære pasienten prosedyrer, som det å administrere sine egne medisiner. Undervisning innebærer og det å lære pasienten å mestre sin egen sykdom og finne en mening med lidelsen.

Fagermoen (2001:17) sier at ved undervisning og veiledning vil pasienten kunne få en bedre forståelse og økt kunnskap om sykdommen sin. Pasienten vil også kunne mestre situasjonen sin bedre.

4.0 UNDERSØKELSEN – Drøfting i lys av teori, intervju og egne erfaringer

4.1 Vårt første møte med pasienter som lider av KOLS

«En pasient ble innlagt på medisinsk avdeling på grunn av KOLS eksacerbasjon. Pasienten fikk en ren seng og et rom som var godt luftet. Jeg skulle gå inn å se til pasienten etter han var blitt servert mat. Han så på meg med redsel i øynene. Pasienten var blålig i ansiktet. Pusten gikk hurtig og han så svært anstrengt ut med skuldrene høyt hevet. Jeg sto i døren mens tankene fløy gjennom hodet. Pasienten gjentok gang på gang, "jeg får ikke puste"»
(Erfaring fra praksis).

Pustebesvær er svært ubehagelig og fører med seg sterk angst. Dette vil medføre en ond sirkel fordi pasienten vil få en forverret dyspné på grunn av angsten. En pasient som har opplevd pustebesvær og angsten knyttet til dette, vil gjøre mye for og ikke oppleve det igjen (Sorknæs 2001:340).

«Jeg opptrådte rolig og var tilstedet for pasienten. Det kom en sykepleier som ga pasienten oksygen og vi hjalp han i en god sittestilling i sengen slik at han klarte å puste bedre» (Erfaring fra praksis).

Oksygen gis vanligvis med volum $\frac{1}{2}$ - 2 liter per minutt til pasienter med KOLS. Vi må observere om pasienten har god effekt av behandlingen. Blir pasienten sløv og snakker utydelig kan det være et tegn på at oksygenvolumet er for stort, ikke det at angsten reduseres. En må da fjerne nesekateteret og kontakte lege. For at pasienten skal klare å puste bedre kan vi undervise i måter å puste på slik at pasienten slipper overflødig muskelbruk og samtidig får styrket respirasjonsmusklene. Det kan være vanskelig siden pasienter med KOLS gjerne har et innlært respirasjonsmønster og muskulære tilstivninger. Dette kan komme av den angsten pasienten føler av ikke å få tilstrekkelig ånde (Sorknæs 2001: 362 - 364).

«Jeg kunne se at pasienten var spent i hele kroppen og hadde skuldrene høyt hevet mens han pustet. Jeg tok meg god tid til å få han til å slappe mer av når han pustet. Jeg viste han også forskjellige pusteteknikker» (Erfaring fra praksis).

Sykepleietiltak for å unngå respiratorisk besvær er; høy sittestilling, få pasienten til å stå eller gå, variasjon i kroppsstillinger, hvilestilling med overkroppen hevet slik at magen ikke trykker mot brystkassen, lindring av smerte, ubehag og angst. Det kan være til hjelp at pasienten legger sine egne hender over magen for selv å kjenne bevegelsen når han puster inn. Vi kan forklare pasienten at ved å gjespe og sukke ofte, begrenses opphopningen av slim. Det å støtte og stabilisere armene med puter slik at pasienten klarer å slappe av i hjelpemusklene rundt halsen og skuldrene, er ofte effektivt (Almås, Rønning og Wilberg 2001:314).

Informant nummer tre sier «*Mange har veldig god effekt av å bruke PEP – fløyte*». Dette fordi det skapes en ekstern motstand mot ekspirasjonen slik at lufttrykket inne i luftveiene heves under ekspirasjonen. PEP – fløyten bidrar til at lumen i luftveiene blir større slik at det blir mindre sammenfall av små luftveier. Slimet mobiliseres, obstruktiviteten i luftveiene blir mindre eller opphevet og ansente inspirasjonsmuskler slapper av. Brystkassen får også et bedre arbeidsforhold. Utviklingen av atelektase hindres eller reduseres og respirasjonsfrekvensen blir lavere (Almås, Rønning og Wilberg 2001). Dette samsvarer med våre erfaringer om at PEP – fløyte kan være til stor hjelp for pasientene. Vi har ved flere tilfeller sett pasienter komme til avdelingen med tydelig pustebevis. Da vi gav pasienten PEP – fløyten og forklarte hvordan han skulle bruke den, hjalp det han til å puste bedre. Informanten sa videre

«PEP – fløyten hjelper for å få opp slim. Det er veldig viktig at de får undervisning i forhold til PEP – fløyte, det kan vi sikkert vær litt sløv på av og til, men det er kjempe viktig».

Når pasienten akutt sliter med pusten, vil han med en gang sette seg i en kroppsstilling som letter respirasjonen og hive etter pusten med åpen munn. Jo mer pasienten sliter med respirasjonen, jo flere hjelpemusklere må han bruke (Blix og Breivik 2006). Vi bør da prøve å påvirke pusten direkte ved å oppfordre til mildere og mer virkningsfull respirasjon, med minst mulig påkjenning.

Travelbee (1999) sier at sykepleieren må bruke seg selv terapeutisk for å få til en positiv endring hos pasienten. Sykepleieren må hele tiden være bevisst sin egen atferd og væremåte. Sykepleieren må også være faglig sterk slik at hun utstråler trygghet i arbeidet hun gjør. Dette mener vi også er nødvendig, vi skal vite hva som bør gjøres

og hvorfor vi gjør det. Hvis vi opptrer usikkert vil det kunne smitte over på pasienten. Han vil med det kunne føle seg mer urolig og usikker, og angsten vil da igjen kunne forsterkes. Informanten i intervju nummer tre er av samme oppfatning som oss og sier

«De føler seg mye tryggere hvis vi er rolig, så snart vi begynner å stresse eller virker usikker så kan pasienten tenke "her er det noe alvorlig galt"».

Blix og Breivik (2006) skriver at hvis pasienten hiver etter pusten, er urolig, har endret utseende med alvorlig cyanose, stiller det store faglige krav til sykepleieren. Hun må hjelpe pasienten til hensiktsmessige stillinger og leier i seng. Ofte kan tungpustheten reduseres ved å sette seg ned sammen med pasienten, snakke rolig og trene på pusteteknikk. Det kan være behov for kontinuerlig oppsyn for å observere pasienten og igjen bidra til at pasienten føler seg trygg. Samtidig som sykepleieren opptrer rolig må hun iverksette tiltak som kan redusere tungpustheten. Informant nummer to mente

«Mot tungpusthet kan man bruke forskjellige stillinger eller leie i seng for at pasienten ikke skal vær så tung i pusten, for eksempel heve hjertebrettet».

Noen ganger har vi opplevd pustebevis hos pasienten som skremmende. Selv om situasjonen kan være stressende, har vi tatt ansvar og skapt ro og kontroll rundt pasienten. Vi har flere ganger erfart at når vi har opptrådt rolig, har det bidratt til at pasienten har blitt roligere og angsten redusert. Erfaringen vår samsvarer med Blix og Breivik (2006) som skriver om sykepleierens væremåte i møte med pasienter som har pustebevis.

Pasienter med KOLS eksacerbasjon har gjerne vært innlagt flere ganger på sykehus gjennom sykdomsutviklingen. Sykepleieren kan snakke med pasienten for å finne ut hva som skjedde ved forverringen, hva som utløste pustebeviset og angsten, og hvilke symptomer pasienten hadde. Dette for å hjelpe pasienten til å mestre pustebevis og angsten senere i sykdomsutviklingen. Pasienten sine preferanser er viktig å ta hensyn til ved innleggelse. Ønsker pasienten å ligge på enerom eller sammen med andre, ønsker de et varmt eller kaldt rom, eventuelt utsikt og lignende (Sorknæs 2001). Informant nummer en uttrykte *«Det er jo mange som kommer med tilbakemelding om at de synes at det er trygt og være her».*

Noen ganger har vi møtt pasienter som dessverre har hatt dårlige erfaringer med å være innlagt på sykehus, fordi de følte seg lite sett av personalet. Derfor mener vi det

er viktig at pasienten blir godt mottatt når han blir innlagt på sykehuset, slik at det å være på sykehuset ikke blir en skremmende opplevelse. De fleste pasientene vi har møtt i praksis har derimot sagt til oss at de føler det er trygt å komme til en avdeling der de er kjent. Samtaler med pasientene fra praksis har vist oss at deres erfaringer kan være til hjelp i behandlingen. Det fordi de kan ha god innsikt i egen sykdom.

Sykepleieren må se og møte hver pasient individuelt. Det som hjelper for en pasient trenger nødvendigvis ikke å hjelpe for en annen. I følge Travelbee (1999) må sykepleieren møte hver pasient som det unike individet de er. Dette er også vår erfaring, det som fungerer og oppleves som godt av en pasient, kan en annen pasient oppleve negativt.

4.2 Trygghet gjennom tillit

I følge Blix og Breivik (2006:86-87) er det å være hyggelig, hilse og presentere seg, ønske pasientene velkommen, vise dem rommet og fortelle om rutineene være med på å gi følelse av trygghet når pasienten kommer til avdelingen. Vi må vise pasienten ringesnoren og fortelle at han kan ta kontakt hvis han blir redd eller trenger noen å prate med. Sykepleierne må vise at de er til å stole på for å oppnå tillit, det vil si at de må holde det de lover og være pålitelige og åpne. Føler pasienten at sykepleierne ikke er ærlige og gir den informasjonen han har krav på, kan det svekke tillitten og gjøre pasienten utrygg. Medmenneskelighet, kunnskaper og ferdigheter blant avdelingspersonellet gir trygghet for pasienten.

Vi mener i likhet med Blix og Breivik (2006) at gode holdninger, kunnskaper og ferdigheter hos sykepleieren er relevant for å føle seg trygg som pasient under innleggelsen. Våre erfaringer er at det er av stor betydning å være rolig, hyggelig og på ingen måte glemme pasienten. Hvis pasienten ”ringer på” bør vi ikke la han vente i det uendelige, og har vi lovet pasienten et glass vann må vi ikke glemme det.

Sykepleierens oppgave vil være å skape et trygt miljø rundt pasienten slik at han kan kjempe mot angsten. Føler pasienten seg trygg kan det være med på å redusere angsten. Dette kan hjelpe til å forstå at situasjonen kanskje ikke er så alvorlig som den føles (Hummelvoll 2004:137). Informant nummer en sier

«Jeg tror det at tillit er det viktigste for å redusere angst. Det at man setter seg inn i pasientens situasjon og viser forståelse slik at pasienten får tillit og skjønner at vi tar dem på alvor».

Vi har erfart at vi ikke skal undervurdere pasientenes angst, fordi det kan føre til tanker om at vi ikke tar hans opplevelse av lidelsen på alvor. Det er betydningsfullt at vi gir pasienten rom til å snakke om hans opplevelse av angsten. En kan for eksempel ikke si til en pasient som har åndenød ”det er ikke er så farlig” og ”det går bra”. Dette kan øke angsten. Hvis en pasient har åndenød og angst må vi være sikker på det vi gjør og være rolig. Vi må sette oss ned sammen med pasienten og tenke over hvordan vi opptrer. All bevegelse av pasienten og omorganisering rundt han kan forverre åndenøden. Vi må hjelpe han til å få overkommelig ventilasjon og minst mulig påkjenning (Blix og Breivik 2006). Informant nummer to mente

«Hvis noen blir akutt tung i pusten så føler de seg mye tryggere hvis vi er rolig. Hvis vi begynner å stresse kan de tenke at noe kanskje er alvorlig og det kan gjøre at de blir enda mer engstelig».

Kommunikasjon kan være avgjørende for pasientens måte å redusere angsten på. Vi må være åpne å snakke med pasienten om hva han er redd for og i noen tilfeller kan dødsangst nevnes. I følge Sorknæs (2001:341) og våre erfaringer er det ikke alltid det å skulle dø pasienten er redd for, det er måten han skal dø på. Den gode samtalen velger vi å kalle det. Fordi vi har erfart at pasienter som føler at vi tar oss tid til å høre på dem og snakker med dem har gitt tilbakemeldinger på at det er til stor hjelp. I følge forskning av Brenes (2003) er det gjort funn som viser at pasienter med KOLS som opplever dyspné vil med en gang kunne feiltolke situasjonen. De vil tenke ”jeg kommer til å dø” på grunn av følelsen av ikke å få tilstrekkelig med luft.

For å endre pasientens innstilling til angst og handlingsmønster er det en forutsetning at pasienten selv vil forandre på dette. Sykepleieren kan bidra med å stimulere pasienten til å forsøke å møte og leve med angsten, og se angstens positive og negative sider. For at dette skal fungere må sykepleieren forstå og kjenne til pasientens opplevelse av angsten i sin livssituasjon for å vite når han trenger støtte eller utfordring. Sykepleieren må prøve å trenge seg inn i pasientens truende tanker for å forstå mer av hvordan han opplever angsten (Hummelvoll 2004:137). Informant

nummer en mente «Vi kan forstå pasienten bedre ved å samtale med han og prøve å vise forståelse for hans problemer».

Gjennom erfaring vet vi at vi hele tiden må tenke over bruken av non – verbal kommunikasjon i møte med pasienter. Spesielt hos pasienter som er engstelig, fordi det ofte er de som har mest behov for at vi er der slik at de føler seg trygg og ivaretatt (Blix og Breivik 2006). Noen ganger kan det være travelt på avdelingen og da bør vi tenke nøye over hvordan vi opptrer ovenfor pasienten. I intervjuet sa informant nummer en

«Man skal ikke undervurdere det non - verbale fordi pasientene sanser det, de ser, de forstår, de er like oppegående selv om de har angst og de er like oppegående som deg og meg... Det er noe som heter ”et blick kan si mer enn tusen ord”, så man må være ganske forsiktig med hvordan man håndtere pasientsituasjonen. Hvis du ikke er oppmerksom på den non – verbale kommunikasjonen, hva du signaliserer med kroppsspråket, vil kanskje aldri pasienten oppnå tillit til deg».

4.3 Sykepleierens handlingskompetanse – et redskap til å mestre angst og forverring

Informant nummer tre sa så fint «Bare at man er der betyr utrolig mye for pasienten». Det er denne erfaringen vi også sitter igjen med fra praksis. Det å kunne ta seg tid, snakke og opptre rolig sammen med en pasient som har angst på grunn av KOLS kan være med på å redusere noe av den angsten han opplever. I følge Blix og Breivik (2006:96) er det viktig å vite hvordan pasienten opplever sin situasjon. Blir vi redd, usikker og urolig kan det smitte over på pasienten og angsten kan bli verre. Vi må ta angsten til pasienten på alvor og vise omtanke og ydmykhet.

«Da jeg var i praksis møtte jeg en pasient som var innlagt på grunn av KOLS eksacerbasjon. Han lå i sengen og klamret seg fast, og var preget av åndenød. Oksygenbehandlingen sto på. I og med at jeg var student hadde jeg bedre tid og den benyttet jeg meg av. Jeg spurte om han var engstelig, han sa han var livredd og trengte hjelp. Jeg satte meg ned og snakket rolig med han. Etter en kort stund ble han mer avslappet og pusten gikk roligere. Jeg følte at jeg hadde

vært med på å redusere åndenød og angsten relatert til det, bare ved å bruke god tid hos pasienten og vise at jeg var tilstedet» (Erfaring fra praksis).

I følge Blix og Breivik (2006:96) er det ikke mye som skal til for å få pasienten til å føle seg sett og bekreftet. Forutsetninger for å gi god sykepleie til pasienter med angst kan være å opptre rolig og møte pasienten med omsorg og respekt. Vi må lytte til pasienten, være til stede for han, gi en hånd og holde i og bruke tid på pasienten.

Dyspné er beskrevet som det mest plagsomme symptomet ved KOLS, det kan føre til frykt, angst og panikk. Pasienten blir utmattet fordi han bruker mye energi på å puste og dette kan igjen føre til en ond sirkel siden angst og dyspné påvirker og forsterker hverandre (Blix og Breivik 2006:133). I forskningen gjort av Bailey (2004) skriver hun at pustebesvær kan være et symptom på angst eller et reelt anfall av pusteproblemer som kan bidra til angst eller panikk – angst. Angst – dyspné – angst – sirkelen kan være vond å bryte, og den kan være håpløs for pasienten å leve med. Dette fordi pasienten ikke har lært hvordan han skal skille mellom disse to faresignalene.

I følge Almås, Rønning og Wilberg (2001:313) og våre egne erfaringer kan det å legge en hånd på skulderen eller stryke pasienten på ryggen hjelpe han til å bli roligere i pusten. Det å være nær pasienten og la pasienten være fysisk nær kan også bidra til at han blir roligere i pusten. Det betyr ikke at de kroppslige grunnene til pustebesværet er redusert, men pasientens angst blir mindre. Informant nummer to sier *«Jeg har erfart at hvis en pasient er akutt tung i pusten og kjempe redd så kan det være til stor hjelp at jeg bare stryker han på ryggen»*.

Vi må åpne opp for at pasienten kan prate. Høre etter, vær tilstede og gi pasienten den oppmerksomheten han trenger. For å samarbeide med en engstelig pasient er hovedmålet å utvikle pasientens egen kapasitet til å tåle mild angst. Ved å bruke kapasiteten vil pasienten kunne møte angstprovoserende hendelser eller situasjoner bedre, og utvikle en større evne til å tåle angst. Han vil også sikre seg muligheten til utvikling, og selvaktelsen vil styrkes. Den eksistensielle tilnærming vil ikke forsøke å stenge ute angsten, men hjelpe pasienten til å forholde seg til og erkjenne angsten. Det kan hjelpe pasienten til å forstå angsten og styrke pasienten til å kunne leve med den (Hummelvoll 2004:138). Det kan være utfordrende å få pasienten til å prate om angsten fordi vi har flere ganger sett at pasienten prøver å skjule angsten, og derfor

burde en støtte pasienten slik at han kan klare å erkjenne angsten. Informant nummer en og to mente at pasienten prøver å skjule angsten fordi de har erfart at mange pasienter med KOLS er redde for å bli sett ned på og oppfattet som narkoman siden pasientene ofte har behov for beroligende medikamenter. Informant nummer tre mente at pasienten ikke prøver å skjule angsten fordi han ikke er redd for å fortelle at han er skremt. Selv om det kom frem ulike meninger om pasienten skjuler angsten eller ikke, mener vi det beste for pasienten er å støtte han og hjelpe han til å forstå betydningen av angsten.

Dessverre er det ofte veldig travelt på sykehuset og sykepleierne har ikke alltid like god tid til pasientene som de ønsker. Under intervjuet sier informant nummer en «... *det er jo ikke noe vi kan bestille, men vi skulle hatt litt bedre tid til pasientene..*». Vi bør undervise pasienten om hva angst er og hva han kan gjøre for å redusere den, og dermed mestre opplevelsen av angst når vi ikke har mulighet til å være tilstedet. I doktorgrad avhandling av Andenæs (2005) kommer det frem at det mange ganger er for lite fokus på informasjon og veiledning om de psykiske plagene, som angst, som pasienten opplever ved KOLS.

I følge Hummelvoll (2004) er det tre behov hos pasienten en må prøve å dekke for å redusere angsten. Det er behovet for trygghet og sikkerhet, angstreduksjon og kunnskap om angst. For å kunne skape trygghet og sikkerhet rundt pasienten har sykepleieren behov for kunnskap om pasientens forståelse av angsten, og hvordan han selv forsøker å kontrollere den. For å kunne redusere angstopplevelsen til pasienten og påvirke til at pasienten opplever situasjonskontroll krever det at sykepleieren opptrer rolig og kontrollert. Sykepleieren bør bruke lette og korte setninger, ha en tillitsvekkende stemme og svare pasienten konkret hvis han stiller spørsmål. De fysiske symptomene på angst er mange, og oppleves ofte som dramatiske. Pasienten har derfor behov for innsikt om angsten og dens konsekvens. Informant nummer tre har erfart

«Jeg tror det er viktig at du er rolig selv og at du virker trygg på det du gjør. Bli vi selv redd kan det gjøre pasienten utrygg. Jeg har inntrykk av at pasientene setter pris på at det er en del faste ansatte på avdelingen som de kjenner igjen fordi det kan gjøre pasienten mer trygg og dermed redusere angsten».

4.4 Undervisning og veiledning – et redskap til å mestre angst og forverring

For en pasient som har KOLS kan det hjelpe og ha kunnskap og ferdigheter til sykdommen og symptomene slik at en kan mestre å leve med diagnosen i større grad. Med økt kunnskap om sykdommen kan pasienten forstå sin egen helse bedre. Derfor kan det være relevant at vi gir veiledning og undervisning til pasienter med KOLS og angst. Klarer vi å gi god veiledning kan pasienten bli bevist og oppdage nye sider ved sykdommen. Hensikten til sykepleierne er å formidle kunnskapen de har, og styrke pasientens mestringskompetanse når det gjelder egen sykdom (Tveiten 2008). Et eksempel på dette kan være at sykepleieren vet hva en pasient har behov for av kunnskap. Pasienten vet selv hva han opplever og hva som er utfordrende ved sykdommen, og hvordan sykdommen påvirker han. Sykepleieren er ekspert på sine kunnskaper, mens pasienten er den som kjenner seg selv best. Sykepleieren må undervise pasienten, slik at pasienten forstår og lærer om sin sykdom (Fagermoen 2001).

I praksis opplevde en av oss en pasient som ofte ringte på fordi han følte han ikke fikk nok oksygen. I denne situasjonen forklarte studenten pasienten at han ikke kunne få mer oksygen, siden antall liter allerede var det meste pasienten ville tåle. Studenten forklarte at det var på grunn av faren for retensjon, som er en opphopning av karbondioksid i blodet. Det kan medføre at pasienten blir sløv, fjern og kan være vanskelig å få kontakt med (Blix og Breivik 2006:127). Det at studenten tok seg tid til å forklare pasienten hva som skjedde med han gjorde han roligere.

Vi spurte sykepleierne i intervjuene om de brukte undervisning og veiledning for å redusere noe av angsten til pasientene. Informant nummer en fortalte

«Mange KOLS pasienter puster sånn her ”puste puste”, overfladisk i stede for å pust med magen og da må vi undervise pasienten i pusteteknikker, og forklare pasienten at det er normalt å føle seg engstelig når en puster overfladisk fordi det føles som en ikke får puste. Derfor må vi hjelpe pasienten til å klare å puste med magen slik at pasienten ikke bruker all hjelpemuskulatur».

I følge Sorknæs (2001) og våre erfaringer er det vesentlig å veilede pasienten til å endre respirasjonsmønsteret for å bedre respirasjonskapasiteten. Det kan ta lang tid og krever tålmodighet av pasienten. Det er av betydning at pasienten selv kjenner symptomene på angst og hva den gjør med kroppen. Vi kan også hjelpe pasienten med å finne avslapningsteknikker.

Av erfaring vet vi at som sykepleier sitter vi med mye kunnskap. Vi kan mye om pusteteknikker og PEP – fløyte, men det blir kanskje alt for ofte tatt som en selvfølge at pasienten har den kunnskapen han trenger for å mestre sin egen sykdom. Derfor mener vi det er viktig at man tar seg tid til å veilede pasienten på pusteteknikker for å unngå at pasienten sliter unødige med pusten og angsten som kan komme av dette.

5.0 AVSLUTNING – Våre funn

Gjennom arbeidet med oppgaven har vi kommet frem til at sykepleierne må hjelpe syke mennesker med å mestre sykdom. Mennesker med kronisk sykdom kan ikke bli frisk og det er derfor en av sykepleierens oppgaver å sørge for at pasientene opplever så god livskvalitet som mulig.

Litteraturen vi har studert viser til situasjoner der sykepleieren alltid gjør det mest optimale for pasienten og der hun alltid vurderer situasjoner og pasienter individuelt. I vår sykehuspraksis har vi derimot opplevd at "tidsklemma" ofte er tilstedet.

Opplevelsen vi sitter igjen med er likevel at sykepleierne gjør mye for at pasienten skal ha det godt, men at det ikke alltid er tid til de lange gode samtalene.

Vi har kommet frem til at vi som sykepleiere hele tiden må tilegne oss kunnskaper om sykdommer og lidelser. Dette for å være trygg på oss selv og for å kunne undervise pasienten, slik at han får kunnskaper om sin lidelse. Dersom pasienten skal oppleve at undervisning og veiledning blir nyttig for han er det nødvendig å gå i dialog med pasienten. Vi må ta på alvor og inkludere pasientens erfaringer, opplevelse og kunnskap om sin lidelse. Vi mener kunnskap om sin egen sykdom i mange tilfeller er svært viktig for å kunne forstå sin egen situasjon og dermed lære seg å leve med KOLS, og angsten som ofte er tilstedet.

Travelbee vektlegger at det er sykepleieren sitt ansvar å opprette et menneske – til – menneske – forhold mellom pasient og sykepleier. Vi har opplevd at det kan være vanskelig og noen ganger neste umulig å få et menneske – til – menneske – forhold mellom pasient og sykepleier. Det fordi det dessverre noen ganger er liten tid til å bli kjent med hverandre på en god måte. Når vi er ferdig utdannet vet vi av erfaring at det er en travel hverdag som venter oss på sykehuset. Selv om vi mange ganger vil oppleve at vi ikke får praksis til å forenes med de gode eksemplene i litteraturen, må vi aldri slutte å etterstrebe denne perfekte situasjonen. Det er vår oppgave som sykepleier å gjøre det som er best for pasienten, uavhengig av tid og økonomi. Vi tror at bedre tid og mer fokusering på det å få pasienten til å føle seg trygg og sett, vil kunne være med på å redusere angsten som pasienter med KOLS ofte opplever. Det finnes ingen fasit svar for hvordan en pasient opplever lidelsen, men en ting vi har lært av oppgaven er at det er av stor betydning at vi er tilstedet for pasienten.

LITTERATURLISTE

Pensumlitteratur

Almås, H., Rønning, L. og Wilberg, S. (2001) Sykepleie til pasienter med forstyrrelser i lungefunksjonen. I: Almås, H. (red.) (2001) *Klinisk sykepleie*. Bind 1. Oslo: Gyldendal Akademisk

Almås, H. (red.) (2001) *Klinisk sykepleie*. Bind 1. Oslo: Gyldendal Akademisk

Andenæs, R. (2007) Å leve med lungelidelser. I: Gjengedal, E. og Hanestad, B.R. (red.) (2007) *Å leve med kronisk sykdom. En varig kursendring*. Oslo: Cappelen forlag AS.

Blix, E.S. og Breivik, S. (2006) *Basisbok i sykepleie. Om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlag

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskrivning for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide, H. og Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Fagermoen, M.S. (2001) Samtale, undervisning og veiledning. I: Almås, H. (red.) (2001) *Klinisk sykepleie*. Bind 1. Oslo: Gyldendal Akademisk

Gjengedal, E. og Hanestad, B.R. (red.) (2007) *Å leve med kronisk sykdom. En varig kursendring*. Oslo: Cappelen forlag AS.

Hummelvoll, J.K. (2004) *HELT – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Sorknæs, A. D. (2001) Spesiell sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom. I: Almås, H. (red.) (2001) *Klinisk sykepleie*. Bind 1. Oslo: Gyldendal Akademisk

Tveiten, S. (2008) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget. 2. utgave

Selvvalgt litteratur

Andenæs, R. (2001) Følelser og mestring hos pasienter med kronisk obstruktiv lungelidelse (KOLS). I: Gjengedal, E. og Jakobsen, R. (2001) *Sykepleie 2 praksis og utvikling*. Oslo: Cappelens forlag AS

Gjengedal, E. og Jakobsen, R. (2001) *Sykepleie 2 praksis og utvikling*. Oslo: Cappelens forlag AS

Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Utdannings- og forskningsdepartementet (2005) Rammeplan for sykepleieutdanning. Tilgjengelig fra

<http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan%20for%20sykepleierutdanning%2005.pdf> [28.mars 2011]

Forskningsartikler og doktorgrad avhandling

Andenæs, R. (2005) *Psychological distress, coping, and quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. Oslo: The medical faculty, University of Oslo.

Bailey, P.H. (2004) *The Dyspnea – Anxiety – Dyspnea Cycle – COPD Patient's Stories of Breathlessness: "It's Scary /When you Can't Breathe"*. Tilgjengelig fra <http://qhr.sagepub.com/content/14/6/760> [28.mars 2011]

Brenes, G.A. (2003) *Anxiety and Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Prevalence, Impact, and Treatment*. Tilgjengelig fra <http://www.psychosomaticmedicine.org/content/65/6/963.full.pdf+html?sid=a60dd169-bc9e-4448-9bf1-ab058b13e4d5> [28.mars 2011]

VEDLEGG

Vedlegg 1

Prosjektbeskrivelse bacheloroppgave.

Tema og foreløpig begrunnet problemformulering.

Vi har vært i praksis ved tre forskjellige medisinske avdelinger, og vi sitter alle igjen med sterke møter med hver våre KOLS (kronisk obstruktiv lunge sykdom) pasienter og et ønske om å lære mer om denne sykdommen og angsten disse menneskene opplever i forbindelse med det å føle at en ikke får puste.

Våre erfaringer har vist oss at det er stor forskjell på pasientene og hvordan sykdommen påvirker hverdagen deres . Noen lever relativt aktive liv mens andre igjen har problemer med å ivareta de grunnleggende behovene sine som hygiene og ernæring. Vi har også sett hvordan flinke sykepleiere kan være med på å snu en krevende og angstfull opplevelse til det bedre. Dette ved å være rolig, trygg på seg selv, ha god kommunikasjon med pasienten, og ikke minst gode teoretiske kunnskaper både når det gjelder de somatiske og de psykiske plagene pasienten opplever.

I følge verdens helse organisasjons sine anslag (2007), lider i dag 210 millioner mennersker av KOLS og 3 millioner mennesker døde av KOLS i 2005. WHO tror KOLS vil bli den tredje største årsaken til dødsfall på verdensbasis i 2030. (www.who.int.en)

Med bakgrunn i de opplevelser vi har hatt i praksis og hva vi ønsker å lære av denne oppgaven er vi kommet frem til følgende problemstilling:

”Hva kan sykepleieren gjøre for å redusere noe av angsten til pasienter med KOLS exacerbasjon?”

Hensikten med prosjektet/oppgaven

Hensikten med oppgaven er å få mer kunnskap om hva vi kan gjøre for å redusere angst hos pasienter med langkommet KOLS og at vi skal kunne ha en god handlingsberedskap når vi selv begynner å jobbe som sykepleier om få måneder. Vi ønsker ikke bare vite hvilke tiltak som brukes for å redusere angsten til KOLS

pasienten, men forstå hvorfor disse tiltakene blir brukt. Vi ønsker å intervju to erfarne sykepleiere fra medisinsk avdeling for å få en bedre forståelse av deres måter og handlingsmønstre i møte med pasienten. Hensikten er også det å kunne lære seg å skrive en såpass omfattende oppgave som bacheloren er, der en er nødt til å systematisere mye informasjon og hele tiden reflektere over det vi skriver.

Foreløpige avgrensninger

Vi har valgt å se kun på pasienter som er innlagt på sykehus. Vi har ikke gjort noen avgrensning i forhold til alder da kols er noe som helst rammer de over 40 år. Vi vet at det er mange problemstillinger knyttet til det å ha kols, for eksempel ”kols og ernæring”, ”kols og aktivitet”, ”kols og hjerteproblemtikk” og ikke minst familie og pårørende til en kols pasient. Vi har imidlertid valgt å fokusere på kols og angst. Vi vet selvfølgelig at pårørende er en svært viktig del av en kols pasients sin hverdag, men pga oppgavens begrensning på 9000 ord velger vi å ikke skrive noe om det. Vi kommer til å nevne noe om den medisinske behandlingen til KOLS og angst, men hovedsakelig ønsker vi å fokusere på tiltak uten bruk av medisin som vi tror sykepleiere kan gjøre for pasienter som sliter med dette. Vi har valgt å fokusere på KOLS pasienter innlagt i medisinsk avdeling på sykehus og som er innlagt pga KOLS eksaserbasjon, noe som ofte medfører angst. Vi har også valgt å fokusere på dem med mest langkommet sykdom.

Teoretisk referanseramme

Vi kommer til å belyse sentrale begreper som KOLS og angst i oppgaven. Vi har valgt å bruke Joyce Travelbees sykepleierteori og hennes verk. Hun forklarer at for å gi god sykepleie er det viktig at vi forstår pasientene sin opplevelse av sykdommen. At det er et positivt sykepleier-pasient forhold tilstede under behandling. Hun forteller om god kommunikasjon og om å bruke seg selv terapeutisk, noe som er sentralt når en skal hjelpe en pasient som sliter med KOLS og angst.

Aktuell litteratur

Vi skal bruke Joyce Travelbees verk *mellommenneskelige forhold i sykepleie* som vår teoretiker i oppgaven for å underbygge påstander eller refleksjoner vi gjør oss underveis. Vi skal i tillegg bruke pensum litteratur. (se vedlagt liste) Vi ønsker også å bruke nyere forskningsartikler og nyere litteratur etter hvert som vi finner det.

Vitenskapsteoretiske redegjørelse og metodevalg med begrunnelse

Vi har valgt å bruke en kvalitativ metode i vår oppgave, fordi vi mener denne metoden kan belyse problemstillingen på en best mulig måte. En kvalitativ metode kjennetegnes ved at den ikke kan tallfestes eller måles. Den går mer i dybden, og man kan få et mer helhetlig inntrykk. Dette gir rom for større forståelse og innsikt som gir en helhetlig og særegen tilnærming til feltet. Nettopp dette er det vi føler dybdeintervju av to erfarne sykepleiere vil gi oss. I tillegg skal vi bruke ett litteratur studie for å få på plass mer teori, forskning og fakta, og fordi vi vet ut ifra den undervisningene vi har hatt tidligere i studiet at det finnes mye god litteratur i forbindelse med vår problemstilling.

Fremgangsmåte for intervju

Vi har valgt å bruke intervju som metode for å få frem sykepleierens erfaringer om KOLS og angst i oppgaven. Vi tror at et litteraturstudie alene vil bli for lite til oppgavens problemstilling og har derfor valgt å styrke oppgaven med intervju av sykepleiere på en medisinsk avdeling. Vi har valgt det kvalitative forskningsintervju for å få tak i intervjupersonens egen beskrivelse. I intervjuguiden vil vi ha åpne spørsmål for å få en god og spontan samtale. Vi velger å ikke sende intervjuguiden til intervjupersonene før intervjuet for å ikke miste den spontane samtalen. Men vi vil sende prosjektbeskrivelsen før intervjuet slik at intervjupersonene er forberedt på hva vi skal skrive om. Når vi har fått godkjent tillatelse til innhenting av data vil vi ta kontakt med avdelingssykepleier på medisinsk avdeling for å informere om vårt tema til intervju og høre om det er muligheter for at vi kan få intervju to sykepleiere på avdelingen. Vi ønsker å ta opp intervjuene på båndtaker, skrive dem ned for så å slette opptakene når vi er ferdig med dem, senest ved innlevering av oppgaven. Når det gjelder det forskningsetiske er vi klar over taushetsplikten vi har og vårt ansvar for å anonymisere intervjupersonene.

Etiske overveielser

Siden vi ikke får lov til å intervju pasienter blir bachelor oppgaven basert på observasjoner gjort av oss selv og de sykepleieren vi skal intervju fremfor pasienten sin direkte opplevelse av det å ha KOLS og slite med angst når en ikke får puste.

Vedlegg 2

Intervjuguide

De tre hovedspørsmålene, som vi mener vil belyse vår oppgave spesielt er markert i **fet** skrift.

1. Hva er din jobb på sykehuset, og hvor lenge har du jobbet med pasienter med KOLS?
2. Hva kjennetegner en langkommet kols pasient?
3. Opplever du at pasienter med langkommet KOLS sliter med angst?
4. Hva gjør du som sykepleier for å ivareta disse pasientene på best mulig måte slik at de opplever trygghet?
5. Hvilke faktorer tror du må være tilstedet for at sykepleier skal kunne redusere noe av den angsten en pasient med KOLS opplever?
- 6. Hvordan møter du pasienten som kommer inn med KOLS forverring?**
7. Har det noe å si om pasienten er kjent med avdelingen og personalet?
8. Opplever du at undervisning og veiledning kan hjelpe for å redusere noe av angsten pasienten opplever?
9. Hvor mye tror du trygget og ro rundt pasienten har å si?
- 10. Hvordan går du frem for å redusere angst hos en KOLS pasient?**
11. Hva tror du er viktig for at en pasient med angstanfall skal klare å redusere angsten?
12. Tenker du over bruken av non-verbal kommunikasjon når du møter pasienter med angstanfall?
- 13. Er det ett spesielt møte med en pasient som har angst pga KOLS, der du har snudd situasjonen til det bedre, du kunne tenkt deg å fortelle om?**
14. Hva tror du nyutdannede sykepleiere kan bli flinkere til å gjøre for disse pasientene?

Vedlegg 3

Tillatelse til innhenting av data



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Profesjonshøgskolen
Sykepleie og helsefag

J.nr.:

TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.

Stiles til: _____

Avdeling / institusjon

Ved: _____

Navn avdelingsleder / faglig leder

Som ledd i arbeidet med

- 1.) Fordypningsoppgave ___
- 2.) Deleksamen ___
- 3.) Semesteroppgave ___
- 4.) Prosjektarbeid ___

søker:

Student: _____

Bachelor i sykepleie: Kull: _____ Studiested: _____

Videreutdanning, linje: _____ Kull: _____

om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave.

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettssikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner.

OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:

Problemstilling og formål med undersøkelsen: _____

Metode v/ datainnsamlingen: _____

Respondenter / intervjupersoner: _____

Hjelpemidler til bruk v / datasamlingen: _____

NB! Evt. spørreskjema til bruk i datasamlingen er vedlagt.

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: _____

Ved ønske om ytterligere informasjon bes saksbehandler om å ta kontakt med undertegnede student eller faglærer.

Med hilsen

Student

Faglærer

Svar på søknaden bes gitt på vedlagte svarskjema, som sendes til student med kopi til faglærer.

Jnr.:

Dato: _____

Til

Student: _____

Faglærer: _____

Høgskole: _____

Adresse: _____

Postnr. / poststed: _____

SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.

Søknad av dato _____ er behandlet dato _____ av saksbehandler / organ:

Vedtak: _____

Evt. merknader knyttet til vedtaket: _____

Underskrift

Underskrift

Vedlegg 4

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg bekrefter herved at jeg _____ frivillig har deltatt i intervju i forbindelse med bacheloroppgaven med tema KOLS og angst. Jeg har deltatt i forbindelse med min stilling som sykepleier ved medisinsk avdeling for lungesykdommer. Jeg er informert om at materialet fra dette intervjuet skal anonymiseres og kun brukes i forbindelse med denne oppgaven. Alle personopplysninger og stedet for intervjuet vil bli anonymisert i oppgaven. Intervjuet som blir tatt opp på bånd, oppbevares konfidensielt og slettes etter transkribering. Senest 29.april 2011. Jeg er også informert om det er frivilling å delta i prosjektet og at jeg når som helst kan trekke meg som intervju objekt/informant.

Sted: _____ Dato: _____

Signatur: _____