



MASTEROPPGAVE:

**PASIENTERS OPPLEVELSE  
AV MASKEBEHANDLING  
VED AKUTT KOLS-FORVERRING:  
EN EMPIRISK STUDIE**

FORFATTER: MARIT BUE

DATO: 29.05.2015

## SAMMENDRAG

<b>Tittel:</b>	Pasienters opplevelse av maskebehandling ved akutt KOLS-forverring: En empirisk studie	<b>Dato:</b> 29.05.2015
<b>Deltaker:</b>	Marit Bue	
<b>Veileder:</b>	Inger Signe Johansson	
<b>Oppdragsgiver:</b>	Master i klinisk sykepleie, Høgskolen i Gjøvik	
<b>Stikkord/nøkkelord</b>	Kronisk obstruktiv lungesykdom, NIV-behandling, pasient erfaring, mestring	
<b>Antall sider/ord:</b> 66/19761	<b>Antall vedlegg:</b> 5	<b>Tilgjengelighet:</b> Åpen

**Introduksjon:** Maskebehandling ved akutt KOLS-forverring kan være forbundet med angst, panikk og fysisk ubehag, og det kan være utfordrende å tolerere behandlingen. Mer kunnskap om pasienters opplevelser er av stor betydning for sykepleiere som administrerer maskebehandling.

**Hensikt:** Studiens hensikt var å undersøke og beskrive pasienters opplevelse av sin situasjon og maskebehandlingen ved akutt KOLS-forverring.

**Metode:** Studien har et kvalitativt design. Det ble foretatt individuelle, semistrukturerte intervjuer av ni KOLS-pasienter som hadde gjennomgått førstegangs maskebehandling. Induktiv innholdsanalyse ble benyttet for å bearbeide innsamlet data.

**Resultater:** Ved dataanalysen fremkom åtte subkategorier som ble samlet til tre kategorier: 1) Pustebeviser som fører til fysisk ubehag, frykt og kaos. 2) Behov for helsehjelp i et omsorgsorientert pleiemiljø. 3) Mestring og toleranse av maskebehandlingen. Funnene ble sammenfattet i hovedkategorien; fra kamp til lettelse ved hjelp av pasientnær sykepleie. Den gjenspeiler informantenes erfaringer med overgangen fra å oppleve stort pustebeviser til å kjenne hvordan maskebehandlingen bedret pusten. Pasientnær sykepleie, bestående av både et fysisk og et psykososialt aspekt, var av stor betydning underveis i behandlingen.

**Konklusjon:** Studien viste at maskebehandling ved akutt KOLS-forverring kan være en svært stressende hendelse. Følelsen av å gjenvinne pusten, samt tett oppfølging og støtte fra sykepleiere, var viktige faktorer for mestring av maskebehandlingen.

## ABSTRACT

<b>Title:</b>	Patient´s experience of mask treatment of acute COPD exacerbation: An empirical study	<b>Date:</b>	29.05.2015
<b>Participant:</b>	Marit Bue		
<b>Supervisor:</b>	Inger Signe Johansson		
<b>Employer:</b>	Master's degree in advanced clinical nursing, Gjøvik University College		
<b>Keywords:</b>	Chronic obstructive pulmonary disease, non-invasive ventilation, patient experience, coping		
<b>Number of pages/words:</b>	<b>Number of appendix:</b>	<b>Availability:</b>	
66/19761	5	Open	
<p><b>Introduction:</b> Mask treatment of acute COPD exacerbations may be associated with anxiety, panic and physical discomfort, and it can be challenging to tolerate the treatment. More knowledge about patient´s experiences are of great importance for nurses who administer mask treatment.</p> <p><b>Aim:</b> The aim of the study was to explore and describe patient´s experiences of their situation and the mask treatment of acute COPD exacerbation.</p> <p><b>Method:</b> The study has a qualitative design. There were conducted individual, semi-structured interviews of nine COPD patients who had been treated with mask for the first time. Inductive content analysis was used to analyse the collected data.</p> <p><b>Results:</b> The data analysis emerged eight subcategories which were divided in three categories: 1) Shortness of breath that leads to physical discomfort, fear and chaos. 2) The need for health care in a care oriented nursing environment. 3) Coping and tolerance of the mask treatment. The findings were summarized in the main category; from fight to relief by using patient centered nursing. It reflects the informant´s experiences with the transition from experiencing great difficulty in breathing to feel how the mask treatment improved breathing. Patient centered nursing, consisting both a physical and a psychosocial aspect, were of great importance during the treatment.</p> <p><b>Conclusion:</b> The study showed that mask treatment of acute COPD exacerbations can be a very stressful event. The feeling of regaining breathing, as well as close follow up and support from nurses were important factors for coping with the mask treatment.</p>			

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	2
Abstract .....	3
1.0 INTRODUKSJON .....	6
2.0 BAKGRUNN .....	8
2.1 KOLS i dagliglivet .....	8
2.2 Maskebehandling ved KOLS .....	10
2.3 Pasienters utfordringer og mestring ved maskebehandling .....	11
2.4 Sykepleie til pasienter med maskebehandling .....	13
2.5 Problemstilling .....	15
2.6 Hensikt og forskningsspørsmål .....	16
3.0 DESIGN OG METODE .....	17
3.1 Kvalitativ tilnærming .....	17
3.2 Utvalg .....	18
3.3 Datainnsamling .....	20
3.4 Dataanalyse .....	22
3.5 Troverdighet .....	26
4.0 FORSKNINGSETIKK .....	28
5.0 RESULTAT .....	30
5.1 Pustebesvær som fører til fysisk ubehag, frykt og kaos .....	31
5.1.1 Manglende pust og kroppslig ubehag .....	32
5.1.2 Uro og panikk relatert til pusten og synet av masken .....	32
5.1.3 Uoversiktlig situasjon og manglende kontroll .....	33
5.2 Behov for helsehjelp i et omsorgsorientert pleiemiljø .....	33
5.2.1 Tilfredsstillende informasjon fremmer forutsigbarhet og trygghet .....	34
5.2.2 Tillit til faglig kompetent helsepersonell .....	35
5.2.3 Omsorg, støtte og forståelse fra tilgjengelige sykepleiere .....	35
5.3 Mestring og toleranse av maskebehandlingen .....	37
5.3.1 Følelse av ubehag fra masken .....	37
5.3.2 Tilpasning for å mestre maskebehandlingen .....	38
5.4 Fra kamp til lettelse ved hjelp av pasientnær sykepleie .....	40

6.0	DISKUSJON.....	42
6.1	Opplevelse av situasjonen og helsehjelpen før maskebehandlingen .....	43
6.2	Opplevelser underveis i maskebehandlingen.....	46
6.3	Forhold av betydning for mestring av maskebehandlingen.....	50
6.4	Fra kamp til lettelse ved hjelp av pasientnær sykepleie.....	53
6.5	Metodediskusjon.....	56
7.0	KONKLUSJON OG KLINISKE IMPLIKASJONER .....	60
	REFERANSELISTE .....	62

Vedlegg 1	Informasjonsskriv til pasienter
Vedlegg 2	Skjema for tillatelse til å bli oppringt etter utskrivelse
Vedlegg 3	Skjema for samtykke til å delta i studien
Vedlegg 4	Intervjuguide og skjema for bakgrunnsdata
Vedlegg 5	Søknad til avdelingsleder ved intensivavdeling

Antall ord: 19761

## 1.0 INTRODUKSJON

Akutt KOLS-forverring med økning av symptomer, utover de vanlige daglige variasjonene, kan være en alvorlig og livstruende tilstand som krever innleggelse på sykehus (British Thoracic Society Standards of Care Committee, 2002; GOLD, 2014; Stoller, Barnes & Hollingsworth, 2013). Noen pasienter har god nytte av maskebehandling, også kalt NIV-behandling (non-invasive ventilation). Det kan imidlertid være en stor utfordring å skulle mestre denne behandlingen. Enkelte pasienter har en følelse av angst, panikk og tap av kontroll, og de kan oppleve maskebehandling som traumatisk og forbundet med mye ubehag (Sørensen, Frederiksen, Grøfte & Lomborg, 2013a, 2013b, 2014; Torheim & Gjengedal, 2010; Torheim & Kvangarsnes, 2014). Studier har vist at sykepleiernes kunnskaper og erfaringer, og deres samspill med pasienten, er av stor betydning for KOLS-pasientens aksept for maskebehandlingen (British Thoracic Society Standards of Care Committee, 2002; Nava & Ceriana, 2004; Nava & Hill, 2009).

I løpet av min tid som sykepleier, og etter hvert som intensivsykepleier, har jeg administrert maskebehandling til pasienter med ulike sykdommer. Erfaringsmessig er det stor forskjell på hvor godt pasientene mestrer maskebehandlingen. Mange pasienter tolererer masken godt, noen gir uttrykk for ubehag som gjør det utfordrende å akseptere masken og enkelte klarer ikke å tolerere maskebehandlingen i det hele tatt. Hvordan intensivsykepleier kan fremme trygghet ved maskebehandling hos pasienter med akutt KOLS-forverring, var tema for min fordypningsoppgave fra videreutdanning i intensivsykepleie våren 2013. Underveis i arbeidet med fordypningsoppgaven ble det foretatt litteratursøk, blant annet i de internasjonale databasene Cochrane, McMaster, Medline, Embase og Cinahl. Det ble imidlertid funnet svært få forskningsartikler som omhandler pasienters egen opplevelse av maskebehandling ved akutt KOLS-forverring. Mangelen på studier innen dette området blir bekreftet av Smith, Davidson, Jenkins og Ingham (2015) og Torheim og Gjengedal (2010).

Ved oppstart på masterstudiet fant jeg det interessant å gå videre på temaet fra overnevnte fordypningsoppgave. Jeg ønsket å gjøre en empirisk studie der hensikten var å undersøke KOLS-pasienters erfaringer og opplevelser fra førstegangs maskebehandling gitt på intensivavdeling. En empirisk studie der pasienter blir spurt om deres tanker og erfaringer rundt maskebehandling kan frembringe mer kunnskap på området. Det er av stor betydning for

sykepleiere å få økt innsikt og forståelse for pasienters opplevelse av situasjonen, både ved forberedelse og oppfølging av maskebehandling. Resultatene fra denne studien kan bidra til å bevisstgjøre sykepleiere som administrerer maskebehandling.

For de fleste pasienter har pårørende en betydningsfull rolle som støttespillere og omsorgspersoner. Som sykepleiere har vi også en viktig oppgave i å involvere og vise omsorg for de pårørende. I denne masteroppgaven er imidlertid hovedfokus rettet mot pasienters opplevelse av maskebehandling, og de pårørende blir ikke omtalt her. Rundt KOLS-pasienter som får maskebehandling står det et team med helsearbeidere innen ulike profesjoner. Det er imidlertid pasientenes samspill med sykepleierne som blir berørt i denne masteroppgaven. Når det videre i masteroppgaven blir referert til studier der deltagerne har vært intensivsykepleiere blir dette poengtert ved å skrive intensivsykepleier. Ellers skrives kun sykepleier, selv om det i praksis ofte vil være intensivsykepleiere som administrerer maskebehandling til KOLS-pasienter som er innlagt på intensivavdeling.

## **2.0 BAKGRUNN**

Dette kapitlet er organisert i seks temaer som er relatert til det valgte problemområdet. De ulike temaene belyses ut ifra teori og tidligere forskning på området. Første tema omhandler forekomst, kjennetegn og symptomer på KOLS, og pasienters opplevelse av å leve med sykdommen. Neste tema inneholder en beskrivelse av maskebehandling ved KOLS. Tredje tema dreier seg om pasienters opplevelser av situasjonen rett før og underveis i maskebehandlingen, samt deres mestring av denne behandlingen. Det fjerde temaet omhandler sykepleiernes faglige kompetanse og deres omsorg for pasienter som får maskebehandling. Neste del inneholder et kort sammendrag og en problemstilling som angir hva som finnes og hva som savnes av kunnskap innen området. Til slutt presenteres hensikten og forsknings-spørsmålene ved studien.

### **2.1 KOLS i dagliglivet**

KOLS forekommer hyppig, og det anslås at 64 millioner mennesker har sykdommen. Ifølge Verdens helseorganisasjon vil KOLS være den tredje hyppigste dødsårsaken på verdensbasis i 2030 (World Health Organization, 2014). I Norge er det nærmere 250.000 - 350.000 personer som har varierende grader av sykdommen (Helsedirektoratet, 2012). Sykdommen ses oftest hos personer over 40 år, og hyppigheten øker kraftig i eldre aldersgrupper. Tidligere var det flere menn enn kvinner med KOLS, men i dag er det ingen vesentlige kjønnsforskjeller med hensyn til forekomst (GOLD, 2014). En norsk studie viste at 14 % av befolkningen i alderen 35-90 år oppfylte kriteriene for KOLS. Samtidig hadde kun en fjerdedel fått diagnosen fra lege, noe som kan tyde på en betydelig underdiagnostisering av KOLS (Waatevik, Skorge, Omenaas, Bakke, Gulsvik & Johannessen, 2013).

KOLS er en sykdom som er karakterisert av nedsatt luftstrøm gjennom luftveiene. Det skjer en gradvis utvikling av luftveisobstruksjonen, og den er assosiert med kroniske betennelsesreaksjoner med deformering av de små luftveiene (kronisk bronkitt) og/eller nedbryting av vevet i alveoleveggene (emfysem) (Opdahl, 2008; Rennard, Stoller & Hollingsworth, 2014). Basert på måling av lungefunksjonen ved spirometri deles KOLS inn i grad I til IV, betegnet som henholdsvis mild, moderat, alvorlig og svært alvorlig KOLS (GOLD, 2014).



De vanligste initiale symptomene ved KOLS er tungpust ved aktivitet og langvarig hoste med eller uten oppspytt/slim. Ved moderat til alvorlig KOLS kan det i tillegg være tungpust ved hvile, fatigue (utmattelse), begrenset aktivitet, vekttap og søvnproblemer (GOLD, 2014; Rennard et al., 2014; Theander, Hasselgren, Luhr, Eckerblad, Unossen & Karlsson, 2014). Dagliglivet med KOLS kan imidlertid oppleves som en berg-og-dalbane, med store variasjoner mellom gode og dårlige dager (Ek & Ternestedt, 2008; Giacomin, DeJean, Simeonov & Smith, 2012). Studier viser at godt over halvparten av alle med KOLS har problem med fatigue, noe som kan påvirke både kognitive, fysiske og psykososiale forhold (Theander & Unosson, 2004; Theander et al., 2014). Mangel på den samme fysiske styrke som tidligere kan gjøre det umulig å delta i meningsfulle aktiviteter. I tillegg kan det føre til avhengighet av andre for å klare seg i hverdagen. Videre kan det føre til en følelse av eksistensiell og sosial isolasjon (Ek & Ternestedt, 2008). Livet med KOLS påvirker ikke bare den som har sykdommen, men også familiemedlemmer. Imidlertid kan personer med KOLS forsøke å skåne familien, ved ikke å slippe egne følelser løs annet enn når de er alene (ibid.).

I en norsk studie oppga 64 % av KOLS-pasientene å ha psykisk stress relatert til sin sykdom. De fleste oppga respirasjonsproblemer som det mest stressende, og mange opplevde det som truende (Andenæs, Kalfoss & Wahl, 2006). Internasjonale studier bekrefter opplevelsen av tungpust som det dominerende og verste symptomet ved KOLS. Det kan føles som en konstant trussel og en kamp som tærer på kreftene (Giacomini et al., 2012; Gysels, Bausewein & Higginson, 2007). Akutt KOLS-forverring med økt tungpust oppleves som det mest truende aspektet ved sykdommen. Forverring av sykdommen er gjerne forbundet med redsel for manglende rehabilitering og frykt for plutselig død (Giacomini et al., 2012).

KOLS-forverring kan være forårsaket av ulike faktorer. Det vanligste er luftveisinfeksjoner, men også luftforurensing kan føre til KOLS-forverring. Hos rundt en tredjedel av tilfellene med alvorlig KOLS-forverring er imidlertid den utløsende faktoren ukjent (GOLD, 2014). Respirasjonsproblemer er hovedårsaken til KOLS-pasienters innleggelse på intensivavdeling. Under sykehusoppholdet kan pasientene oppleve stor grad av sårbarhet. De kan få følelsen av total avhengighet av andre, og rutineene på sykehus kan virke skremmende (Giacomini et al., 2012; Kvangarsnes, Torheim, Hole & Öhlund, 2013a).

En nordisk studie viste at rundt halvparten av alle med KOLS har angst og/eller depresjon (Gudmundsson, Gislason, Janson, Lindberg, Ulrik, Brøndum, Nieminen, Aine, Hallin & Bakke, 2006). Både angst og depresjon er relatert til økt risiko for blant annet KOLS-forverring og rehospitalisering (GOLD, 2014; Theander et al., 2014). Sammenhengen mellom tungpust og angst blir også beskrevet av Bailey (2004). Hun snakker om en «*dyspnea-anxiety-dyspnea cycle*», der angst vanligvis ikke er den underliggende årsaken til økt åndenød, men heller et tegn på langvarig tungpust eller en akutt forverring av pusten.

## 2.2 Maskebehandling ved KOLS

KOLS-forverring med økning av tungpust, hoste og oppspytt og/eller andre symptomer fra luftveiene kan være en alvorlig og livstruende situasjon som krever sykehusinnleggelse. For noen pasienter er det aktuelt med overtrykksventilering i form av maskebehandling (British Thoracic Society Standards of Care Committee, 2002; GOLD, 2014; Stoller et al., 2013). Det kan gis et kontinuerlig positivt luftveistrykk (CPAP, continuous positive airway pressure) eller det kan tilføres høyere luftveistrykk ved inspirasjon enn ekspirasjon (BPAP, bilevel positive airway pressure). CPAP resulterer i bedre oksygenering, samt en indirekte avlastning av respirasjonsmuskulaturen. Ved BPAP oppnås en direkte ventilasjonsstøtte, og dette blir anbefalt fremfor CPAP ved alvorlig KOLS-forverring (Helsedirektoratet, 2012). I henhold til de nasjonale faglige retningslinjene for KOLS kan det være aktuelt med maskebehandling ved respirasjonsfrekvens > 25 per minutt, hyperkapni ( $\text{PaCO}_2 > 6,0 \text{ kPa}$ ) og acidose ( $\text{pH} < 7,35$ ) (ibid.).

Det finnes flere ulike former for maske, men ved oppstart av behandlingen blir det anbefalt å benytte en oronasal maske, det vil si en tettsittende maske som dekker både munn og nese (Bauman, Hyzy, Parsons & Finlay, 2013; Nava & Hill, 2009). Det blir også anbefalt å benytte masken så mye som mulig det første døgnet eller til effekt er oppnådd. Men samtidig fremheves viktigheten av å ta pauser slik at pasienten kan få drikke, spise og kommunisere, samt for å unngå intoleranse (British Thoracic Society Standards of Care Committee, 2002; Sørensen et al., 2014).

Det er utført en rekke kvantitative studier der hensikten var å undersøke effekten av maskebehandling ved KOLS. I en oversiktsartikkel fra The Cochrane Collaboration, der 14 kvantitative studier var inkludert, ble maskebehandling og standard medisinsk behandling sammenlignet med medisinsk behandling alene (Ram, Picot, Lightowler & Wedzicha, 2004). Det ble foretatt metaanalyser med endepunkter som blant annet mortalitet, intubasjonsrate, lengden på sykehusopphold og endring av pH-verdi og PaCO<sub>2</sub>. Konklusjonen var at maskebehandling bør vurderes tidlig ved respirasjonssvikt og før alvorlig acidose oppstår. Dette kan blant annet redusere sannsynligheten for intubasjon, behandlingssvikt og mortalitet (ibid.).

### **2.3 Pasienters utfordringer og mestring ved maskebehandling**

Litteraturen beskriver at det er en stor psykisk påkjenning å bli akutt og/eller kritisk syk, og et ukjent og teknologisk miljø på intensivavdeling kan by på ekstra utfordringer. Både omgivelsene, fremmede apparater og ulike prosedyrer kan virke skremmende. Å være tilkoblet apparater via ledninger og slanger kan gi pasienten en følelse av å være fanget, og videre føre til en opplevelse av hjelpeløshet og manglende kontroll (Moesmand & Kjøllesdal, 2004). Pasienten er sårbar i denne situasjonen, og det kan være vanskelig å motta informasjon om hva som skjer. I tillegg er pasienten avhengig av sykepleiere for å få dekket sine basale behov. Denne avhengighet kan oppleves som vanskelig og gi en følelse av utrygghet (ibid.). Hupcey (2000) fant at opplevelsen av trygghet var det overordnede behovet for intensivpasienten. Kunnskap om det som skjer, gjenvinning av kontroll, opprettholdelse av håp og tillit til helsepersonell blir beskrevet som essensielt for å kunne føle seg trygg ved alvorlig sykdom. Viktige ressurser for pasientens opplevelse av trygghet er både familie, venner, sykepleiere og annet helsepersonell. For noen er også religiøs tro av stor betydning (ibid.).

Sørensen et al. (2014) og Torheim og Gjengedal (2010) påpeker at pasienter som innlegges på intensivavdeling med akutt KOLS-forverring har vært gjennom en periode med stort pustebesvær, gjerne ledsaget av sterk angst og utmattethet. Ved oppstart av maskebehandling kan angsten, som mange opplever som følge av uttalt åndenød, bli forsterket. Enkelte pasienter får også en klaustrofobisk følelse og panikk når den tettsittende masken settes på. Pasientene kan få en følelse av å bli fanget av masken, bli utestengt fra omverdenen og miste

kontroll over sin situasjon. Videre kan pasientene oppleve mye fysisk ubehag underveis i maskebehandlingen, blant annet trykksår forårsaket av masken, øyeirritasjon ved maskelekkasje, tørste, hete og støy. I tillegg kan maskebehandling føre til søvnproblemer og vansker med å kommunisere (ibid.). I studien til Torheim og Gjengedal (2010) ble både pasienter og sykepleiere intervjuet. Det ble ikke funnet noen store uoverensstemmelser mellom pasientenes og sykepleiernes perspektiver på maskebehandling.

Moesmand og Kjøllesdal (2004) mener fysisk og psykisk ubehag som oppleves under intensivoppholdet lettere kan tolereres dersom pasienten opplever en mening i situasjonen og har tro på at han vil få hjelp. På tilsvarende måte trekker Antonovsky (2012) frem at en opplevelse av sammenheng bidrar til mestring av stressfulle hendelser. Antonovsky (2012) tar utgangspunkt i salutogenese, der det er fokus på hva som bringer helse, i motsetning til patogenese, som dreier seg om hva som forårsaker sykdom. Med en salutogen tankegang er oppmerksomheten rettet mot hva som skjer med mennesket når det utsettes for belastninger, eller stressorer, som vi må reagere på, men som det ikke nødvendigvis kan responderes automatisk og adekvat på. Antonovsky (2012) mener svaret på det salutogeniske spørsmål dreier seg om SOC (Sense of Coherence), det vil si en opplevelse av sammenheng. SOC defineres som:

*Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verd å engasjere seg i (Antonovsky, 2012, side 41).*

Antonovsky (2012) sier SOC handler om tre komponenter; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Begripelighet dreier seg om hvordan belastninger som en blir utsatt for oppleves som forståelige, og at overraskende hendelser kan plasseres inn i en sammenheng og forklares. Håndterbarhet handler om opplevelsen av å ha tilstrekkelig med ressurser til å kunne takle belastninger en blir stilt overfor. Det kan være både egne ressurser eller andres ressurser, som for eksempel helsepersonell en har tillit til. Meningsfullhet dreier seg om å ha en motivasjon til å takle utfordringer, og gjøre sitt beste for å komme seg gjennom det.

Personen tar aktivt del og er medbestemmende, og samtidig mottas respons og støtte fra andre. Antonovsky (2012) mener videre at personer med sterk SOC har et bedre utgangspunkt for å håndtere stressfulle hendelser enn personer med svak SOC.

Sørensen et al. (2014) har beskrevet forhold som kan bidra til å bringe helse hos KOLS-pasienter som får maskebehandling. De fant at pasientene gjennomgikk tre faser på vei mot å gjenvinne habituell velvære. I oppstartsfasen kjempet pasientene med fysisk og psykisk ubehag. Noen tolererte ikke dette og det medførte behandlingssvikt, mens andre aksepterte ubehaget og gikk over i en overgangsfase. Pasientene klarte da å kontrollere ubehaget ved å følge kjente rutiner, delta aktivt ved formidling av sine behov og mobilisere indre styrke når behandlingen føltes nyttig. Videre gikk de over i fastholdelsesfasen, som oppstod etter noe tid. Pasientene opprettholdt troen på behandlingen og tolererte derfor ubehaget. Enkelte pasienter mistet imidlertid troen, fordi det ikke var noen fremgang eller de opplevde en forverring av tilstanden (ibid.). Lignende utfordringer og mestringsstrategier beskrives av Torheim og Gjengedal (2010). Som nevnt kan maskebehandling by på store utfordringer for pasientene, og studier viser at så mange som 13-29 % av KOLS-pasientene ikke klarer å tilpasse seg masken (Ram et al., 2004).

## 2.4 Sykepleie til pasienter med maskebehandling

Forskning har vist at pasientens aksept og toleranse for masken er en avgjørende faktor for å lykkes med maskebehandlingen. Videre har det vist seg å være en nær sammenheng mellom pasientens mestring av maskebehandlingen, og kunnskapen og erfaringen til de som administrerer behandlingen (British Thoracic Society Standards of Care Committee, 2002; Nava & Ceriana, 2004; Nava & Hill, 2009). Administrering av maskebehandling til pasienter med akutt, livstruende respirasjonssvikt stiller med andre ord store krav til sykepleiernes kompetanse.

Kirkevold (1996) snakker om tre dimensjoner ved den personlige kompetansen til sykepleiere: teoretisk, praktisk og etisk kunnskap. **Teoretisk kunnskap** dreier seg om kunnskap, forståelse og innsikt som gjør oss i stand til å kunne forklare hvordan ulike fenomener henger sammen. I utgangspunktet er denne kunnskapen uavhengig av person.

Derimot er kunnskapen oftest i form av skriftlige utsagn, og kan i prinsippet tilegnes og anvendes av alle (ibid.). Nava og Ceriana (2004) viser til at sykepleiere som administrerer maskebehandling må ha teoretisk kunnskap om en rekke forhold. De må blant annet ha forståelse for patofysiologi ved respirasjonssvikt, kunne gjenkjenne tegn på forverring av tilstanden, ha kunnskap om bruken av det tekniske utstyret og evne til å tolke observerte data fra ventilator, saturasjonsmåler, blodgass og lignende. De sier videre at det må være en kombinasjon av å tilegne seg teoretiske kunnskaper og opplæring i avdelingen (ibid.).

Kirkevold (1996) beskriver **praktisk kunnskap** som den personlige erfaringen hver enkelt person har fått gjennom ulike hendelser og opplevelser. I tillegg kan praktisk kunnskap erverves ved at andre personer forteller om sine opplevelser. En dansk observasjonsstudie viste at erfarne intensivsykepleiere hadde opparbeidet seg praktisk kunnskap knyttet til maskebehandling, som gjorde dem i stand til å lese situasjonen og være forberedt (Sørensen et al., 2013b). De var dermed i stand til å respondere adekvat på endringer i pasientens tilstand. Sykepleiernes resonnement og handlinger var tredelt. For det første tilstrebet sykepleierne å oppnå god tilpasning til masken ved å løse problemer knyttet til valg av maske, maskelekkasje og synkron ventilering. Videre hadde sykepleierne fokus på å sikre effektiv ventilasjon ved å observere blant annet bevegelse av brystkassen, respirasjonslyder, minuttvolum, oksygenmetning og arteriell blodgass. Det tredje aspektet var oppmerksomhet rettet mot pasientens opplevelse av maskebehandlingen. Sykepleierne var opptatt av pasientens velvære, og de var oppmerksomme på ubehag som for eksempel tørste, trykk fra masken, støy og angst som kan føre til manglende masketoleranse og dermed behandlingssvikt (ibid.). I litteraturen brukes begrepet apparatfortrolighet når sykepleiere har ervervet tilstrekkelig med teoretiske og praktiske kunnskaper til å kunne se på det tekniske utstyret som et hjelpemiddel. Sykepleierne evner å fokusere ikke bare på pasientens fysiologiske behov og det tekniske utstyret, men også på pasientens psykososiale behov (Moesmand & Kjøllesdal, 2004; Stubberud, 2010). Det kan også betraktes som å bevege seg et trinn opp når alt det tekniske mestres, og pasientens behov ses mer og mer klart (Torheim & Gjengedal, 2010).

Den tredje dimensjonen ved sykepleieres personlige kompetanse er **etisk kunnskap**. Kirkevold (1996) mener det handler om å ha en etisk bevissthet knyttet opp mot egne handlinger, forståelse for konsekvenser av handlinger og refleksjon rundt etiske problemer. Intensivsykepleiere som deltok i studien til Kvangarsnes, Torheim, Hole og Öhlund (2013b)

kom inn på det etiske aspektet knyttet til avhengighet og autonomi. De mente pasienter med akutt KOLS-forverring kan være så preget av hypoksi eller angst at de ikke er i stand til å være delaktig med hensyn til egen behandling, og helsepersonellet må overta kontrollen for pasienten. Videre viste de til gode erfaringer med bruk av beroligende medikamenter for å få pasienten som er i en livstruende situasjon til å tolerere maskebehandling, men samtidig ble dette ansett å være på grensen til bruk av tvang. Sykepleierens handlinger ved maskebehandling kan ses i sammenheng med Martinsens (2003) syn på omsorgsarbeid. Hun sier omsorg handler om å ha en relasjon mellom to mennesker som er preget av åpenhet og en form for gjensidighet, men samtidig på en slik måte at sykepleieren hjelper pasienten uten å forvente gjenytelser. Videre dreier sykepleierens omsorg seg om å føle et moralsk ansvar overfor de som ikke er selvhjulpne i situasjonen. Omsorgsrelasjonen medfører ansvar og forpliktelser, og sykepleieren utfører konkrete handlinger som anses å være det beste for den andre i den aktuelle situasjonen (ibid.).

Studier har vist at personer med akutt KOLS-forverring i liten grad er delaktige i egen behandling mens de er innlagt på sykehus (Bjørnsland, Wilde-Larsson & Kvigne, 2012; Kvangarsnes et al., 2013b). Pasientene er gjerne preget av uttalt tungpust og angst i den akutte fasen. I tillegg kan de være så medtatte at de ikke makter å gi verbalt uttrykk for sine behov og maskebehandling kan gjøre den verbale kommunikasjonen ekstra vanskelig (ibid.). Kvangarsnes et al. (2013b) mener pasientmedvirkning kan ivaretas på en indirekte måte, ved at sykepleierne tolker pasientens kroppsspråk og ut ifra det respondere på ønsker og behov. For eksempel kan det være av avgjørende betydning for å lykkes med maskebehandlingen at sykepleiere er i stand til å tolke pasientens signaler om behov for pause. Planlegging av pauser sammen med pasienten kan også være en måte å gi pasienten medvirkning, og derved fremme deres opplevelse av å gjenvinne kontroll (ibid.).

## **2.5 Problemstilling**

Pasienter med alvorlig, akutt KOLS-forverring kan møte store utfordringer relatert til uttalt åndenød, angst og manglende kontroll over sin situasjon. Å bli intensivpasient og motta maskebehandling kan oppleves som en ekstra belastning, da det teknologiske intensivmiljøet og masken spesielt, kan medføre mye fysisk og psykisk ubehag. Det finnes en rekke studier

der hovedfokus har vært på effekt av maskebehandling, valg av maske og lignende, sett fra helsepersonellens perspektiv. I flere studier er det også sett på KOLS-pasientens medvirkning under sykehusopphold, eller samspillet mellom KOLS-pasienten som får maskebehandling og sykepleiere på intensivavdeling. Det har derimot vært vanskelig å finne studier som omhandler pasienters egen opplevelse av maskebehandling ved akutt KOLS-forverring. Smith et al. (2015) viser til fire studier innen dette området, hvorav to studier kun er publisert som abstract. I den ene studien, som er publisert som forskningsartikkel, var førstegangs maskebehandling et inklusjonskriterium (Torheim & Gjengedal, 2010), mens det i den andre studien var inkludert både pasienter med førstegangs maskebehandling og pasienter som hadde fått maskebehandling tidligere (Sørensen et al., 2014). I begge studiene beskrev informantene stor grad av åndenød, angst og manglende kontroll. Videre opplevde de mye psykisk og fysisk ubehag fra masken. Det kunne imidlertid være mulig å holde ut ubehaget, dersom de opplevde at pusten ble lettere med maskebehandlingen (Torheim & Gjengedal, 2010; Sørensen et al., 2014). Å være omgitt av faglig dyktige, empatiske og omsorgsfulle sykepleiere ble beskrevet som viktig for å redusere angst, gjenvinne kontroll, mobilisere egne ressurser og mestre maskebehandlingen (Torheim & Gjengedal, 2010). God innsikt og forståelse for pasientens egen opplevelse fra sitt første møte med maskebehandling er av stor betydning for å sikre best mulig sykepleiepraksis til denne pasientgruppen. Som nevnt er det få forskningsartikler med fokus på pasientperspektivet, og flere studier anses derfor som nødvendig for å få økt forståelse for pasientens situasjon.

## **2.6 Hensikt og forskningsspørsmål**

Hensikten med denne studien var å undersøke og beskrive pasienters opplevelse av sin situasjon og maskebehandlingen ved akutt KOLS-forverring. Ut ifra hensikten ble det formulert tre forskningsspørsmål:

1. Hvordan opplever KOLS-pasientene sin situasjon og helsehjelpen de får rett før oppstart av maskebehandlingen?
2. Hvilke opplevelser har pasientene under maskebehandlingen?
3. Hvilke forhold er av betydning for at pasientene skal mestre maskebehandlingen?



## **3.0 DESIGN OG METODE**

Denne studien har et kvalitativt design, og induktiv innholdsanalyse er benyttet for bearbeiding av innsamlet data fra semistrukturerte intervjuer. I den første delen av dette kapitlet blir det gitt en beskrivelse av den kvalitative tilnærmingen. Det inneholder en kort beskrivelse av kvalitative studier generelt og innholdsanalyse spesielt. Del to omhandler utvalget i studien. Det blir blant annet gitt en beskrivelse av fremgangsmåten for rekruttering av studiedeltagere, aktuelle inklusjons- og eksklusjonskriterier og hvordan pasientene ble informert. Det er også en oversikt over bakgrunnsdata for de som ble inkludert. I delen som omhandler datainnsamling blir det gjort rede for fremgangsmåten for innsamling av data. Intervjuguiden som ble benyttet er beskrevet og vedlagt. Delen om dataanalyse tar for seg prosessen med transkribering av data, og de ulike faser og trinn som hører inn under induktiv innholdsanalyse. Avslutningsvis blir det beskrevet ulike faktorer som kan påvirke troverdigheten til en studie.

### **3.1 Kvalitativ tilnærming**

En kvalitativ tilnærming ble valgt i denne studien. Det ble vurdert som hensiktsmessig, da målet med studien var å undersøke og beskrive KOLS-pasienters opplevelser av maskebehandling. Ifølge Polit og Beck (2008) er kvalitative metoder velegnet når en vil undersøke personers erfaringer, oppfatninger og holdninger, med den hensikt å bringe frem en dypere forståelse av fenomenet som blir undersøkt. Hensikten med kvalitative studier er å fange opp erfaringer og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle, slik som i kvantitative studier. Bruk av kvalitative metoder gir heller ingen mulighet for å generalisere resultatet til å gjelde ikke bare utvalget, men hele den aktuelle populasjonen. Derimot er det viktig å gi tilstrekkelige beskrivelser av utvalg, datainnsamling, dataanalyse og resultater, slik at leseren selv kan vurdere om resultatene er overførbare til hele populasjonen eller til andre grupper (ibid.).

I denne studien er det valgt å benytte innholdsanalyse for å analysere innsamlet data. Innholdsanalyse kan sies å være teoriløs, da den ikke bygger på bestemte tradisjoner og tenkningen til filosofer eller sosiologer, slik som i fenomenologi, hermeneutikk og grounded

theory. Ved innholdsanalyse er hensikten å identifisere og finne mønster i fortellende data. Resultatene blir presentert som en omfattende oppsummering av det fenomenet som er undersøkt (Polit & Beck, 2008). Innholdsanalyse kan benyttes både i kvantitative og kvalitative studier. Videre er det både en induktiv og en deduktiv analysemetode (Elo & Kyngäs, 2008). Den induktive prosessen starter med det individuelle og detaljene i det opplevde, og går mot det generelle innen fenomenet som blir undersøkt. Motsatt vil deduktiv bety at en går fra det generelle til det individuelle, det vil si at analysen tar utgangspunkt i en modell eller teori (Polit & Beck 2008; Streubert og Carpenter 2011). Ved innholdsanalyse er det ingen bestemt oppskrift, men derimot har forfattere som for eksempel Graneheim og Lundman (2004) eller Elo og Kyngäs (2008) ulike retninger. I denne studien er det valgt å benytte Elo og Kyngäs (2008) sin modell for induktiv innholdsanalyse.

### **3.2 Utvalg**

Denne studien har hovedfokus på pasientperspektivet, og det var derfor ønskelig å innhente data direkte fra pasienter med akutt KOLS-forverring, som hadde gjennomgått maskebehandling for første gang. Ifølge Polit og Beck (2008) har kvalitative studier oftest få informanter, gjerne rundt ti studiedeltagere. Kvale og Brinkmann (2012) sier intervjuundersøkelser gjerne har femten +/- ti informanter. Videre hevder de det kan være fordelaktig med et mindre antall informanter og god tid til forberedelse og analyse, fremfor mange studiedeltagere. På bakgrunn av dette var det ønskelig å inkludere rundt ti pasienter til denne studien.

Ved studiestart var det to intensivavdelinger ved sykehus på Østlandet som bidro med å rekruttere pasienter. På den ene avdelingen ble det utnevnt en kontaktperson, mens det på den andre avdelingen var to kontaktpersoner. Rollen til kontaktpersonene var å identifisere pasienter som oppfylte kriteriene for inklusjon og informere disse pasientene om studien. I tillegg skulle kontaktpersonene informere masterstudenten om aktuelle pasienter og gi beskjed da de ble utskrevet fra sykehuset. I forkant av rekruttering fra de respektive intensivavdelinger var det et møte mellom avdelingens kontaktperson(er) og masterstudenten. I tillegg fikk avdelingene en e-post fra masterstudenten med informasjon som ble distribuert til alle sykepleierne på avdelingen. Det viste seg å ta betraktelig lenger tid enn antatt å finne

ønsket antall pasienter som oppfylte kriteriene for inklusjon. Av den grunn ble det etter noen måneder gjort avtale med ytterligere en intensivavdeling ved et sykehus på Østlandet om å rekruttere pasienter. På denne avdelingen ble det utnevnt to kontaktpersoner.

Det var et konsekutivt utvalg, der rekruttering av studiedeltagere skjedde fortløpende blant de som oppfylte kriteriene for inklusjon i studien. Inklusjonskriteriene var pasienter med diagnostisert KOLS, innlagt på sykehus med akutt KOLS-forverring, første gang med maskebehandling, kontaktbar ved oppstart av maskebehandling og norskspråklige. Eksklusjonskriteriene var pasienter med demens eller annen kognitiv svikt, og pasienter i palliativ fase. Ved ett tilfelle ble det gjort unntak fra kriteriene for inklusjon. Den aktuelle pasienten hadde ikke diagnosen KOLS fra tidligere, men hadde klassiske symptomer på sykdommen, og fikk behandling svarende til KOLS-forverring. I etterkant av sykehusinnleggelsen skulle pasienten til utredning for KOLS. De øvrige pasientene som ble inkludert hadde hatt KOLS-diagnosen i 3 til 16 år.

Aktuelle studiedeltagere mottok både muntlig og skriftlig informasjon fra en kontaktperson på intensivavdelingen der pasienten var innlagt (Vedlegg 1). Ved et par tilfeller ble informasjonen gitt av en annen sykepleier med god kjennskap til studien. Pasientene ble informert om studien etter avsluttet maskebehandling, men før overflytting fra intensivavdelingen. Ved ett tilfelle ble pasienten overflyttet til sengepost før det ble gitt informasjon om studien. Denne pasienten fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien av sykepleier fra intensivavdelingen samme dag som overflyttingen til sengepost skjedde. En annen pasient fikk muntlig informasjon om studien under oppholdet på intensivavdelingen, mens den skriftlige informasjonen ble gitt rett etter utskrivelse.

Fordi intensivpasienter er i en svært sårbar situasjon ble de kun spurt om tillatelse til å bli kontaktet per telefon av masterstudenten etter utskrivelse til hjemmet (Vedlegg 2). Først da pasientene ble oppringt behøvde de å si ja eller nei til deltagelse i studien. I løpet av rekrutteringsperioden ga elleve pasienter samtykke til å bli oppringt. Ved telefonkontakt i etterkant av utskrivelsen var det to som valgte å si nei til deltagelse i studien. En pasient avstod på grunn av uttalt tungpust til daglig, den andre ønsket ikke å rippe opp i ubehagelige opplevelser fra tiden med maskebehandling. Fra de ni pasientene som sa ja til å bli intervjuet, ble skriftlig samtykke til deltagelse innhentet i forbindelse med selve intervjuet (Vedlegg 3).

Perioden med datainnsamling var fra juni 2014 til februar 2015. Det var til sammen sju kvinner og to menn i alderen 68 – 83 år som ble intervjuet av masterstudenten. Fem studiedeltagere bodde alene og fire bodde sammen med ektefelle eller søsken. Av utdanning var det fire med grunnskole som høyeste utdanning, tre hadde videregående skole og to hadde høyskole eller universitetsutdanning. Alle bakgrunnsdata er vist i Tabell 1.

*Tabell 1. Bakgrunnsdata for inkluderte pasienter.*

<b>Alder</b> , gjennomsnitt (min-maks)	73,9 (68-83)
<b>Kjønn</b>	
Menn, (n)	2
Kvinner, (n)	7
<b>Bostatus</b>	
Bor alene, (n)	5
Bor med andre, (n)	4
<b>Utdanning</b>	
Grunnskole, (n)	4
Videregående skole, (n)	3
Høyskole/universitet, (n)	2
<b>År med KOLS</b> , gjennomsnitt (min-maks)	5,8 (0-16)

### 3.3 Datainnsamling

Pasientene som samtykket til å bli kontaktet ble oppringt av masterstudenten i gjennomsnitt 3,4 (2 – 7) dager etter utskrivelse, med spørsmål om de ønsket å delta i studien. I samband med telefonkontakt ble det avtalt tid og sted for intervju. Aktuelle steder var på sykehuset eller hjemme hos studiedeltageren, men alle ønsket å bli intervjuet i sitt eget hjem. Intervjuene foregikk gjennomsnittlig 8,4 (6 – 13) dager etter utskrivelse fra sykehuset. Ved to tilfeller gikk det nesten to uker før intervjuet ble foretatt. Den ene pasienten hadde korttidsopphold på sykehjem direkte etter utskrivelsen, og ville vente med intervju til vedkommende kom hjem. I det andre tilfellet ble pasienten utskrevet fra sykehuset rett før jul, og ønsket selv å vente med intervju til etter nyttår.

Det ble foretatt individuelle, semistrukturerte intervjuer av til sammen syv kvinner og to menn. Alle intervjuene ble foretatt av masterstudenten. Før selve intervjuet startet ble det brukt tid på å skape ro, og det ble snakket om løst og fast for å skape kontakt og et

tillitsforhold mellom intervjuer og informant. Det ble også brukt tid på å repetere det viktigste fra informasjonsskrivet, samt å informere om muligheten for å ta pauser underveis, ønsket om en mest mulig fortellende stil, og at ingen svar og meninger var riktig eller feil. Under intervjuet ble det benyttet en digital diktafon som ga lydopptak av høy kvalitet. Ingen av informantene ga uttrykk for at de opplevde det som ubehagelig eller hemmende for samtalen med lydopptak. Selve intervjuet (lydopptaket), der spørsmålene fra en intervjuguide ble stilt, varte fra 19 til 54 minutter. Innsamling av bakgrunnsdata som alder, bostatus, utdanning og antall år med KOLS ble gjort etter at diktafonen var slått av, slik at lydopptaket og opplysningene derfra kunne oppbevares adskilt fra bakgrunnsdata om informanten.

Det ble benyttet en intervjuguide, som inneholdt fire hovedspørsmål, samt utdypnings-spørsmål som ble stilt dersom informanten ikke selv kom inn på forhåndsvalgte temaer (Vedlegg 4). Det første hovedspørsmålet dreide seg om hvordan informanten opplevde sin situasjon rett før maskebehandlingen startet. Neste hovedspørsmål handlet om opplevelser rundt selve oppstarten av maskebehandlingen. Det tredje spørsmålet var om hvilke opplevelser informanten hadde den perioden som maskebehandlingen pågikk. Siste hovedspørsmålet handlet om hvilke forhold som var viktig for å kunne klare og gjennomføre maskebehandlingen. Det ble valgt åpne spørsmål for at informanten kunne fortelle mest mulig fritt om opplevelsen av sin situasjon og helsehjelpen som ble gitt rett før, under oppstart og underveis i maskebehandlingen. I tillegg til hovedspørsmål og utdypningsspørsmål, inneholdt intervjuguiden noen støttespørsmål, som kunne være en hjelp for å få mer utfyllende opplysninger fra informantene. Støttespørsmålene bidro også til å sikre at informantens utsagn i størst mulig grad ble forstått av intervjueren. Eksempler på slike spørsmål er: Hva innebærer det for deg...? Hvordan var det når...? Forstår jeg deg rett ...?

Ifølge Kvale og Brinkmann (2012) vil personer som intervjues i større eller mindre grad utlevere og blottstille seg selv, og det kan være en utfordring for forskeren å holde en passe balansegang mellom nærhet og distanse til den som blir intervjuet. Det kreves blant annet en varsomhet fra forskerens side slik at det ikke bes om utdypende opplysninger dersom det er temaer som pasienten vegrer seg for å snakke om (ibid.). Disse forholdene hadde masterstudenten reflektert over i forkant av intervjuene, og det ble tilstrebet å ikke be informanten fortelle om forhold som kan være for personlig eller vanskelig å snakke om.

I forkant av studien ble det foretatt en pilotundersøkelse med en deltager, som ble intervjuet om sine erfaringer med maskebehandling. Hensikten var å teste spørsmålene i intervjuguiden, samt få en vurdering av hvordan intervjuet ble gjennomført. Det transkriberte materialet fra pilotundersøkelsen ble evaluert sammen med veileder. Det viste seg at det ikke var nødvendig å endre intervjuguiden, og datamaterialet fra pilotundersøkelsen ble derfor tatt med i selve studien. Fra pilotintervjuet og de øvrige intervjuene er det mange like eller sammenlignbare perspektiver, men også nye perspektiver kom frem i de respektive intervjuene. Dette viser til de forskjellige erfaringene som informantene hadde, og ga et rikt datamateriale.

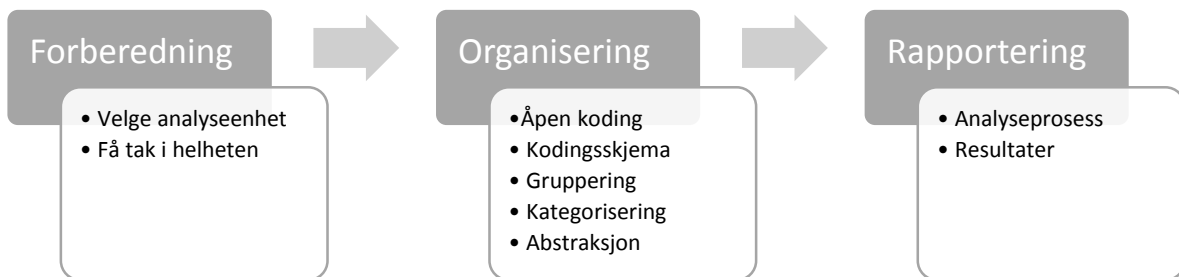
### 3.4 Dataanalyse

All transkribering av lydopptakene ble utført av masterstudenten, for på den måten å bli kjent med materialet på en ny måte, hvilket er i tråd med anbefalingen til Malterud (2011). Kvale og Brinkmann (2012) sier transkribering av intervjuer fra muntlig til skriftlig form innebærer en form for strukturering av datamaterialet, noe som letter analysearbeidet fordi datamaterialet blir mer oversiktlig når det er i tekstform. I denne studien ble det valgt å transkribere intervjuene ordrett. Det innebar at alle gjentakelser ble tatt med, og i tillegg ble ord som «eh» og lignende notert. Pauser og følelsesuttrykk som for eksempel sukk og latter ble markert i teksten. Den transkriberte teksten ble skrevet på bokmål, uten bruk av særegne dialektord. Arbeidet med å transkribere lydopptak startet senest dagen etter gjennomført intervju. Da ble det i stor grad mulig å huske spesielle gester og bevegelser som informanten brukte for å understreke utsagn. Dermed kunne dette inkluderes i det transkriberte materialet. Et eksempel er: «*Jeg var så dårlig at jeg hadde så mye pust [holder opp tommel og pekefinger med ca. en centimeter avstand]. Jeg hadde jo nesten ikke pust*». Her benyttet informanten en kombinasjon av muntlig tale og bevegelse for å fortelle hvor lite pust hun hadde rett før oppstart av maskebehandlingen.

Kvale og Brinkmann (2012) sier det er få standardregler for transkripsjonsprosedyren, men derimot er det er rekke valg som må tas før transkripsjonen starter. For eksempel må det tas stilling til om det skal transkriberes ordrett eller i en mer formell og skriftlig stil. Imidlertid er det en grunnregel om at det i rapporten fra studien må fremkomme hvordan transkripsjonen er gjort. Videre mener de omformingen fra talespråk til skriftspråk kan by på noen utfordringer.

I en intervjusituasjon er det et sosialt samspill mellom de involverte, mens en som kun er leser av den transkriberte teksten ikke er en del av dette samspillet. Ved transkriberingen foregår det en abstraksjon der blant annet kroppsholdninger, gester og stemmeleie går tapt (ibid.).

Det transkriberte materialet fra ni intervjuer utgjorde til sammen 40.322 ord. Ifølge Kvale og Brinkmann (2012) vil dataanalysen starte allerede under transkriberingen. Ved den videre analysen av datamaterialet ble det tatt utgangspunkt i Elo og Kyngäs (2008) sin modell for induktiv innholdsanalyse. Denne analysemetoden ble valgt fordi det er utført få studier om KOLS-pasienters opplevelse av maskebehandling. Elo og Kyngäs (2008) hevder induktiv innholdsanalyse er velegnet for studier som omhandler et fenomen der det ikke finnes tilstrekkelig kunnskap eller der denne er fragmentert. De deler analyseprosessen inn i tre faser: forberedning, organisering og rapportering. Figur 1 viser hvilke faser og tilhørende trinn som inngår i induktiv innholdsanalyse.



Figur 1. Forberednings-, organiserings- og rapporteringsfase ved induktiv innholdsanalyse (etter Elo og Kyngäs, 2008, s. 110).

Fase en i Elo og Kyngäs (2008) sin analyseprosess er **forberedning**. Det første trinnet består i å velge analyseenhet. Graneheim og Lundman (2004) mener hele intervjuer eller observasjonsprotokoller er best egnet som analyseenhet, fordi datamaterialet er stort nok til å bli betraktet som en helhet, men samtidig lite nok til å være håndterbart. I den foreliggende studien ble det benyttet hele intervjuer som analyseenhet. Den transkriberte teksten fra hvert enkelt intervju ble lest gjennom flere ganger. Først ble det gjort samtidig som det ble lyttet til lydopptaket, for å sikre en mest mulig ordrett gjengivelse av all muntlig tale fra intervjuet. Deretter ble teksten lest gjennom minst en gang til for å få tak i helheten.

Fase to i analyseprosessen til Elo og Kyngäs (2008) er **organisering** av datamaterialet. Den transkriberte teksten ble lest gjennom flere ganger, og samtidig ble det foretatt en åpen koding

ved å streke under alle meningsbærende enheter som var relevante i forhold til studiens hensikt. Det kunne være noen ord fra en setning, hele setninger eller flere påfølgende setninger. Den transkriberte teksten ble skrevet ut med dobbel linjeavstand, for å gi god plass til å gjøre notater og kodinger underveis. Deretter ble alle meningsbærende enheter og tilhørende koder satt inn i et kodingsskjema. Ut ifra likheter og forskjeller ble det gjort en gruppering, og alle koder som omhandlet det samme aspektet ble samlet under samme overskrift. Neste trinn i organiseringsfasen var å gjøre en kategorisering. Antall grupper ble betydelig redusert, og det ble dannet kategorier på et høyere plan. I den aktuelle studien ble det dannet åtte subkategorier, som videre ble gruppert i tre kategorier. Til slutt ble det formulert en hovedkategori. Elo og Kyngäs (2008) sier kategorisering ikke bare dreier seg om å samle koder ut ifra likheter og forskjeller ved innholdet, men derimot blir data klassifisert som tilhørende til en kategori. Kategorier skal være uttømmende i den forstand at alle meningsenheter skal passe inn i en kategori. Samtidig skal de skal være gjensidig utelukkende slik at data ikke skal passe inn i mer enn en kategori. Elo og Kyngäs (2008) sier videre at dannelse av ulike kategorier er en måte å beskrive fenomenet på, for derved å øke forståelsen og generere kunnskap. Det siste steget i organiseringsfasen var å foreta en abstraksjon. Med det menes å benytte ord som er karakteristisk for innholdet når de ulike kategoriene benevnes, for på den måten å gi en generell beskrivelse av forskningstemaet (ibid.). I Tabell 2 vises et lite utdrag fra denne studiens analyseskjema, med meningsenhet, koding, subkategori, kategori og hovedkategori.

Ifølge Graneheim og Lundman (2004) gir kategoriene svar på HVA. Kategoriene refererer da i hovedsak til det manifeste innholdet i en tekst, det vil si det som er synlig og som i liten eller ingen grad blir tolket. Kategoriene samles til slutt til en hovedkategori eller tema. Et tema gir svar på HVORDAN, og dreier seg om fortolkningen av den underliggende meningen i teksten, også beskrevet som det latente innholdet i teksten (ibid.).



Tabell 2. Eksempel på hvordan meningsbærende enheter ble kodet og plassert under tilhørende subkategori, kategori og hovedkategori, vist med et utdrag fra analyseskjemaet.

Meningsenhet	Koding	Subkategori	Kategori	Hovedkategori
Du kan si det at alt som er ukjent for enkelte mennesker, det er noe som er farlig. Det er derfor jeg synes informasjon, kommunikasjon, er det sentrale her. (1)	Informasjon er sentralt for å dempe redsel for det ukjente.	Tilfredsstillende informasjon fremmer forutsigbarhet og trygghet.	Behov for helsehjelp i et omsorgsorientert pleiemiljø.	Fra kamp til lettelse ved hjelp av pasientnær sykepleie.
Kanskje litt hvordan det virker, for det hadde jeg egentlig ikke peiling på. Jeg så dette digre monstrumet stod der vet du, og tenkte herregud hva er dette. (9)	Ønsket informasjon om hvordan den digre maskinen virker.			
De lyttet til meg, og noen tok seg tid sånn at jeg kunne snakke med dem om problemer og hva jeg tenkte og følte og sånn. Det synes jeg var fint, at jeg kunne snakke med dem. (2)	Fint å få snakke med dem om egne tanker, følelser og problemer.	Omsorg, støtte og forståelse fra tilgjengelige sykepleiere.		
Hadde så mye empati i seg at dem så at jeg hadde det vondt. Så det var i grunnen, går det bra med deg. Det var omsorg, rett og slett omsorg. (7)	De så jeg hadde det vondt, og viste mye empati og omsorg.			

### 3.5 Troverdighet

Det er av stor betydning for troverdigheten til en studie at det kommer tydelig frem hvordan studien er gjennomført (Elo & Kyngäs, 2008; Polit & Beck, 2008; Streubert & Carpenter, 2011). Begrepene *credibility* (pålitelighet), *dependability* (etterprøvbarhet), *confirmability* (bekreftbarhet), og *transferability* (overførbarhet) brukes om ulike aspekter som er knyttet til vurdering av troverdigheten til en kvalitativ studie (Polit & Beck, 2008; Streubert & Carpenter, 2011).

Polit og Beck (2008) mener pålitelighet kan regnes som det viktigste aspektet ved troverdigheten. Det dreier seg om sannheten til studien og om tolkningen av funnene. Et viktig forhold ved påliteligheten er om metoden er godt egnet, og videre må både utvalg og analyse være i overensstemmelse med metoden. Neste steg er å synliggjøre påliteligheten til studien overfor leserne av studierapporten (ibid.). Ifølge Polit og Beck (2008) kan det hevdes at forskeren inngår som en del av instrumentet både ved datainnsamling og analyse i kvalitative studier. Forskerens kvalifikasjoner og erfaringer er derfor av betydning for studiens pålitelighet. Både Polit og Beck (2008) og Streubert og Carpenter (2011) påpeker at påliteligheten kan styrkes ved å få kontrollert beskrivelsen av funnene med studiedeltagerne selv (member checking) eller med andre forskere. Member checking kan foregå underveis dersom intervjueren har en bevissthet rundt å sørge for at informantens meninger er forstått korrekt, eller ved å få en vurdering av informanten i etterkant av dataanalysen (ibid.).

Streubert og Carpenter (2011) hevder det må foreligge pålitelighet før en studie kan være etterprøvbar. Polit og Beck (2008) sier spørsmålet er om resultatet blir det samme dersom studien gjentas med samme/tilsvarende deltagere i samme/tilsvarende kontekst. For å sikre etterprøvbarheten er det viktig å synliggjøre hvordan data er bearbeidet. Dersom det er en presis beskrivelse av arbeidsprosessen kan andre gjenta studien, men uten nødvendigvis å få det samme resultatet (ibid.).

Ved kvalitative studier kan bruk av intervju med åpne spørsmål sikre at informanten får gi uttrykk for sine egne tanker og meninger. Bruk av åpne spørsmål reduserer også risikoen for at intervjuerens forforståelse påvirker informantens svar. Polit og Beck (2008) sier bekreftbarheten til en studie handler om objektivitet, det vil si i hvilken grad funnene

reflekterer synspunktene til studiedeltagerne, og ikke forskerens motiver eller perspektiver. Videre kan bruk av sitater for å illustrere funnene bidra til å styrke bekræftbarheten til studien, fordi en da får vist informantenes «stemme» (ibid.).

Ved kvalitative studier snakker en ikke om generalisering. Derimot bør det gis tilstrekkelige beskrivelser av kontekst, utvalg, datainnsamling, dataanalyse og resultater til at leseren selv kan vurdere overførbarheten til andre grupper (Polit & Beck 2008).

## 4.0 FORSKNINGSETIKK

I studien følges tre viktige forskningsetiske prinsipper fra Nürnbergkoden fra 1946: informert samtykke, retten til å trekke seg og lavest mulig risiko for studiedeltageren (Holm & Olsen, 2008). Disse prinsippene er videreført i Helsinkideklarasjonen, der det også trekkes frem at hensynet til studiedeltageren skal telle høyere enn nytten for samfunnet eller forskningen (World Medical Association, 2013).

Det ble søkt om tillatelse fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) til å gjennomføre studien. Komiteen hadde ingen forskningsetiske innvendinger til at prosjektet kunne gjennomføres, og avgjørelsen om å godkjenne studien var enstemmig (saksnummer 2014/463). Det ble også sendt melding om studien til Personvernombudet for forskning ved Oslo Universitetssykehus (saksnummer 2014/6474). I tillegg ble avdelings-sykepleier ved to intensivavdelinger kontaktet for å høre om det var interesse for å bidra med rekruttering av pasienter til studien, og begge stilte seg positive til dette. Deretter ble det innhentet en formell, skriftlig tillatelse fra avdelingsleder ved de respektive avdelingene (Vedlegg 5). Det viste seg å ta lenger tid enn antatt å få inkludert ønsket antall pasienter. Av den grunn ble det sendt en søknad til REK om tillatelse til å forlenge studien med et halvt år, samt å rekruttere pasienter fra flere intensivavdelinger. REK godkjente søknaden, og en ny intensivavdeling ble deretter med på å rekruttere pasienter. Skriftlig tillatelse fra avdelingsleder ble innhentet før rekruttering av pasienter startet fra denne intensivavdelingen.

Forskeren har ansvar for å ivareta studiedeltagerens autonomi og integritet (Sykepleiernes Samarbeid i Norden, 2003). I denne studien ble dette ivaretatt ved å gi aktuelle studiedeltagere muntlig og skriftlig informasjon om at deltagelse var frivillig og om retten til å trekke seg uten at det får konsekvenser. I tillegg fikk de informasjon om at opplysninger fra intervjuene ville bli behandlet konfidensielt. Det er kun masterstudenten og veilederen som har tilgang på opplysninger om navn, alder, kjønn, bostatus, utdanning og antall år siden pasienten fikk sin KOLS-diagnose. Innhenting av bakgrunnsdata ble gjort i forbindelse med intervjuet, men lydopptakeren var avslått da studiedeltageren ga opplysninger om bakgrunnsdata. Datafilene med lydopptak fra intervjuene, navnelisten med koder som knytter pasientene til det respektive intervjuet og samtykkeskjemaene er oppbevart adskilt og utilgjengelig for andre enn masterstudenten. Etter forskningsprosjektets avslutning vil materialet bli overført til

Høgskolen i Gjøvik der det skal oppbevares i fem år, deretter vil det bli slettet (Helseforskningsloven §38, 2008). Resultatene fra studien presenteres på gruppenivå, hvilket gjør at enkeltindivider ikke kan gjenkjennes.

Risiko-nytteprinsippet innebærer at forventet nytte for samfunnet og den enkelte studiedeltager må stå i forhold til mulige ulemper (Helse og omsorgsdepartementet, 2005). I forkant av studien ble det reflektert over ulike forhold som kan være til ulempe for informanten. Et forhold er at erfaringsmessig blir en del personer med KOLS fort slitne, og et intervju på 30-60 minutter kan nok for noen oppleves som slitsomt. Før hvert intervju startet ble det derfor poengtert at det var greit å ta pause underveis i intervjuet. Et annet forhold er åpenheten og fortroligheten som oppstår mellom informanten og intervjueren. Ifølge Kvale og Brinkmann (2012) vil en person som blir intervjuet i større eller mindre grad utlevere og blottstille seg selv, og det kan være en utfordring for intervjueren å holde en passende balanse mellom nærhet og distanse til informanten. De sier videre at det kreves en varsomhet fra intervjuerens side, slik at det ikke blir bedt om opplysninger dersom det er temaer som informanten vegrer seg for å snakke om. Et tredje forhold er at maskebehandling kan medføre mye ubehag. Dersom informanten har hatt ubehagelige opplevelser knyttet til maskebehandlingen kan dette muligens vekkes opp igjen ved samtale om temaet. Det ble derfor avtalt med kontaktpersonene på intensivavdelingene at de kunne tilby en samtale med informanten i etterkant av intervjuet, dersom det var behov.

I informasjonsskrivet til pasientene ble mulig risiko, ulemper og ubehag nevnt, fordi de i henhold til Helseforskningsloven har krav på informasjon om disse forholdene (Helse og omsorgsdepartementet, 2005). På den ene siden kan det være belastende med en slitsom intervjusituasjon, med å utlevere seg selv og med eventuelle ubehagelige minner som vekkes opp. På den andre siden er det viktig å få frem mer kunnskap på området. Som nevnt i kapittel 1 finnes det få publiserte forskningsartikler der fokus er på pasientens egen opplevelse av maskebehandling ved akutt KOLS-forverring. Mer kunnskap om pasientperspektivet kan være nyttig for sykepleiere som administrerer maskebehandling til denne pasientgruppen. Det blir hevdet at pasienter kan føle det positivt dersom deres erfaringer og meninger blir lyttet til, og kan komme til nytte for andre i samme situasjon (Hovland, Bakken, Dale, Johnsen, Lunde & Melsom, 2009; Kvale & Brinkmann, 2012). Flere informanter i egen studie ga tydelig uttrykk for at de satte pris på å få delta i en studie med fokus på pasientens perspektiv.

## 5.0 RESULTAT

Hensikten med studien var å undersøke og beskrive hvordan pasienter med akutt KOLS-forverring opplever sin situasjon og maskebehandlingen som de fikk på intensivavdeling. Informantene hadde til dels svært ulike erfaringer og opplevelser, noe som ga stor variasjon i datamaterialet. Ved dataanalysen fremkom det åtte subkategorier, tre kategorier og en hovedkategori, som vist i Tabell 3. Hovedkategorien ble benevnt som; fra kamp til lettelse ved hjelp av pasientnær sykepleie. Den gjenspeiler informantenes erfaringer med overgangen fra å oppleve stor åndenød til å kjenne hvordan maskebehandlingen bedret pusten. Samtidig gjenspeiler det hvordan sykepleie preget av både fysisk og mental tilstedeværelse var av stor betydning underveis i behandlingen.

I dette kapitlet presenteres resultatene fra intervjuundersøkelsen, strukturert ut ifra de ulike kategoriene. Sitater fra informantene er tatt med for å gi et inntrykk av datamaterialet som danner grunnlaget for de ulike subkategoriene. Det unike og særegne innen hver subkategori blir trukket frem, og sitatene bidrar til å vise dybden innen temaene. Informantenes ulike opplevelser blir belyst ved bruk av flere sitater innen samme subkategori, og dermed illustreres også bredden i datamaterialet. Variasjoner kommer også til syne ved beskrivelser som gjenspeiler både positive og negative hendelser. Kapitlet avsluttes med hovedkategorien, som beskriver det underliggende, latente budskapet i funnene.

Tabell 3. Subkategorier, kategorier og hovedkategori som viser pasientenes opplevelse av maskebehandling.

Subkategori	Kategori	Hovedkategori
Manglende pust og kroppslig ubehag	Pustebesvær som fører til fysisk ubehag, frykt og kaos	Fra kamp til lettelse ved hjelp av pasientnær sykepleie
Uro og panikk relatert til pusten og synet av masken		
Uoversiktlig situasjon og manglende kontroll		
Tilfredsstillende informasjon fremmer forutsigbarhet og trygghet	Behov for helsehjelp i et omsorgsorientert pleiemiljø	
Tillit til faglig kompetent helsepersonell		
Omsorg, støtte og forståelse fra tilgjengelige sykepleiere		
Følelse av ubehag fra masken	Mestring og toleranse av maskebehandlingen	
Tilpasning for å mestre maskebehandlingen		

### 5.1 Pustebesvær som fører til fysisk ubehag, frykt og kaos

Mangel på pust ble beskrevet av alle informantene, og noen hadde også fysisk eller psykisk ubehag relatert til pustebesværet. I tillegg kunne de være panikkslagne og føle et indre kaos. Ved analyse av datamaterialet fremkom det tre subkategorier som omfavnet informantenes utsagn om disse forholdene:

- Manglende pust og kroppslig ubehag.
- Uro og panikk relatert til pusten og synet av masken.
- Uoversiktlig situasjon og manglende kontroll.

Alle subkategoriene inneholder utsagn relatert til forskningsspørsmålet som dreier seg om hvordan KOLS-pasientene opplever sin situasjon og helsehjelpen de får rett før oppstart av maskebehandlingen (se kapittel 2.6). Innholdet i den tredje subkategorien bidrar i tillegg med å besvare forskningsspørsmålet som handler om hvilke opplevelser pasientene har underveis i perioden med maskebehandlingen.

### 5.1.1 Manglende pust og kroppslig ubehag

Alle informantene opplevde pusteproblemer av ulik grad rett før de kom på intensivavdelingen og fikk maskebehandling. Informanter beskrev hvordan det kunne være en intens kamp for å få nok luft, og en sammenlignet seg med en fisk på land som gaper etter luft. Pustebesværet kunne være så uttalt at det ble oppfattet som en livstruende situasjon. Mangelen på luft kan illustreres med følgende utsagn: «*Når en blir så tett at en ikke får dratt pusten ordentlig inn, og ikke får en blåst ordentlig ut igjen, da er det krise*» (informant 9). Videre beskrev informantene pusten sin som støtaktig og rask, og en forklarte at dette hang sammen med pusting kun med øvre del av brystkassen. Informantene kom også inn på hvordan pustebesværet var relatert til slim i luftveiene. Det kom til uttrykk i form av utsagn som: «*Du føler at du får ikke puste, det er noe som stenger. Og jeg prøvde å få opp slimet mest mulig, og av og til så gikk det greit, og av og til så fikk jeg ikke opp slimet*» (informant 7). Informantene ga detaljerte beskrivelser av hvordan pustebesværet førte til ulike former for ubehag i hele kroppen, som blant annet ørhet, skjelving og nedsatt bevissthet. En informant hadde følelsen av:

*Det går på hele kroppen, og spesielt hodet. Susete i hodet. Jeg blir veldig skjelven også. Men det er vel fordi ikke kroppen får oksygen nok. Ja, og så skal det lite til før jeg er nesten borte, helt borte er jeg ikke da* (informant 5).

En annen informant beskrev følelsen av at alt visnet vekk på samme måte som når kroppen er full av melkesyre. Urolig hjerte, som ga seg da masken kom på, var et annet ubehag som ble nevnt.

### 5.1.2 Uro og panikk relatert til pusten og synet av masken

Informantene ga uttrykk for angst relatert til pustebesværet de opplevde rett før maskebehandlingen startet. De brukte blant annet ord som redd, skremmende, engstelig, hysterisk og panikk for å beskrive hvordan de opplevde sin situasjon. En informant beskrev også hvordan pustebesværet ga en følelse av generell uro i kroppen, uttrykt som: «*Jeg fikk jo ikke puste, jeg bare liksom, alt var i opprør*» (informant 2). Studien viste at angsten, som noen opplevde på grunn av sitt pustebesvær, kunne forsterkes ved synet av selve masken. En informant beskrev det på følgende måte: «*Jeg tenkte det så vemmelig ut. Og når du ikke får*



*puste og når du tar dette [masken] helt oppi, da fikk jeg enda mer panikk»* (informant 4). Panikken som ble fremkalt ved synet av masken hadde sammenheng med tanken på å få noe over munn og nese når pusten allerede var svært dårlig. Redselen kunne også være relatert til at masken representerte noe som var ukjent og skremmende for pasienten. Informantene ga uttrykk for aldri å ha sett slik maske før, og de hadde heller ingen kjennskap til denne formen for behandling.

### 5.1.3 Uoversiktlig situasjon og manglende kontroll

Informantene ga uttrykk for manglende oversikt og kontroll før maskebehandling ble igangsatt. Noen kom direkte fra hjemmet til intensivavdelingen, og en av informantene beskrev denne situasjonen på følgende måte: *«Så sier han, jeg må ringe etter 113, for du får ikke puste. Og da vet jeg ikke alt, for det gikk helt i surr for meg»* (informant 4). Informanten opplevde det som kaotisk i perioden fra det ble ringt etter ambulanse og frem til maskebehandling startet på intensivavdelingen. For andre informanter var det en opplevelse av manglende oversikt ved overflytting fra sengepost til intensivavdeling, hvilket fremgår av følgende sitat: *«Fra jeg ble trillet ned [fra sengepost til intensiv] til jeg fikk denne masken, der var det litt uklart for meg»* (informant 2). Studien viste at pasienter kan oppleve å ha liten kontroll over egen kropp, og det kan dreie seg både om pusten og andre funksjoner. Flere informanter ga også uttrykk for usikkerhet og manglende oversikt over situasjonen, relatert til ukjente apparater på avdelingen eller følelsen av å være fastbundet med mange ledninger og slanger. En informant beskrev intensivmiljøet slik: *«Jeg lå da med disse apparatene vet du, uten å se på. Jeg blir helt forvirret av sånne apparater, så jeg prøvde å ikke se for mye på det, for det var jo bak meg»* (informant 3). Informanten ga på denne måten uttrykk for hvordan det teknologiske miljøet på intensivavdelingen bidro til en følelse av manglende oversikt og kontroll underveis i maskebehandling.

## 5.2 Behov for helsehjelp i et omsorgsorientert pleiemiljø

Informantene beskrev samspillet og relasjonen mellom pasient og helsepersonell på intensivavdelingen. Det kunne dreie seg om forhold som var direkte relatert til selve masken,

men også andre forhold som var av stor betydning for pasientens opplevelse av sin situasjon i forbindelse med maskebehandling. Det ble identifisert tre subkategorier som omhandlet disse forholdene:

- Tilfredsstillende informasjon fremmer forutsigbarhet og trygghet.
- Tillit til faglig kompetent helsepersonell.
- Omsorg, støtte og forståelse fra tilgjengelige sykepleiere.

Meningsinnholdet fra de tre subkategoriene gjenspeiler opplevelser både før og underveis i maskebehandlingen, og gir dermed svar på både det første og det andre forskningsspørsmålet (se kapittel 2.6). De to siste subkategoriene inneholder i tillegg utsagn som bidrar til å besvare forskningsspørsmålet om hvilke forhold som er av betydning for å mestre maskebehandlingen.

### 5.2.1 Tilfredsstillende informasjon fremmer forutsigbarhet og trygghet

Informantene beskrev gjennomgående at det ble gitt lite eller ingen informasjon i forkant av maskebehandlingen. En beskrev sin reaksjon på dette slik:

*Den [masken] bare kom. Før de fikk satt den på meg, det var da jeg bare skubbet den unna, sa jeg vil vite hva dette er. Da fikk jeg vite det. Jeg synes de skulle gjort det på forhånd, skulle vist meg den masken. Da tar du vekk den redselsgreia* (informant 1).

Informanten beskriver her hvordan tilfredsstillende informasjon før masken settes på kan bidra til å dempe redsel. I studien fremkom det flere konkrete eksempler på hva informantene kunne ønske seg av informasjon før behandlingen startet, blant annet hvorfor maskebehandling er bra, ubehag som kan oppleves, varighet av behandlingen og mulighet for pauser. I tillegg var det ønskelig med informasjon om at sykepleieren vil være til stede hos pasienten. En informant sa:

*Hvis vedkommende hadde sagt, nå skal jeg være sammen med deg her, sånn at du er under fullt oppsyn. Hvis jeg må ut på gangen eller skal et sted, så gir jeg deg beskjed. Det hadde vært så flott, og jeg hadde hatt det mye bedre* (informant 1).

Det var forståelse for at sykepleieren kunne ha behov for å forlate rommet i korte perioder, men i slike tilfeller vil det være av stor betydning å gi beskjed, da uforvarende fravær av sykepleier kan medføre usikkerhet. Informantene kom også inn på aspektet om å være mottakelig for informasjon ved akutt sykdom og sykehusinnleggelse. Dette kan illustreres

gjennom følgende utsagn: «*Det er jo ikke alle som kommer inn akutt syk der som er i stand til å ta imot forklaringer. Det tror jeg kanskje ikke jeg hadde klart til å begynne med*» (informant 8). En annen informant mente det var mye mulig at helsepersonellet hadde gitt informasjon før maskebehandlingen, men informanten ga samtidig uttrykk for å ha vært lite mottakelig for informasjon i denne situasjonen, på grunn av sin egen redsel for sykehus.

### 5.2.2 Tillit til faglig kompetent helsepersonell

Informantene beskrev sykepleierne som faglig dyktige. En informant påpekte at sykepleierne utstrålte en sikkerhet i forhold til sin egen fagkunnskap, noe som kom til syne ved at sykepleierne jobbet selvstendig. Informanten opplevde aldri at sykepleierne måtte spørre noen, men sier samtidig det var godt mulig sykepleierne hadde tilkalt leger for å få veiledning og henvisninger. Videre fremkom det at sykepleierne var veldig bevisste og handlet raskt. Denne oppfatningen av sykepleierne som faglig kompetente ga en følelse av å bli godt ivaretatt som pasient. Resultatet viste også at informantene hadde tillit til legene som var på intensivavdelingen, samt at det var et godt samarbeid mellom sykepleiere og leger. En informant, som opplevde maskebehandlingen som ”*ubeskriverlig ubehagelig*”, beskrev viktigheten av tillit på følgende måte:

*Jeg stolte på at dette var nødvendig, en nødvendig del av behandlingen. Og det har igjen med at du stoler på de som behandler, ikke sant. Det neste kan du si, det har noe med at du opplever at de som behandler stoler på hverandre* (informant 8).

En vesentlig forutsetning for å klare å gjennomføre maskebehandlingen var pasientens opplevelse av helsepersonellet som faglig kompetente, samt at det virket som det var en gjensidig tillit dem imellom.

### 5.2.3 Omsorg, støtte og forståelse fra tilgjengelige sykepleiere

Mange ulike utsagn fra informantene dreide seg om følelsen av å bli sett og hørt, og være godt ivaretatt som pasient. For å beskrive sykepleierne på intensivavdelingen brukte informantene ord som engler, enestående, omtensomme, vennlige, rolige, empatiske, hjertevarme og følelsesmennesker. Informantene ga konkrete eksempler på hva de oppfattet som omsorgsfull

sykepleie, blant annet dreide det seg om å føle velvære i perioden da det ble gitt intermitterende maskebehandling. En informant beskrev det slik:

*Den måten de hjalp meg, det vil jeg si var helt eventyrlig. Særlig hun ene som kom og sa, nå var du svett og jeg tror vi skal ha deg i dusjen. Det var liksom sånn at jeg følte meg vel (informant 7).*

Andre informanter omtalte forhold som var direkte knyttet til masken. Blant annet ble det beskrevet at masken kunne gli litt, men sykepleierne var der hele tiden og rettet på masken. Sykepleierne viste på den måten hvordan det var fokus på pasientens velvære ved å reagere på forhold som kan medføre ubehag. Informantene hadde gjennomgående en opplevelse av sykepleierne som tilstedeværende. Det kom til uttrykk gjennom uttalelser om: «*Alle var liksom rundt meg hele tiden. Jeg følte meg trygg, hele tiden mens jeg var der*» (informant 2). Sykepleiere som til enhver tid er tilgjengelige for pasienten kan bidra til en følelse av generell trygghet. Tilstedeværende sykepleiere kan også være av avgjørende betydning for å lykkes med maskebehandlingen. En informant som slet med å akseptere masken sa:

*Jeg var skremt, ja, jeg var det. Men så lenge de søstrene var der, det er det som hjalp meg da, at dem var der i så mange timer. Ja, ellers så vet jeg ikke om jeg hadde klart det (informant 4).*

Videre kom det frem at rolige sykepleiere som ikke «*vimset rundt*» var viktig for å føle seg beroliget og trygg. Hovedvekten av utsagn fra informantene dreide seg om følelsen av å være trygg, men en informant beskrev også en episode som medførte utrygghet og irritasjon:

*Jeg reagerte på at vedkommende som satte den på meg gikk. Hun var ikke borte lenge, men jeg tenkte, hvor lenge er det nå. Jeg er veldig logisk oppi hodet mitt så jeg teller med en gang. Kunne telle til femti. Da kjente jeg at det å ha den masken på, det irriterte meg (informant 1).*

Informantene mente sykepleierne var lyttende, ved at de viste interesse og ga pasienten mulighet for å gi uttrykk for sine tanker, følelser og opplevelser. Det ble også vist til forhold knyttet til nærheten mellom pasient og sykepleier. En informant sa det på følgende måte:

*Jeg føler de ser meg, de kommer innpå, de holder seg ikke på avstand. Jeg vil ikke si at det blir sånn for personlig, nei det blir ikke det, men de viser liksom på den måten de handler på at de bryr seg om meg (informant 8).*

Det ble også nevnt på forhold som å være på fornavn med hverandre og bruk av humor, som en del av et godt samspill mellom pasient og sykepleier. Sykepleiernes bruk av fysisk berøring ble omtalt av flere informanter. En informant beskrev det på følgende måte: «*Bare*

*den lille berøringen, den lille stryken på skulderen. Vi er her, vi har ikke glemt deg. Altså, uten å si et ord. Det var førsteklasses»* (informant 1). Informanten opplevde å være «kommunikasjonsavskåret» som følge av vanskeligheter med å snakke da masken var på, og sa det ville vært frustrerende dersom sykepleierne hadde sagt noe. Derimot var det en god følelse å få støtte og nærvær formidlet gjennom fysisk berøring, i stedet for gjennom verbal kommunikasjon.

### **5.3 Mestring og toleranse av maskebehandlingen**

Det var stor bredde innen utsagn som dreide seg om fysiske og psykiske plager relatert til masken. Variasjonen var stor også med hensyn til informantenes tilnærming og aksept av behandlingen. Ved analyse av datamaterialet fremkom det to subkategorier som omhandlet disse forholdene:

- Følelse av ubehag fra masken
- Individuell tilpasning for å mestre maskebehandlingen

Begge subkategoriene består av utsagn fra informantene som kan bidra til å gi svar på forskningsspørsmål to, som dreier seg om opplevelser underveis i maskebehandlingen. Utsagn fra den siste subkategorien gir i stor grad også svar på forskningsspørsmål tre som omhandler forhold av betydning for å mestre maskebehandlingen (se kapittel 2.6).

#### **5.3.1 Følelse av ubehag fra masken**

Informantene hadde svært ulike opplevelser med hensyn til ubehag fra selve masken og det medisinsktekniske utstyret. Det ble beskrevet som vanskelig å samarbeide og puste i takt med maskinen som benyttes ved maskebehandlingen, uttrykt som: «*Da fikk jeg kjempepanikk, for den blåste jo inn. Men jeg pustet jo selv, så jeg pustet mot masken. Vi var helt på villspor, masken og jeg»* (informant 1). Andre informanter ga uttrykk for at masken gjorde pustearbeidet tyngre, og det kunne også føre til en følelse av å bli kvalt. En beskrev hvordan masken gjorde det tyngre å puste på følgende måte:

*Å få masken plassert over og pust inn, pust ut, det var litt hardt. Det var vel den fysiske nærheten tror jeg. Altså, selv om det var litt dårlig pust, så var det jo min pust, og plutselig ble den hindret på et vis* (informant 8).

Selve masken var ikke bare tung å puste i, men den kunne også føles tung å ha på, i form av at den ga et drag i ansiktet. I tillegg var det flere som beskrev klem og gnaging på huden fra den tetsittende masken, og en informant uttrykte det slik: *«Det er jo spesielt over neseryggen som det klemmer. Men det er de klar over der, sånn at de legger på et type plaster»* (informant 6). Resultatet viste at sykepleierne er klar over problemet med gnaging fra masken, og de bidro både til forebygging og lindring av plagen ved å polstre neseryggen. Den tette masken ble også opplevd som varm og klam, og det ble beskrevet som ubehagelig når den fuktige masken klistret seg til huden. Studien viste at bytte av maske er aktuelt i noen tilfeller, og en informant beskrev det slik: *«Den maska jeg hadde først, den var litt større. Så den syntes jeg var litt bedre, men så har dem funnet ut at det ble for mye luft der da»* (informant 4). Det ble byttet til en mindre maske på grunn av maskelekkasje, men den nye masken føltes mindre behagelig å ha på. Det ble for øvrig lagt merke til at det var stor forskjell på hvor flinke de ulike sykepleierne var til å unngå maskelekkasje ved påsetting av masken. Flere informanter opplevde også ubehagelige lyder relatert til maskebehandlingen, og det kom til uttrykk på følgende måte: *«Så hørte jeg denne klikkingen, klikk låsingen. Det er en ubehagelig lyd, for da vet du, kan ikke gjøre noe som helst»* (informant 1). Klikkelyden som oppstod da masken ble festet fremkalte en følelse av ikke å kunne komme seg ut av situasjonen. Det ble også reagert på lyder som var relatert til apparater på pasientrommet: *«Det bare surklet og duret og sånn i maskiner og alt vet du, på grunn av alt dette rare rundt meg»* (informant 3). Informanten sa videre at dette av og til medførte sinne og irritasjon, fordi det støyende intensivmiljøet overdøvet lyden fra TV-apparatet på rommet.

### 5.3.2 Tilpasning for å mestre maskebehandlingen

Informantene opplevde det som en frihet da maskebehandlingen ga følelsen av å gjenvinne pusten, og da gikk det greit å akseptere maskebehandlingen. Det ble også beskrevet en følelse av plutselig å bli klar i hodet igjen, kort tid etter oppstart av maskebehandlingen. Overgangen fra å kjempe med åndenød, til å kunne slappe av fordi masken hadde god effekt, kom nesten umiddelbart hos enkelte informanter. Denne overgangen ble beskrevet slik:

*Det var en lettelse, for da fikk jeg hjelp til pusten. Jeg slet så veldig med å ikke ha noen ting, så med en gang den [masken] kom så kjente jeg at da slappet kroppen min av. Så jeg kjempet ikke, den pustet for meg, nesten som en vanlig respirator (informant 1).*

Nesten alle informantene følte pusten ble vesentlig lettere med maskebehandlingen, enten med en gang masken ble satt på eller etter en periode. For noen var det imidlertid vanskelig å angi hvor lang tid det tok før pusten ble lettere, da de syntes timene og dagene på intensivavdelingen gikk i ett. Den første tiden av intensivoppholdet ble beskrevet slik:

*På intensivavdelingen gikk alt veldig fort. Jeg visste jo egentlig ikke stort hva de drev med, der gikk alt så fort unna. Så der var jeg rett og slett prisgitt, der følte jeg meg prisgitt. Jeg følte også at det var godt. Det var godt å overlate alt ansvaret til dem (informant 8).*

I starten ble det opplevd som godt å overgi seg helt og holdent til sykepleierne, men etter hvert ble kontrollen gjenvunnet: *«Det jeg hadde glemt, det var rett og slett å puste fra magen. Når jeg kom på det så var saken løst ... Så i ettertid når jeg tenker på det så handlet dette om å gjøre det til mitt»* (informant 8). Informanten beskrev på denne måten ulike faser i perioden med maskebehandling. Initialt var det en følelse av å være prisgitt helsepersonellet, men etter hvert ble egne ressurser mobilisert, i form av å ta i bruk tidligere kunnskap og erfaring med riktig pusteteknikk. Noen informanter beskrev hvordan deres personlighet eller tidligere erfaringer hadde betydning for rask aksept av maskebehandlingen, til tross for at masken kunne være ubehagelig å ha på. Forklaringen var at de som personer vanligvis er sterke når det gjelder å takle ukjente situasjoner, tok tingene som de kom uten å engste seg for hva som skulle skje eller tenkte at masken var en nødvendig del av behandlingen for å gjenvinne pusten. En informant beskrev dette slik: *«Det var en behandling jeg skulle gjennom. Ikke noe mer eller mindre, rett og slett noe som skulle gjøres ... og det var etter legens anbefaling»* (informant 6). Enkelte informanter hadde imidlertid vansker med å tilpasse seg masken, hvilket fremgår av følgende sitat: *«De sa dem skulle gi meg litt Morfin, om jeg kunne klare å hvile kroppen da. Men jeg var litt engstelig for den masken hele tiden»* (informant 4). Informanten beskrev på denne måten sitt behov for beroligende medikamenter for å akseptere behandlingen. Pauser ble også beskrevet som avgjørende for å kunne tilpasse seg masken. Informantene beskrev ulike tilnærminger fra sykepleierne med tanke på pauser. En informant uttalte:

*Da sa dem, nå kan vi ta den bort litt. Så kanskje det var borte 5-10 minutter, og så måtte den på igjen. Sånn gjorde dem, helt til jeg ble mere vant til den tror jeg. Ja, dem tok det veldig pent egentlig (informant 4).*

Vissheten om at det ville bli pauser innimellom var avgjørende for å kunne tolerere maskebehandlingen. Motsvarende viste studien at mangel på pauser kunne resultere i behandlingssvikt: *«Jeg var jo helt sjokkert jeg, når hun pratet om fire fem timer med den der. Nei, det tror jeg ikke jeg hadde, joda jeg hadde sikkert overlevd det, men jeg hadde ikke følelsen av det da»* (informant 9). Informanten oppfattet at masken skulle sitte på i flere timer. Bare tanken på sammenhengende maskebehandling i flere timer følte uoverkommelig, noe som også utløste redsel for å dø. Det resulterte i manglende aksept for masken og denne behandlingen måtte avsluttes etter kort tid. Resultatene viste også at aksept for masken kunne endre seg etter en tid. Til tross for god toleranse for intermitterende maskebehandling over mange timer, så kunne det senere oppstå en plutselig og total aversjon mot masken som gjorde at behandlingen måtte avbrytes.

#### **5.4 Fra kamp til lettelse ved hjelp av pasientnær sykepleie**

Under siste steg i dataanalysen fremkom hovedkategorien; fra kamp til lettelse ved hjelp av pasientnær sykepleie. Den viser til en omstillingsprosess som informantene gikk gjennom i forbindelse med maskebehandlingen. Informantene beskrev hvordan de initialt kjempet for å få puste, og hvordan dette preget dem både fysisk og psykisk. Utsagn fra informantene som dreier seg om disse forholdene hører inn under kategorien om pustebesvær som førte til fysisk ubehag, frykt og kaos. Videre beskrev informanter hvordan maskebehandlingen medførte at de gjenvant pusten. Det ble opplevd som en enorm lettelse å motta pustehjelp og endelig klare å puste igjen. Uttalelser fra informantene som beskriver denne lettelsen kommer frem under kategorien som omhandler mestring og toleranse av maskebehandlingen. Underforstått gikk de gjennom en omstillingsprosess der kampen for å puste gikk over til en følelse av lettelse etter oppstart av maskebehandlingen.

Hvor lang tid denne omstillingen tok var individuelt, alt fra minutter til mange timer. I denne perioden var det av stor betydning å oppleve støtte og nærvær av sykepleiere for å kunne tilpasse seg maskebehandlingen. Dette kan beskrives som pasientnær sykepleie, og viser til



utsagn fra informantene som hører inn under kategorien om behov for helsehjelp i et omsorgsorientert pleiemiljø. Pasientnær sykepleie gjenspeiler både en fysisk og en psykososial dimensjon.

Opplevelsen av ikke å bli forlatt og være alene, var essensiell for følelsen av trygghet under oppholdet på intensivavdelingen. Videre var sykepleiernes nærvær av stor betydning for å kunne tilpasse seg og mestre maskebehandlingen. Nærvær av sykepleiere kan imidlertid innebære mer enn å være rundt pasientsengen til enhver tid. Det ble også oppfattet som nærvær av sykepleiere når det var en visshet om at de var i umiddelbar nærhet og tilgjengelige. En forutsetning for å oppleve trygghet var imidlertid at de ble informert når sykepleieren måtte forlate pasientrommet for en kort periode.

Like viktig var den psykososiale dimensjonen av pasientnær sykepleie. Informantene hadde en følelse av å bli sett, hørt og forstått, og det ga en opplevelse av å bli møtt med omsorg og empati. Det ble gitt uttrykk for at sykepleierne formidlet både engasjement og nærhet. Samtidig ble det beskrevet et samspill mellom pasient og sykepleiere som var preget av en profesjonell balanse mellom nærhet og distanse.

## 6.0 DISKUSJON

Hensikten med denne studien var å undersøke og beskrive hvordan pasienter med KOLS-forverring opplever maskebehandling for første gang. Resultatene viste stor variasjon og bredde i informantenes erfaringer og opplevelser, men samtidig var det også mange sammenfallende utsagn og meninger. Alle informantene var preget av stort pustebesvær da de ankom intensivavdelingen. Det kunne føles som en intens kamp for å få nok luft og en kamp for livet. Flere beskrev at de hadde redusert bevissthet eller var utmattet, de opplevde å ha lite kontroll over situasjonen, var redde og panikkslagne. Informantene ga generelt uttrykk for å ha fått lite informasjon før oppstart av maskebehandlingen. Noen ønsket mer kunnskap i forkant av behandlingen, og hadde klare formeningene om hvilken informasjon som burde vært gitt. Samtidig var det ulike oppfatninger av hvor mye informasjon som var tilstrekkelig for å oppleve trygghet ved oppstart av maskebehandling. Informantene syntes masken kom brått på og de var uforberedt på ubehaget som masken kan medføre. Fordelen med å få hjelp med pusten kunne allikevel oppleves som større enn ulempen med fysisk og psykisk ubehag fra masken. Overtrykksventileringen og den tettsittende masken kunne gi en følelse av tyngre pust, kvelningsfølelse eller opplevelse av å puste i utakt med maskinen. Det ga store utfordringer med hensyn til aksept av maskebehandlingen, og i slike tilfeller var hyppige pauser av spesielt stor betydning for å kunne tolerere masken. Informantene beskrev også et intensivmiljø som var fremmed og skremmende, men det var samtidig preget av mye støtte og god omsorg fra tilstedeværende sykepleiere. Faglig dyktige, omsorgsfulle og empatiske sykepleierne ble opplevd som essensielt for å mestre maskebehandlingen.

De tre første delene i dette kapitlet er strukturert ut ifra studiens tre forskningsspørsmål; pasientenes opplevelser av situasjonen og av helsehjelpen de fikk rett før oppstart av maskebehandlingen, deres opplevelser underveis i behandlingen, og forhold av betydning for mestring av masken. Det må ikke forstås som om det er absolutte grenser mellom forskningsspørsmålene. Derimot er det glidende overganger, da noen utsagn fra informantene kan anses å belyse flere forskningsspørsmål samtidig. I den fjerde delen av kapitlet blir hovedkategorien diskutert. Resultatene diskuteres i relasjon til tidligere forskning og teori, samt betydningen for klinisk praksis. Avslutningsvis blir det diskutert ulike forhold som kan bidra til å styrke eller svekke troverdigheten til denne studien.

## 6.1 Opplevelse av situasjonen og helsehjelpen før maskebehandlingen

Resultatene viste at pasientene kunne kjempe en intens kamp for å få puste. De beskrev problemer både med inspirasjon og ekspirasjon, samt vansker med å få opp slim fra luftveiene. Denne situasjonen ble opplevd som skremmende og kaotisk. Lignende opplevelser er beskrevet av Kvangarsnes et al. (2013a) og Torheim og Gjengedal (2010). Pasientenes opplevelse av akutt KOLS-forverring som en svært stressfull hendelse bekreftes av Giacomini et al. (2012). De mener KOLS-forverring med økende tungpust blir opplevd som det mest truende aspektet ved sykdommen. Videre hevder de KOLS-forverringen gjerne er forbundet med frykt for manglende rehabilitering eller plutselig død. Dette kan bidra til å forklare noe av angsten som pasientene kan oppleve ved akutt KOLS-forverring.

Ved akutt KOLS-forverring kan pasientenes angst også forstås ut ifra Baileys (2004) «*dyspnea-anxiety-dyspnea cycle*». Hun hevder angst vanligvis ikke er den underliggende årsaken til økt åndenød, men derimot et tegn på langvarig tungpust eller en akutt forverring av pusten. Informantene i egen studie beskrev enten en gradvis forverrelse av sin KOLS over flere dager eller en plutselig forverring av pusten. Videre ble det opplevd angst eller panikk da pustebesværet etter hvert ble så stort at det medførte innleggelse på intensivavdeling. De beskrev pusten sin som støtaktig, rask og overfladisk. Det er nærliggende å tro at dette pustemønsteret var en konsekvens av angsten eller panikken som oppstod, eller ble forverret, i forbindelse med det økte pustebesværet de opplevde ved KOLS-forverringen. Med andre ord kunne KOLS-forverringen med uttalt åndenød føre til angst, som videre ga økt pustebesvær, altså en «*dyspnea-anxiety-dyspnea cycle*». Dette styrkes av Torheim og Kvangarsnes (2014), som viser til at angsten som pasienter opplever ved akutt KOLS-forverring bidrar til å forverre deres situasjon.

I studien fremkom det at sykepleiere og leger ofte gir utilstrekkelig informasjon i forkant av maskebehandlingen. Informantene ble forklart at bruk av masken skulle gi en lettelse av pusten, men utover det fikk de lite eller ingen informasjon. Imidlertid hadde informantene klare formeningar og ønsker om hva som burde vært forklart før oppstart av maskebehandlingen, for eksempel hvordan masken virker, potensielt ubehag, varighet og mulighet for pauser. Informantene mente deres opplevelse av redsel og manglende kontroll kunne vært dempet dersom de hadde fått mer kunnskap om hva som skjer i forbindelse med maske-

behandlingen. Informasjon som en trygghetsfremmende faktor understøttes av Hupcey (2000). Hun intervjuet kritisk syke intensivpasienter med ulike medisinske og kirurgiske tilstander. Imidlertid er det realistisk å tro at KOLS-pasienter som får maskebehandling har tilsvarende behov for å føle trygghet som andre intensivpasienter. Resultatene fra studien til Hupcey (2000) bekrefter viktigheten av tilstrekkelig informasjon for å oppleve trygghet i situasjonen. Hun mener kunnskap om det som skal skje er en av de fire essensielle faktorene for å skape trygghet hos intensivpasienten. God informasjon gjør det også lettere for pasienten å komme seg gjennom skremmende opplevelser på intensivavdelingen. En annen essensiell faktor for å føle seg trygg er gjenvinning av kontroll (ibid.). Kunnskap og kontroll er imidlertid knyttet tett sammen, og Segesten (1994) bruker begrepet «*kunnskaps- og kontrolltrygghet*». Dersom pasienten får kunnskap om det som skjer kan det føre til en opplevelse av å ha kontroll i situasjonen, og det vil videre kunne gi pasienten en opplevelse av trygghet (ibid.). Nøkkelen i denne sammenhengen er sykepleiernes evne til å gi pasienten tilstrekkelig og forståelig informasjon.

Det er vanskelig å beskrive hvor mye informasjon som er nødvendig for å oppleve forutsigbarhet og trygghet ved akutt KOLS-forverring og maskebehandling på intensivavdeling. På den ene siden viste resultatene fra egen studie at sykepleierne fremmet trygghet ved å formidle håp om bedring, kun gjennom kortfattet informasjon om at masken ville gi lettere pust. Dette er i samsvar med meninger som kom frem i en studie med fokusgruppeintervjuer av intensivsykepleiere (Kvangarsnes et al., 2013b). Intensivsykepleierne mente øyekontakt, rolig opptreden og enkel informasjon er det viktigste for å skape trygghet og mestring av angst ved akutt KOLS-forverring. De trakk frem viktigheten av informasjon, men samtidig mente de sykepleiere bør unngå å prate for mye, kun gi enkle forklaringer slik at pasienten forstår hva som skjer.

På den andre siden viste resultatene fra egen studie at noen pasienter kan ha behov for mer inngående kunnskap om behandlingen for å oppleve forutsigbarhet og trygghet. Flere informanter mente masken kom brått på, uten at de verken hadde fått se masken først eller blitt forklart hvordan maskebehandlingen virker. Videre trakk de frem både sitt behov for kunnskap om behandlingen og behov for tid til å bli kjent med masken. Dette understøttes av funn av Torheim og Gjengedal (2010). De fremhever viktigheten av å bruke god tid og informere både om hensikten med behandling, om utstyret som brukes og hvordan det kan

oppleves å ha på masken. Videre sier de mangel på kunnskap om behandlingen kan gi en følelse av å miste kontroll.

Utfordringen for sykepleierne blir med andre ord hvor mye informasjon de skal gi i en akutt situasjon. Pasientene har behov for informasjon om det som skal skje for å kunne oppleve trygghet i situasjonen, men de kan samtidig være så medtatte at det blir vanskelig å motta og forstå informasjonen som gis. I egen studie kom det frem at pasientenes behov for informasjon var individuelt, alt fra kortfattet informasjon om at det skulle prøves en maske for å lette pusten, til mer inngående informasjon om virkning, mulig ubehag og varighet av maskebehandlingen. Videre kom det frem at sykepleierne var lydhøre dersom pasienten uttrykte behov for mer inngående kunnskap før masken ble satt på. Nødvendigheten av å gjenta informasjon flere ganger i oppstartsfasen av maskebehandlingen ble også vektlagt. Moesmand og Kjøllesdal (2004) mener imidlertid at ikke all informasjon er god informasjon. For sykepleierne er det en vanskelig balansegang, da det kan være en belastning for pasienten med både for lite og for mye informasjon. Ved å gi «rett dose» med forståelig informasjon til rett tid kan sykepleierne bidra til å redusere angst hos pasienten (ibid.). Ifølge Kirkevold (1996) er kyndige handlinger fra sykepleiere et resultat av kunnskaper og ferdigheter som erverves over tid, og der både erfaring, refleksjon og intuisjon spiller en rolle. Pasientinformasjon kan således betraktes som en kunst som er grunnet både på teoretisk kunnskap om betydningen av å være informert, og på praktisk kunnskap om KOLS-pasienters reduserte mottagelighet for informasjon når de strever med pusten og kan være utslitte.

Det er interessant å se at informanters beskrivelse av å ha fått utilstrekkelig informasjon står i kontrast til funnene i en annen norsk studie (Torheim & Gjengedal, 2010). Deres studie viste at det var en generell oppfattelse blant pasientene av å ha fått god informasjon i forbindelse med maskebehandlingen. Divergensen mellom denne og egen studie viser behovet for mer forskning med fokus på pasienters informasjonsbehov i forbindelse med maskebehandling. Imidlertid kan det ikke utelukkes at informantene i egen studie fikk mer informasjon om maskebehandlingen enn det de husket i ettertid. For det første ble intervjuene foretatt seks til tretten dager etter utskrivelse fra sykehus. Av hensyn til pasienters sårbarhet, ble det valgt å foreta intervjuer etter avsluttet sykehusopphold. Detaljer fra oppholdet på intensivavdelingen, for eksempel hva det ble informert om før maskebehandlingen, kan imidlertid være vanskelig å huske såpass lenge etterpå. Til sammenligning ble flertallet av informantene til Torheim og

Gjengedal (2010) intervjuet før utskrivelse fra sykehus. For det andre ga informanter i egen studie uttrykk for en mental uklarhet ved ankomst til intensivavdelingen, noe de blant annet begrunnet med oksygenmangel. Det ble også beskrevet en opplevelse av kaos og manglende kontroll i situasjonen, noe som kan påvirke mottageligheten for informasjon. I tillegg kan den voldsomme kampen som enkelte kjempet for å få puste, bidra til at pasientens fokus hovedsakelig var rettet mot pustearbeidet, og lite mot omgivelsene og personene rundt. Generell redsel for sykehus ble også oppgitt som grunn for å være lite mottakelig for informasjon. Kvangarsnes et al. (2013a) bekrefter at pasienter kan oppleve så stor grad av stress ved en akutt KOLS-forverring at de ikke er i stand til å motta informasjon. Tilsvarende forhold trekkes også frem av Moesmand & Kjøllesdal (2004). De fremhever at både en kaotisk situasjon, behandlingen som gis og enkelte typer medisiner kan gjøre det vanskelig for pasienter å motta og huske informasjon som blir gitt.

I likhet med egen studie, hadde alle pasientene som ble inkludert i studien til Torheim og Gjengedal (2010) fått maskebehandling for første gang. Alle de intervjuede i deres studie mente det ville vært fordelaktig å ha fått noe kunnskap om pusteteknikk og maskebehandling på forhånd. De mener det bør vurderes om pasientene skal få informasjon om både pusteteknikk og maskebehandling mens de er i en stabil fase av sykdommen. Det er realistisk å tro at maskebehandling kan virke mindre skremmende og dermed lettere å tolerere, dersom masken, maskinen og behandlingsprinsippet er kjent fra tidligere.

## **6.2 Opplevelser underveis i maskebehandlingen**

Pasienter med akutt KOLS-forverring, som blir innlagt på intensivavdeling, kan føle seg sårbare og i et avhengighetsforhold til andre. Informantene i egen studie uttrykte en følelse av å være utmattet som følge av kampen med å få puste. I tillegg kunne de oppleve situasjonen som uoversiktlig og kaotisk, og både maskebehandlingen og intensivmiljøet kunne være fremmed og skremmende. Videre ble det beskrevet en opplevelse av å være priggitt sykepleiere og annet helsepersonell. Disse funnene er sammenfallende med flere andre studier (Giacomini et al., 2012; Kvangarsnes et al., 2013a; Torheim & Gjengedal, 2010). Torheim og Gjengedal (2010) beskriver et spenningsforhold mellom avhengighet og autonomi. De viser til at pasientene har behov for hjelp både til å ta avgjørelser og til å få dekket sine behov mens

de er innlagt på intensivavdeling. Sykepleiere har i denne sammenhengen et stort ansvar for å yte omsorg, i form av å respondere og handle på en måte som bidrar til reetablering av balansen mellom avhengighet og autonomi (ibid.). Martinsen (2003) viser til avhengighet og omsorg som to begreper som er knyttet nært sammen. Hun mener mennesker er avhengig av hverandre, og dette kommer særlig til syne ved lidelse, sykdom eller funksjonshemming. Denne avhengigheten krever et motsvar, og det er omsorg. Videre sier hun sykepleiernes omsorg handler om både en grunnholdning og konkrete handlinger som tar utgangspunkt i hva som er det beste for pasienten (ibid.).

Informanter fortalte at masken kom brått på, og de kunne ønske seg mer tid før masken ble satt på. Torheim og Gjengedal (2010) trekker også frem betydningen av å bruke litt tid i oppstartsfasen av maskebehandling, slik at pasienten kan få mulighet til å gi uttrykk for egne følelser og behov (Torheim & Gjengedal, 2010). Å bli tatt på alvor og få være medbestemmende kan bidra til en følelse av å gjenvinne kontrollen (Sørensen et al., 2013a; Torheim & Gjengedal, 2010). Det har imidlertid vist seg at personer med akutt KOLS-forverring ofte er lite delaktige i egen behandling under sykehusopphold (Bjørslund et al., 2012; Kvangarsnes et al., 2013b). Et forhold kan være at pasientene ikke makter å gi verbalt uttrykk for egne ønsker og behov på grunn av stor åndenød, angst og utmattethet. Informanter i egen studie opplevde i tillegg at den tettsittende masken gjorde den verbale kommunikasjonen ekstra vanskelig. En annen grunn kan være at noen pasienter synes det er godt å slippe aktiv deltagelse i akuttfasen. I egen studie kom det frem at det kunne være en lettelse å overlate alt ansvaret til sykepleierne når egne krefter ikke strakk til. Dette bekreftes med tilsvarende funn i studiene til Bjørslund et al. (2012) og Kvangarsnes et al. (2013b). Det behøver med andre ord ikke oppfattes som utelukkende negativt å føle seg prisgitt og avhengig av sykepleierne, da pasienter som er i en fase med akutt KOLS-forverring selv kan ønske å la andre ta styringen.

Informantene i egen studie ga uttrykk for at sykepleierne bidro med å ivareta deres behov. Dette ble delvis gjort uten at de selv behøvde å gi verbalt uttrykk for hva de ønsket og hadde behov for. Det er derfor nærliggende å tro at informantene jevnt over hadde møtt sykepleiere som evnet å tolke deres kroppsspråk, og som handlet på en slik måte at pasientene følte seg sett, hørt og forstått. Dette kan hevdes å være en form for medvirkning fra pasienten selv. Kvangarsnes et al. (2013b) mener medbestemmelse fra pasienten kan ivaretas på en indirekte

måte, ved at sykepleierne tolker pasientens kroppsspråk, og responderer på ønsker og behov ut ifra de signalene pasienten sender. Sørensen et al. (2014) viser også til hvordan pasienter deltok aktivt via nonverbal kommunikasjon. Tommel opp eller ned og nikking eller risting på hodet ble brukt for å tilkjenne sine ønsker ved manglende energi eller dersom masken gjorde det vanskelig å uttrykke seg verbalt.

Informantenes generelle opplevelse av å ha følt seg godt ivaretatt kan også tyde på at sykepleierne de møtte behersket det medisinsktekniske utstyret. Det vil si at de hadde det som Moesmand og Kjøllesdal (2004) og Stubberud (2010) omtaler som apparatfortrolighet. Sykepleierne evner da å ha fokus på det tekniske samtidig som de har stort fokus rettet mot pasienten som person. Almerud, Alapack, Fridlund og Ekebergh (2008) mener det er utfordrende å være omsorgsyter i et teknologisk miljø, fordi det er en polarisering mellom omsorg og teknologi. De hevder helsepersonell på intensivavdelinger lett kan ha en formening om hvordan pasienten har det ut i fra objektive parameter og blodprøver. De kan da «glemme» å spørre pasienten hvordan han/hun har det. Videre mener de pasientens opplevelser av hva som er problematisk kan være noe helt annet enn det helsepersonellet oppfatter som et problem (ibid.).

Ulike former for ubehag under maskebehandlingen ble beskrevet av informantene. Blant annet ble det trukket frem at ulike lyder kan oppleves som ubehagelige. En klikkelyd som oppstod ved festing av masken ble opplevd som spesielt ubehagelig, fordi det ble assosiert med å ikke kunne gjøre noe, men derimot være fastlåst i situasjonen. Susing og during fra apparater kunne også oppleves som ubehagelige lyder. Moesmand og Kjøllesdal (2004) mener støy i intensivavdelingen kan være stressende og skadelig for pasienten. Lyder, som for eksempel alarmer fra apparater, kan bidra til overstimulering. Monotone lyder som susing fra surstoff og lignende kan også være uheldig. Det er ikke nødvendigvis styrken på lyden, men like mye at det er ukjente lyder som kan være vanskelig å identifisere for pasienten (ibid.). Pasientens sanseopplevelser kan også bli mer sensitive i forbindelse med intensivopphold og maskebehandling, og dette gjelder spesielt opplevelsen av lyd (Torheim & Gjengedal, 2010). For sykepleiere er det viktig å huske at lyder som er kjente og gir mening for en selv, kan virke stressende for pasienter. Det kan skyldes endret og forsterket sanseopplevelse, men også at lyder kan være ukjente og skremmende for pasientene. En bevissthet rundt å redusere



støynivået til et minimum kan derfor være av stor betydning for pasientens opplevelse av trygghet og velvære.

Et annet ubehag som ble nevnt av informantene var gnaging fra den tettsittende masken. Samtidig ble det fortalt om sykepleiere som var oppmerksomme på dette problemet. De hadde derfor polstret neseryggen for å forebygge og lindre trykksår. Det ble også beskrevet som ubehagelig når masken gled, men da hadde sykepleierne raskt sørget for å rette på masken. Disse konkrete handlingene kan ses som et uttrykk for sykepleiernes fokus på velvære knyttet opp mot bruk av masken. Sykepleieres fokus på velvære kom også tydelig frem i studien til Sørensen et al. (2014). Erfarne sykepleiere som deltok i deres studie trakk frem pasientens velvære og sykepleiernes respons på pasientens opplevelse av masken som svært viktig. De mente dette var av like stor betydning som objektive målinger og teknisk utstyr.

Informanter fortalte hvordan tilgjengelige og tilstedeværende sykepleiere var essensielt i forhold til å oppleve trygghet underveis i maskebehandlingen. Informantene fortalte hvordan deres opplevelse av trygghet hadde sammenheng med sykepleiere som var tilgjengelige og tilstedeværende. Viktigheten av sykepleieres tilstedeværelse for å føle seg trygg ved maskebehandling understøttes av Torheim og Gjengedal (2010). De fant at det ga en følelse av å være i gode hender når sykepleiere var tilstede, noe som videre bidro til en opplevelse av å gjenvinne kontroll og håp i situasjonen. Motsvarende kom det frem i egen studie hvordan plutselig og uforberedt fravær av sykepleier skapte utrygghet. Det ble beskrevet at sykepleier forsvant ut av rommet uten å være tydelig på når hun kom tilbake, noe som umiddelbart skapte en følelse av både hjelpeløshet og irritasjon. Samtidig var det en forståelse for at sykepleiere hadde behov for korte ærend ut av pasientrommet. Imidlertid bør det tilstrebes størst mulig grad av forutsigbarhet ved at pasienten blir informert når sykepleier må forlate rommet. I kapittel 6.1 ble det diskutert hvordan informasjon i forkant av maskebehandlingen fremmer opplevelsen av trygghet. Samtidig må sykepleiere være seg bevisst betydningen av informasjon og tydelig kommunikasjon i hele perioden med maskebehandling.

Den nonverbale kommunikasjonen ble også trukket frem i egen studie. Flere informanter opplevde det som positivt å få støtte via fysisk berøring, da de var i en situasjon der den verbale kommunikasjonen ble hindret av masken. Det ble beskrevet at det ville vært frustrerende dersom sykepleierne hadde innledet til en samtale mens masken var på, fordi

pasienten ikke kunne gi verbal respons. Derimot ble det opplevd som godt når sykepleierne ikke sa noe, men heller viste støtte og nærvær via fysisk berøring. Sykepleierne unngikk da å skape frustrasjon hos pasienten. Det kan hevdes at sykepleierne viste stor grad av forståelse for pasientenes situasjon, ved at de ga støtte via klapp på skulderen eller stryking på armen. Lignende forhold ble funnet i studien til Torheim og Gjengedal (2010). Der fremkom det at en hånd å holde i kunne bidra til å mobilisere styrke. Denne form for støtte bidro til gjenvinning av indre styrke og energi, og det ble opplevd som viktig for å redusere angst og for følelsen av økt kontroll i situasjonen. Viktigheten av å gi støtte og oppmuntring til pasienten blir bekreftet av Hupcey (2000). Hun mener formidling av håp er en av de essensielle faktorene for å oppleve trygghet som intensivpasient. Dette viser at sykepleiere som administrerer maskebehandling må være bevisst på hvordan deres væremåte og handlinger påvirker pasientens opplevelse av trygghet og mestring. Ikke minst gjelder det hvordan pasientens behov for støtte kan bli formidlet gjennom den nonverbale kommunikasjonen.

### **6.3 Forhold av betydning for mestring av maskebehandlingen**

Informantene beskrev en overgang fra å kjempe en intens kamp for å få nok luft, til å oppleve en lettelse i pusten da maskebehandlingen ble satt i gang. Den enorme lettelsen ved endelig å gjenvinne pusten kunne komme umiddelbart etter oppstart av maskebehandlingen, eller den kom gradvis i løpet av en lengre periode. Følelsen av å få igjen pusten var for mange den viktigste faktoren for å mestre maskebehandlingen. Til tross for opplevelsen av å få hjelp med pusten kunne maskebehandlingen gi mye fysisk ubehag. Imidlertid mente informantene at ubehag som klam maske, gnaging, støy og lignende var underordnet behovet for å få hjelp med pusten. Effekt av maskebehandlingen som et viktig aspekt for å kunne tolerere masken bekreftes av Sørensen et al. (2014). De fant at pasientene kunne kjempe med mye ubehag fra masken i oppstartsfasen, men dersom pasientene merket en lettelse i pusten var det som reservekrefter ble mobilisert. Både i egen studie og i studien til Sørensen et al. (2014) fremkom det at pasientene fant styrke til å holde ut, fordi ubehaget med ikke å få puste var større enn ubehaget som masken fremkalte. I begge studiene var det stor variasjon i hvor lang tid det tok før pasientene merket en lettelse i pusten. Til tross for at effekten ikke nødvendigvis kjentes med en gang, klarte de fleste likevel å opprettholde troen på at maskebehandlingen ville lette pustearbeidet og de fortsatte derfor å tolerere ubehaget fra masken.

Noen informanter mente deres personlige egenskaper og væremåte hadde stor betydning for mestring av maskebehandlingen. Informantene omtalte seg som personer som vanligvis takler nye og utfordrende situasjoner på en hensiktsmessig måte. Videre ga de uttrykk for å inneha en evne til å kunne slappe av og godta det som skjer. De mente evnen til å opprettholde roen hadde sammenheng med tidligere mestring av alvorlige sykdommer eller hendelser. Det er realistisk å tro at disse informantene hadde det som Antonovsky (2012) kaller en sterk SOC (Sense of Coherence). Han hevder personer med sterk SOC har et bedre utgangspunkt for å mestre stressfulle hendelser enn personer som har svak SOC. Pasientens opplevelse av sammenheng dreier seg om begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (ibid.).

Informanter i egen studie mente maskebehandling var noe de måtte gjennom for å få hjelp med pusten. Det kan dermed hevdes at de opplevde behandlingen som begripelig, og noe de kunne plassere inn i en sammenheng. Begripelighet blir ansett som en av de tre komponentene i SOC (Antonovsky, 2012). Informanter beskrev også hvordan de initialt kunne ha en følelse av å være prisgitt helsepersonellet, men etter hvert klarte de å mobilisere egne ressurser og finne tilbake til måter å mestre pustebesværet på, for eksempel gjennom selv å huske og bruke pusteteknikker som var velkjent fra tidligere. Det er interessant å se at dette ble beskrevet som en følelse av å gjøre maskebehandlingen til sitt eget. Videre ga informantene uttrykk for å ha stor grad av tillit til helsepersonellet på intensivavdelingen. De mente sykepleierne hadde god faglig kompetanse, og det ble i tillegg opplevd at helsepersonellet hadde tillit til hverandre. Dette ble ansett som svært betydningsfullt for å kunne føle seg trygg og mestre maskebehandlingen. Sammenhengen mellom tillit og trygghet bekreftes av Hupcey (2000). Hun mener tillit er essensielt for opplevelsen av trygghet, og den opparbeides når pasienten føler at sykepleierne passer på en og sørger for å dekke de ulike behovene. Antonovsky (2012) mener håndterbarhet handler om opplevelsen av å ha tilstrekkelig med ressurser til å kunne takle belastninger en blir stilt overfor. Det kan dreie seg om egne ressurser eller andres ressurser, som for eksempel sykepleiere en har tillit til (ibid.). Den tredje av komponentene i SOC er meningsfullhet. Det handler om pasientens motivasjon til å takle belastninger, gjennom å være aktiv og medbestemmende, men også via respons og støtte fra andre (Antonovsky, 2012). Både medbestemmelse og støtte fra sykepleiere er diskutert i kapittel 6.2.

Det var stor variasjon i opplevelsen av maskebehandling og i oppfatningen av hvilke forhold som var av betydning for å mestre den. Resultatene fra egen studie viste at bare synet av

masken kunne bidra til å forsterke den angsten som pasientene allerede hadde som følge av kampen med å få nok luft. Noen informanter beskrev også hvordan de opplevde økt pustebesvær og kvalningsfølelse da masken ble satt på, noe som ga en følelse av angst og panikk. Flere andre studier bekrefter pasienters følelse av tyngre pust og følelse av å bli kvalt ved oppstart av maskebehandlingen (Torheim & Gjengedal, 2010; Sørensen et al., 2014). Derimot er det ikke funnet beskrivelser i andre studier av at pasientene opplevde panikk allerede ved synet av masken. For de som slet med å akseptere masken var to forhold av avgjørende betydning for å kunne gjennomføre maskebehandlingen. Det ene forholdet var tilstedeværende sykepleiere, noe som ble diskutert i kapittel 6.2. Det andre forholdet av stor betydning var en gradvis tilvenning med hyppige pauser i starten av maskebehandlingen.

Vissheten om mulighet for hyppige, små pauser bidro sterkt til å fremme toleransen for masken. Motsvarende kunne det virke hemmende for aksept av masken dersom pasienten ikke hadde kjennskap til at det var mulig å ta pauser. Tanken på en lang og sammenhengende periode med maskebehandling, kunne bidra så sterkt til å hemme aksepten for masken at denne behandlingen måtte avbrytes. Tilsvarende funn er beskrevet av Torheim og Gjengedal (2010). De fant at mangel på pauser kunne føre til fullstendig panikk. Videre mener de pasienten lettere vil akseptere masken når han/hun vet hvor lenge den skal være på. I tillegg var det viktig for pasienten å føle seg klar til å få på masken og maskebehandlingen måtte oppleves som frivillig. Da pasienten var klare for masken var det også av stor betydning å ikke feste den med en gang, da det kunne fremkalle ytterligere angst. Bakkeland og Thorsen (2010) mener pasienten kan få tilbud om å holde masken selv i starten. Det er realistisk å tro at pasienten da kan oppleve større grad av frivillighet og kontroll i oppstartsfasen. Samtidig kan det antas at dersom pasienten bruker nesten all sin energi til pustearbeidet, vil den ekstra forventningen om selv å holde masken tett inntil ansiktet kunne oppleves som en umulig oppgave der og da. I så fall kan det bli en ekstra belastning for pasienten. En må nok erkjenne at det kan være en utfordring for sykepleierne å gjøre en korrekt vurdering av hvilke pasienter som har krefter nok til å holde masken selv, da KOLS-pasienter kan være mer plaget i situasjonen enn det de gir uttrykk for.

Sykepleiere kan oppleve et dilemma mellom ønsket om rask effekt av behandlingen, og pasientens velvære og toleranse for masken. På den ene siden blir det anbefalt å benytte masken så mye som mulig det første døgnet eller inntil effekt er oppnådd. På den andre siden

fremheves viktigheten av å ta pauser slik at pasienten kan få drikke, spise og kommunisere, samt for å unngå intoleranse (British Thoracic Society Standards of Care Committee, 2002; Sørensen et al., 2014). Sykepleiernes refleksjoner rundt behovet for hyppige pauser versus effekt av behandlingen fremkom i studien til Torheim og Gjengedal (2010). De vektla å bruke god tid i tilvenningsfasen for å kunne imøtekomme individuelle behov hos pasienten. Sykepleierne mente også det var viktig å la pasienten være delaktig med tanke på tidspunkt for pauser. Samtidig trakk sykepleierne frem at pauser fra maskebehandlingen kan resultere i fall i oksygenmetningen, men dette regnet de som akseptabelt. De begrunnet det med at KOLS-pasienter kan tåle et midlertidig fall i oksygenmetning fordi de er vant til det (ibid.).

Sørensen et al. (2013a) beskriver tilsvarende funn i sin studie. De sier at dersom pasienten strever med å tilpasse seg masken, vil det være nødvendig med et velværeorientert samarbeid mellom sykepleier og pasienten. I slike tilfeller rettes hovedfokus mot å løse pasientens ubehag og problemer med å mestre masken, slik at det kan oppnås toleranse for maskebehandlingen. Blant annet må behovet for pauser vektlegges og effekten fra behandlingen gis lavere prioritet for en periode. Imidlertid kreves det erfaring for å se at mange små pauser og forsinket effekt kan være veien å gå for å lykkes med behandlingen (ibid.). Dette kan ses i sammenheng med påstanden om at sykepleiernes kunnskaper og erfaringer med maskebehandling er av stor betydning for om pasienten klarer å tilpasse seg masken og akseptere behandlingen (British Thoracic Society Standards of Care Committee, 2002; Nava & Ceriana, 2004; Nava & Hill, 2009). Sykepleiernes refleksjoner rundt effekt og velvære stemmer også overens med Kirkevolds (1996) syn på at utøvelsen av kyndig sykepleie er et resultat av både teoretisk, praktisk og etisk kunnskap som opparbeides over tid. Hun bruker begrepet personlig kompetanse, som kommer til syne gjennom den måten sykepleierne tilpasser sine handlinger til de ulike situasjonene, for å oppnå det ønskede resultatet.

#### **6.4 Fra kamp til lettelse ved hjelp av pasientnær sykepleie**

Sentrale funn fra studien er diskutert i de tre foregående kapitlene. Diskusjonen er knyttet opp mot meningsinnhold som hører inn under ulike kategorier og tilhørende subkategorier, som fremkom ved dataanalysen. Graneheim og Lundman (2004) mener subkategorier og kategorier gjenspeiler det manifeste innholdet i en transkribert tekst, det vil si innhold som er

synlig og som i liten grad blir tolket. Subkategorier og kategorier gir svar på HVA (ibid.). Videre sier Graneheim og Lundman (2004) at kategoriene til slutt kan sammenfattes i en hovedkategori, som gir svar på HVORDAN. Det dreier seg om en fortolkning av den underliggende meningen i den transkriberte teksten, og kan betraktes som det latente innholdet (ibid.). I egen studie endte siste del av dataanalysen med formulering av en hovedkategori; fra kamp til lettelse ved hjelp av pasientnær sykepleie. Det henspeiler på en omstillingsprosess som pasientene gikk gjennom, og hvordan sykepleiernes nærhet var viktig for å komme seg gjennom perioden med maskebehandling.

Ved ankomst til intensivavdelingen var informantene preget av sin kamp for å få puste. Åndenøden kunne være ledsaget av både fysiske og psykiske symptomer, i form av blant annet utmattethet, angst og panikk. De fleste opplevde god effekt av maskebehandlingen, og i løpet av en kortere eller lengre periode gikk de fra å kjempe med åndenød til å gjenvinne pusten, noe som ble beskrevet som en enorm lettelse. Ubehaget som kunne oppstå i forbindelse med maskebehandlingen ble stort sett betraktet som underordnet behovet for å få igjen pusten. Det kan synes som informantene i egen studie gjennomgikk en lignende omstillingsprosess som studiedeltagerne til Sørensen et al. (2014). De identifiserte tre faser som pasientene går gjennom på veien mot å gjenvinne habituell velvære; oppstartsfasen, overgangsfasen og fastholdelsesfasen. Riktignok kom det frem, både i egen studie og i Sørensen et al. (2014) sin studie, at maskebehandling av og til må avbrytes allerede mens pasienten er i oppstartsfasen, fordi det oppleves som umulig å akseptere ubehaget som kan fremkalles av masken. Sørensen et al. (2014) sier de som kommer videre til overgangsfasen kontrollerer ubehaget ved å følge kjente rutiner, delta aktivt ved formidling av egne behov og ved mobilisering av indre styrke. Pasienter som går videre til fastholdelsesfasen opprettholder troen på maskebehandlingen, og de fortsetter da å tolerere eventuelt ubehag. Imidlertid kan enkelte pasienter etter hvert miste troen på denne behandlingen, fordi de ikke merker noen bedring i pusten, eller det blir en forverring (ibid.). I egen studie fremkom enda et aspekt av behandlingssvikt. Det ble beskrevet en opplevelse av å ha god effekt av maskebehandlingen og mestre den bra i mer enn et døgn, for så plutselig å få total aversjon mot masken slik at den følte umulig å ha på.

I omstillingen fra kamp til lettelse var det av stor betydning med pasientnær sykepleie. Informanter beskrev det som avgjørende for tilpasning og mestring av maskebehandlingen

med sykepleiere som var fysisk tilstede, eller i umiddelbar nærhet og tilgjengelige ved behov. Flere andre studier bekrefter viktigheten av tilstedeværende sykepleiere for å kunne oppleve trygghet i situasjonen (Torheim & Gjengedal, 2010; Torheim & Kvangarsnes, 2014). Samtidig kan det hevdes at det ikke utelukkende er det fysiske nærværet i seg selv som er viktig, men like mye hvordan sykepleierne er tilstede. Moesmand og Kjøllesdal (2004) snakker i denne sammenheng om ekte nærvær. De mener det handler om å yte betingelsesløs omsorg overfor pasienten. Sykepleieren tar da utgangspunktet er den enkelte pasient som person, i motsetning til å utføre rutinemessige handlinger ved pleie og behandling av den syke. De sier videre at ekte nærvær handler om å bli møtt med forståelse og emosjonell støtte, noe som gir pasienten en følelse av ivaretagelse og trygghet (ibid.).

Informanter i foreliggende studie trakk frem at sykepleierne viste nærhet på en profesjonell måte, i betydningen av sykepleiere som var nære uten å bli for personlige. Det kan forstås som å bli møtt med empati. Heidenreich (2001) og Thorsen (2013) viser til at begrepet empati innebærer både en emosjonell og en intellektuell dimensjon. Empatiens emosjonelle side handler om å være nær og bli følelsesmessig berørt av den andre. Sykepleieren forstår pasientens situasjon, med de plager og behov som er tilstede i den aktuelle situasjonen, noe som fordrer en følsomhet og oppmerksomhet overfor pasienten. Den intellektuelle dimensjonen innebærer at tidligere kunnskaper og erfaringer trekkes inn i sykepleierens forståelse av pasienten. Ved refleksjon og overveielse av det emosjonelle budskapet kan det skapes en profesjonell balanse mellom nærhet og distanse (ibid.). Sympati er nært beslektet med empati. Men i motsetning til empati kan det sies at sympati består av kun den emosjonelle dimensjonen (Heidenreich, 2001).

Informantenes oppfattelse av engasjement og nærhet fra sykepleierne, kan også knyttes opp mot omsorgsteorien til Martinsen (2003). Hun sier omsorg er en sosial relasjon der forholdet mellom mennesker er det sentrale. Omsorg for andre dreier seg om å formidle forståelse gjennom ord og handlinger. Denne forståelsen er basert på erfaringer og kunnskaper vi har med fra tidligere, og som gjør oss i stand til å sette oss inn i den andres situasjon. Sykepleiere er medmennesker som viser forståelse ut ifra egne erfaringer og kunnskaper, men har i tillegg fagkunnskaper, som gir en enda bedre forutsetning for å ivareta de syke pasientene.

## 6.5 Metodediskusjon

Den største svakheten ved studien kan nok anses å være at masterstudenten ikke har utført en lignende studie tidligere. Polit og Beck (2008) mener forskerens kvalifikasjoner og erfaringer har stor betydning for påliteligheten (credibility) til en studie. Imidlertid har masterstudenten gjennom hele forskningsprosessen hatt tett kontakt med veileder, som har lang og bred erfaring innen kvalitativ sykepleieforskning, noe som er styrkende for studiens pålitelighet (credibility). I tillegg har det vært avholdt både forskningsplan-, analyse- og masterseminar, der medstudenter og andre veiledere fra Høgskolen har gransket og gitt tilbakemeldinger på planlegging av studien, analyse av resultatene og innholdet i masteroppgaven. Både Polit og Beck (2008) og Streubert og Carpenter (2011) mener påliteligheten (credibility) til en studie kan ivaretas når flere forskere involveres i de ulike delene av forskningsprosessen.

I denne studien ble det valgt et kvalitativt design, da det var ønskelig å frembringe en dypere forståelse for KOLS-pasienters opplevelse av maskebehandling. Kvalitativ tilnærming er ansett for velegnet når hensikten er å få en dypere forståelse av fenomenet som blir undersøkt (Kvale & Brinkmann, 2012; Polit & Beck, 2008). Polit og Beck (2008) mener det bidrar til å styrke påliteligheten (credibility) dersom metoden er velegnet ut ifra hensikten, samt at utvalg og dataanalyse er i tråd med metoden.

KOLS-pasienter som har gjennomgått maskebehandling innehar førstehåndskunnskap om hvordan det oppleves å få denne formen for behandling, og det ble derfor vurdert som hensiktsmessig å intervju et utvalg fra denne pasientgruppen. Det vil være styrkende for påliteligheten (credibility) til en studie når en spør personer som har egne erfaringer knyttet opp mot det fenomenet som undersøkes (Polit & Beck, 2008).

Det er flere forhold ved studiens utvalg som kan påvirke påliteligheten (credibility). Til tross for at informantene er rekruttert fra intensivavdelinger ved tre ulike sykehus, er det likevel innenfor et begrenset geografisk område på Østlandet. Dette kan ha betydning i forhold til kulturelle og helsemessige perspektiver. Det var et konsekutivt utvalg, det vil si at informanter som oppfylte kriteriene ble inkludert fortløpende. I den foreliggende studien ble det stor variasjon vedrørende bostatus, utdanning og antall år med KOLS-diagnosen, noe som kan sies å styrke påliteligheten (credibility). Derimot var det mindre variasjon når det gjelder kjønn



og alder. Det ble det en forholdsmessig stor andel av kvinner versus menn, og det var også en relativt høy alder på informantene. Disse skjevhetene i utvalget kan tenkes å ha betydning for resultatet. Graneheim og Lundman (2004) mener et utvalg med variasjon innen alder og kjønn styrker påliteligheten (credibility) til en studie, fordi en får frem et større spekter av meninger. Malterud (2011) hevder derimot at alder og kjønn ikke nødvendigvis er av betydning for å sikre variasjoner i datamaterialet, og dermed mulighet for å beskrive ulike nyanser innen fenomenet som blir studert. Hun mener både problemstilling, empiri og teori er avgjørende for hva det bør legges vekt på for å oppnå variasjonsbredde.

En svakhet med studien kan hevdes å være det begrensede antall informanter. Imidlertid ga de ni informantene et rikt datagrunnlag, både med hensyn til nyanserte og detaljerte beskrivelser fra den enkelte informant, men også i forhold til et bredt spekter av synspunkter fra de ulike informantene. Informantene trakk også frem både positive og negative opplevelser. Det rike datagrunnlaget kan derfor bidra til å frembringe en dybdeforståelse innen det undersøkte området. Ifølge Malterud (2011) skaper variasjonene i utsagn og meninger fra informantene utfordringer for forskeren, fordi det må gjøres en vurdering av hvilke svar som best representerer de ulike forskningsspørsmålene. Samtidig vil funn som ikke er entydige bidra til at slutninger om funnene ikke tas for raskt.

Det ble foretatt semistrukturerte intervjuer. Det anses som hensiktsmessig når et tema skal forstås ut ifra perspektivet til intervjupersonene (Kvale & Brinkmann, 2012; Polit & Beck, 2008). Intervjuene foregikk etter utskrivelse fra sykehus, det kan ses på som en svakhet. For det første foregikk intervjuene i et annet miljø enn maskebehandlingen, noe som kan skape distanse til det opplevde. For det andre kan tidsaspektet spille en rolle, da detaljerte minner fra tiden med maskebehandling kan svekkes over tid. Samtidig kan det ses på som en styrke at studiedeltagerne var best mulig restituert. Informantene ble i forkant av intervjuet informert om muligheten for pauser underveis, men alle hadde krefter og energi nok til å gjennomføre hele intervjuet sammenhengende. Det kan også anses som styrkende for studien at informantene ikke lenger var i et avhengighetsforhold til intensivavdelingen eller sykehuset. De kunne fortelle fritt, også om negative aspekter, uten tanke på om det ville ha betydning for videre pleie og behandling under sykehusoppholdet. Til tross for at intervjuene ble foretatt opptil et par uker etter utskrivelse, husket de fleste informantene mange detaljer fra tiden med maskebehandling. En tidligere studie viste at opplevelser fra kritisk sykdom og intensiv-

opphold lever videre i personen i mange år. Både minner relatert til sterke følelser og kroppslig hukommelse var overraskende vel bevart (Storli, Lindseth & Asplund, 2008).

Alle intervjuene ble utført av masterstudenten, som har flere års erfaring fra spesialavdeling, og blant annet erfaring med maskebehandling til ulike typer pasienter. Masterstudenten har aldri hatt ansettelsesforhold ved de tre intensivavdelingene som rekrutterte pasienter til studien, men har derimot vært i praksis som intensivsykepleierstudent ved de respektive avdelingene, og har derfor noe kjennskap til både rutiner og medisinskteknisk utstyr som brukes ved maskebehandling. Derfor var det gjenkjennelig når informantene fortalte om ulike forhold knyttet til for eksempel masken og maskinen som ble brukt. Dette skapte en nærhet til feltet, men samtidig en viss distanse da masterstudenten ikke hadde direkte tilknytning til avdelingene.

For å unngå at egen forforståelse påvirket informantene hadde masterstudenten, i forkant av intervjuene, reflektert over egen rolle i intervjusituasjonen og var bevisst på å ha en mest mulig åpen tilnærming til det aktuelle fenomenet. Under intervjuene ble det brukt en intervju-guide med åpne spørsmål, slik at informantene i størst mulig grad kunne formidle sin historie uten påvirkning fra intervjuerens forforståelse. Dersom noe virket uklart for intervjueren ble det stilt spørsmål for å sikre at meningen ble forstått korrekt. Denne kontrollen kan anses som en form for member checking, og bidrar til å styrke påliteligheten til studien (credibility) (Polit & Beck, 2008; Streubert & Carpenter, 2011).

Under intervjuene ble det tatt lydopptak, og de ble transkribert kort tid etterpå. Kvale og Brinkmann (2012) hevder det er få standardregler for transkripsjon, men en grunnregel finnes. De mener rapporten fra en studie skal ha en nøye beskrivelse av hvordan selve transkriberingen er foretatt. For å styrke etterprøvbareheten (dependability) til egen studie er det gitt en detaljert redegjørelse i kapittel 3.4, for de valg som er tatt i forbindelse med transkribering fra muntlig tale til skriftlig språk. Blant annet er det beskrevet at intervjuene ble transkribert ordrett. På den måten ble det holdt størst mulig grad av nærhet til informantenes fortellinger. For å sikre at intervjuene kunne transkriberes ord for ord, ble det brukt en digital diktafon som ga god kvalitet på opptakene. I tillegg ga dataprogrammet som fulgte med diktafonen en mulighet for å endre avspillingshastighet, og det skulle vise seg å være nyttig. Enkelte ganger var det vanskelig å høre hva informanten sa når lydfilen ble avspilt i normal

hastighet, men ved å senke hastigheten ble det i de aller fleste tilfellene likevel mulig å oppfatte alle ordene. På samme måte som transkriberingsprosessen er detaljert beskrevet, er det også gitt en nøye beskrivelse av de ulike stegene som ble gjort ved analysen av innsamlet data. Polit og Beck (2008) mener en presis beskrivelse av hele arbeidsprosessen er et viktig aspekt ved vurdering av en studies etterprøvnbarhet (dependability).

Som tidligere nevnt finnes det få studier som omhandler pasientperspektivet ved maskebehandling ved akutt KOLS-forverring. I den foreliggende studien ble det derfor valgt å benytte en induktiv innholdsanalyse. Ifølge Elo og Kyngäs (2008) er det hensiktsmessig med induktiv innholdsanalyse innen områder der det finnes mangelfull eller fragmentert kunnskap fra tidligere. Bruk av en velegnet metode for dataanalyse bidrar til å styrke påliteligheten (credibility) til studien (Polit & Beck, 2008). Ved analyse av den transkriberte teksten ble det tilstrebet å ha en objektivitet til det innsamlede datamaterialet. Det ble gjort ved hele tiden å pendle frem og tilbake mellom originalteksten og analysearbeidet, for dermed å bekrefte om det stemmer. Polit og Beck (2008) mener bekreftbarheten (confirmability) til en studie handler om objektivitet, forstått som at det er studiedeltagerens egen «stemme» som fremkommer. Ved presentasjon av resultatene er det tatt med en rekke sitater for å gi leseren et inntrykk av datamaterialet som danner grunnlaget for de ulike subkategoriene og kategoriene som fremkom ved dataanalysen. Bruk av sitater bidrar også til å styrke bekreftbarheten (confirmability) til studien (Polit & Beck, 2008).

I kvalitative studier er det ikke et mål om å kunne generalisere resultatene fra studien. Likevel kan forståelsen som frembringes ved kvalitative studier tenkes å være nyttige i andre sammenhenger (Polit & Beck, 2008). Derfor bør kontekst, utvalg, datainnsamling, dataanalyse og resultater beskrives så detaljert at leseren selv kan vurdere om det er grunnlag for overførbarhet til andre grupper enn de som deltok i studien (Polit & Beck 2008). I denne studien er det tilstrebet å gi så detaljerte beskrivelser som mulig av hele studieprosessen, for på den måten å styrke overførbarheten (transferability) til studien.

## 7.0 KONKLUSJON OG KLINISKE IMPLIKASJONER

Denne studien viser at det kan oppleves som svært stressende med akutt KOLS-forverring og innleggelse på intensivavdeling for å få maskebehandling. Informantene var preget av uttalt åndenød, og noen opplevde også angst og panikk. De fleste opplevde en omstillingsprosess der de gikk fra å kjempe med manglende pust til å føle maskebehandlingen som en hjelp. Informantene følte en enorm lettelse over endelig å få igjen pusten. Samtidig kunne maskebehandlingen være forbundet med mye ubehag, men de fleste tolererte dette, fordi ubehaget ved manglende pust var større enn ubehaget fra masken. Følelsen av å gjenvinne pusten ble beskrevet som en viktig faktor for mestring av maskebehandlingen. Enkelte opplevde imidlertid økt pustebesvær og kvelningsfølelse av masken. Dette ubehaget kunne være så stort at det ble vanskelig eller umulig å akseptere masken. Opplevelsen av å bli møtt av omsorgsfulle, empatiske og tilstedeværende sykepleiere var av stor betydning under maskebehandlingen. Tilsvarende resultater er funnet i flere tidligere studier innen området (Sørensen et al., 2014; Torheim & Gjengedal, 2010).

Med hensyn til pasientenes opplevelse av informasjonen de fikk i forkant av maskebehandlingen, er det ulike funn i foreliggende studie versus tidligere studie utført av Torheim og Gjengedal (2010). Informantene i egen studie hadde en generell oppfatning av å ha fått lite informasjon, og noen ønsket seg mer. Tid til å bli kjent med masken, samt tilstrekkelig og forståelig informasjon var viktig for følelsen av å være forberedt og ha kontroll, og dermed oppleve trygghet i situasjonen. Dette viser at sykepleiere bør rette stor oppmerksomhet mot oppstartsfasen av maskebehandlingen. Til tross for at det er en akutt situasjon, bør sykepleiere tilstrebe å gi tilstrekkelig tid og informasjon tilpasset hver enkelt pasients behov. Det kan imidlertid være nyttig med fremtidige studier som ser nærmere på pasientenes ønsker og behov for informasjon før maskebehandling. Det kunne vært interessant å se både på informasjonsbehovet ved selve oppstarten av maskebehandling, og nytten av å ha fått informasjon om maskebehandling når pasienten er i en stabil fase og ikke er preget av KOLS-forverring.

Resultatene gjenspeiler en stor variasjon i hvordan maskebehandling oppleves. Det viser viktigheten av at sykepleiere som administrerer maskebehandling tilegner seg kunnskap om mangfoldet av reaksjoner og følelser som KOLS-pasienter kan oppleve i forbindelse med

maskebehandling. Videre må sykepleiere være seg bevisst viktigheten av pasientnær sykepleie, noe som innbefatter både en fysisk og en psykososial dimensjon. Dette har stor betydning for pasientens opplevelse av trygghet i situasjonen og for mestring av maskebehandlingen. De pårørende er ikke trukket med i denne studien, men det kunne vært interessant med fremtidige studier som også ser på hvilken betydning de pårørendes omsorg og tilstedeværelse har for pasienter som får maskebehandling.

## REFERANSELISTE

- Almerud, S., Alapack, R. J., Fridlund, B. & Ekebergh, M. (2008). Caught in an artificial split: A phenomenological study of being a caregiver in the technologically intense environment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 130-136. doi: 10.1016/j.iccn.2007.08.003
- Andenæs, R., Kalfoss, M. H. & Wahl, A. K. (2006). Coping and psychological distress in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart & Lung*, 35(1), 46-57. doi: 10.1016/j.hrtlng.2005.09.009
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bailey, P. H. (2004). The Dyspnea-Anxiety-Dyspnea Cycle – COPD Patients’ Stories of Breathlessness: “It’s Scary / When You Can’t Breathe”. *Qualitative Health Research*, 14(6), 760-778. Doi: 10.1177/1049732304265973
- Bakkelund, J. & Thorsen, B. H. (2010). Lungesvikt. I: T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (2. utg., s. 311-442). Oslo: Akribe.
- Bauman, K. A., Hyzy, R. C., Parsons, P. E. & Finlay, G. (2013, 26. juni). *Noninvasive positive pressure ventilation in acute respiratory failure in adults*. Nedlastet fra <http://www.uptodate.com/contents/noninvasive-positive-pressure-ventilation-in-acute-respiratory-failure-in-adults>
- Bjørnsland, B., Wilde-Larsson, B. & Kvigne, K. (2012). Opplevelse av brukervedvirkning i sykehus. *Nordisk tidsskrift for Helseforskning*, 8(1), 20-33.
- British Thoracic Society Standards of Care Committee (2002). Non-invasive ventilation in acute respiratory failure. *Thorax*, 57, 192-211. Doi: 10.1136/thorax.57.3.192
- Ek, K. & Ternstedt, B.-M. (2008). Living with chronic obstructive pulmonary disease at the end of life: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 62(4), 470-478. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04611.x
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Giacomini, M., DeJean, D., Simeonov, D. & Smith, A. (2012). Experiences of Living and Dying With COPD: A Systematic Review and Synthesis of the Qualitative Empirical Literature. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 12(14), 1-47.

- GOLD (Global initiative for chronic obstructive lung disease) (2014). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. Nedlastet fra [http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD\\_Report2014\\_Feb07.pdf](http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report2014_Feb07.pdf)
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Gudmundsson, G., Gislason, T., Janson, C., Lindberg, E., Ulrik, C. S., Brøndum, E., Nieminen, M. M., Aine, T., Hallin, R. & Bakke, P. (2006). Depression, anxiety and health status after hospitalisation for COPD: A multicentre study in the Nordic countries. *Respiratory Medicine*, 100(1), 87-93. doi: 10.1016/j.rmed.2005.04.003
- Gysels, M., Bausewein, C. & Higginson, I. J. (2007). Experiences of breathlessness: A systematic review of the qualitative literature. *Palliative and Supportive Care*, 5, 281-302. doi: 10.1017/S1478951507000454
- Heidenreich, K. S. (2001). Empati i lege-pasient-forholdet – teknikk eller etikk? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 12(121), 1507-1511.
- Helse og omsorgsdepartementet (2005). *God forskning – bedre helse* (NOU 2005:1). Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Nedlastet fra <http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/20052005/001/PDFS/NOU200520050001000DDDPDFS.pdf>
- Helsedirektoratet (2012). *Kols: Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helseforskningsloven (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Nedlastet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Holm, S. & Olsen, B. R. (2008). Etikk i menneske- og dyreforsøk. I P. Laake, B. R. Olsen & H. B. Benestad (red.), *Forskning i medisin og biofag* (2. utg., s. 90-114). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hovland, B. I., Bakken, K., Dale, O., Johnsen, W., Lunde, T., Melsom, P. A. (2009). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Nedlastet fra [http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Kvalitative%20forskingsprosjekt%20i%20medisin%20og%20helsefag%20\(2010\).pdf](http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Kvalitative%20forskingsprosjekt%20i%20medisin%20og%20helsefag%20(2010).pdf)

- Hupcey, J. E. (2000). Feeling safe: The Psychosocial Needs of ICU Patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(4), 361-367.
- Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvangarsnes, M., Torheim, H., Hole, T. & Öhlund, L. S. (2013a). Narratives of breathlessness in chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 22(21-22), 3062-3070. Doi: 10.1111/jocn.12033
- Kvangarsnes, M., Torheim, H., Hole, T. & Öhlund, L. S. (2013b). Intensive care unit nurses' perceptions of patient participation in the acute phase of chronic obstructive pulmonary disease exacerbation: an intervju study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(2), 425-434. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06021.x
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Moesmand, A. M. & Kjøllesdal, A. (2004). *Å være akutt kritisk syk. Om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nava, S. & Ceriana, P. (2004). Causes of Failure of Noninvasive Mechanical Ventilation. *Respiratory Care*, 49(3), 295-303.
- Nava, S. & Hill, N. (2009). Non-invasive ventilation in acute respiratory failure. *Lancet*, 374(9685), 250-259. Doi: 10.1016/S0140-6736(09)60496-7
- Opdahl, H. (2008). *Oksygentransport og oksygeneringsvikt*. Oslo: AGA AS, Linde Gas Therapeutics.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice* (8. utg.). Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ram, F. S. F., Picot, J., Lightowler, J. & Wedzicha, J. A. (2004). Non-invasive positive pressure ventilation for treatment of respiratory failure due to exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). doi: 10.1002/14651858.CD004104.pub3
- Rennard, S. I., Stoller, J. K. & Hollingsworth, H. (2014, 6. januar). *Chronic obstructive pulmonary disease: Definition, clinical manifestations, diagnosis, and staging*.



- Nedlastet fra <http://www.uptodate.com/contents/chronic-obstructive-pulmonary-disease-definition-clinical-manifestations-diagnosis-and-staging>
- Segesten, K. (1994). *Patienters opplevelser av trygghet og otrygghet*. Göteborg: Segesten Förlag.
- Smith, T. A., Davidson, P. M., Jenkins, C. R. & Ingham, J. M. (2015). Life behind the mask: the patient experience of NIV. *The Lancet Respiratory Medicine*, 1(3), 8-10. Doi: 10.1016/S2213-2600(14)70267-X
- Stoller, J. K., Barnes, P. J. & Hollingsworth, H. (2013, 5. sept.). *Management of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease*. Nedlastet fra <http://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-exacerbations-of-chronic-obstructive-pulmonary-disease>
- Storli, S. L., Lindseth, A. & Asplund, K. (2008). A journey in quest of meaning: a hermeneutic-phenomenological study on living with memories from intensive care. *Nursing in Critical Care*, 13(2), 86-96. Doi: 10.1111/j.1478-5153.2007.00235.x
- Streubert, H.J. & Carpenter, D.R. (2011). *Qualitative Research in Nursing. Advancing the Humanistic Imperative*. (5. utg.). Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stubberud, D.-G. (2010). Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder. I: T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (2. utg., s. 32-52). Oslo: Akribe.
- Sykepleiernes Samarbeid i Norden (2003). *Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden*. Nedlastet fra <http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf>
- Sørensen, D., Frederiksen, K., Grøfte, T. & Lomborg, K. (2013a). Nurse-patient collaboration: A grounded theory study of patients with chronic obstructive pulmonary disease on non-invasive ventilation. *International Journal of Nursing Studies*, 50(1), 26-33. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.08.013
- Sørensen, D., Frederiksen, K., Grøfte, T. & Lomborg, K. (2013b). Practical wisdom: A qualitative study of the care and management of non-invasive ventilation patients by experienced intensive care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(3), 174-181. doi: 10.1016/j.iccn.2012.10.001
- Sørensen, D., Frederiksen, K., Grøfte, T. & Lomborg, K. (2014). Striving for habitual well-being in noninvasive ventilation: a grounded theory study of chronic obstructive

- pulmonary disease patients with acute respiratory failure. *Journal of Clinical Nursing*, 23(11-12), 1726-1735. Doi: 10.1111/jocn.12322
- Theander, K. & Unosson, M. (2004). Fatigue in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nursing*, 45(2), 172-177. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02878.x
- Theander, K., Hasselgren, M., Luhr, K., Eckerblad, J., Unosson, M. & Karlsson, I. (2014). Symptoms and impact of symptoms on function and health in patients with chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure in primary health care. *International Journal of COPD*, 9, 785-794. doi: 10.2147/COPD.S62563
- Thoresen, L. (2013). Empti – ulike forståelser. Empati er et komplekst og utfordrende fenomen. *Sykepleien Forskning*, 8(4), 362-367.
- Torheim, H. & Gjengedal, E. (2010). How to cope with the mask? Experiences of mask treatment in patients with acute chronic obstructive pulmonary disease-exacerbations. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 499-506. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00740.x
- Torheim, H. & Kvangarsnes, M. (2014). How do patients with exacerbated chronic obstructive pulmonary disease experience care in the intensive care unit? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4), 741-748. Doi: 10.1111/scs.12106
- Waatevik, M., Skorge, T. D., Omenaas, E., Bakke, P. S., Gulsvik, A. & Johannessen, A. (2013). Increased prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in a general population. *Respiratory Medicine*, 107(7), 1037-1045. doi: 10.1016/j.rmed.2013.04.008
- World Health Organization (2014). *Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)*. Nedlastet fra <http://www.who.int/respiratory/copd/en/>
- World Medical Association (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194. doi: 10.1001/jama.2013.281053

## Forespørsel om deltakelse i studien

### *”Pasienters opplevelse av maskebehandling ved akutt KOLS-forverring”*

#### **Bakgrunn og hensikt**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie. Hensikten med studien er å få økt kunnskap om hvordan pasienter med akutt KOLS-forverring opplever maskebehandling, også kalt NIV-behandling (non-invasive ventilation). Du inviteres til å delta fordi du nettopp har fått denne formen for behandlingen. Ansvarlig for studien er Høgskolen i Gjøvik, og jeg som gjennomfører den er en student som tar masterstudie i klinisk sykepleie.

#### **Hva innebærer studien?**

Det vil bli foretatt et individuelt intervju der tema er din opplevelse av situasjonen og av helsehjelpen som ble gitt rett før, under oppstart og underveis i maskebehandlingen. Noen dager etter utskrivelse fra sykehuset vil du bli oppringt for å høre om du ønsker å delta i studien, og i så fall avtaler vi tid og sted for intervjuet. Etter ditt ønske foregår det på sykehuset eller hjemme hos deg. Intervjuet vil ta ca 30-60 minutter, og det gjøres lydopptak. Opplysningene fra intervjuet vil danne grunnlag for en mastergradsoppgave som skal være ferdig i mai 2015. I tillegg planlegges en artikkel i et tidsskrift for helsepersonell.

#### **Mulige fordeler og ulemper**

Deltagelse i studien vil ikke gi deg noen spesielle fordeler, men dine opplysninger kan bidra til økt kunnskap hos helsepersonell. Dette kan komme til nytte ved maskebehandling av andre pasienter med akutt KOLS-forverring. Mulige ulemper kan være at det er slitsomt å bli intervjuet, og samtale om temaet kan vekke opp følelser fra perioden da du fikk denne behandlingen.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet ovenfor. Alle opplysninger fra intervjuet vil bli behandlet uten navn eller andre gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun masterstudenten og veilederen fra Høgskolen i Gjøvik som har adgang til navnelisten og lydopptaket, som vil oppbevares adskilt og innelåst. Etter forskningsprosjektets avslutning vil materialet slettes i henhold til gjeldende forskrifter. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

#### **Frivillig deltakelse**

Dersom du tillater å bli oppringt etter utskrivelse, undertegner du skjemaet på neste side. Når du blir oppringt vil du få spørsmål om du er interessert i å delta. Det er frivillig å delta i studien. Om du sier ja til å delta i studien, kan du senere trekke deg fra studien uten å oppgi noen grunn og uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte:

... , intensivsykepleier og masterstudent. Tlf. ... E-mail: ...

... , professor og veileder ved Høgskolen i Gjøvik. Tlf. ... E-mail:

## Tillatelse til å bli oppringt angående studien

### *”Pasienters opplevelse av maskebehandling ved akutt KOLS-forverring”*

Jeg tillater å bli oppringt noen dager etter utskrivelse fra sykehus, for å bli spurt om jeg ønsker å delta i studien.

-----  
(Dato)

-----  
(Signatur)

-----  
(Telefon)

-----  
(Navn med blokkbokstaver)

Jeg bekrefter å ha gitt muntlig og skriftlig informasjon om studien.

-----  
(Dato)

-----  
(Signatur)

-----  
(Rolle i studien)

## Samtykke til deltakelse i studien

### *”Pasienters opplevelse av maskebehandling ved akutt KOLS-forverring”*

Jeg er villig til å delta i studien.

-----

(Dato)

-----

(Signatur av deltager)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien.

-----

(Dato)

-----

(Signatur)

-----

(Rolle i studien)

## Intervjuguide til studien

### *”Pasienters opplevelse av maskebehandling ved akutt KOLS-forverring”*

#### **Bakgrunnsdata (dette tas det ikke lydopptak av):**

Alder: \_\_\_\_\_ år

Kjønn: Mann: \_\_\_\_ Kvinne: \_\_\_\_

Bostatus: Bor alene: \_\_\_\_ Bor med andre: \_\_\_\_

Utdanning: Grunnskole: \_\_\_\_ Videregående skole: \_\_\_\_ Høgskole/universitet: \_\_\_\_

Antall år siden pasienten fikk sin KOLS-diagnose: \_\_\_\_\_

#### **1. Hvordan opplevde du situasjonen før maskebehandlingen startet?**

Eventuelle utdypningsspørsmål:

- a. Hvordan opplevde du at pusten din var før behandlingen startet?
- b. Hvilken informasjon fikk du i forkant av behandlingen?
- c. Hvordan ble du møtt av sykepleierne på intensivavdelingen?

#### **2. Hvordan opplevde du selve oppstarten av maskebehandlingen?**

Eventuelle utdypningsspørsmål:

- a. Hvordan følte det å få på masken?

#### **3. Hvilke opplevelser hadde du underveis i maskebehandlingen?**

Eventuelle utdypningsspørsmål:

- a. Opplevde du noen form for ubehag mens behandlingen pågikk, og i så fall hva?
- b. Hvor mye pauser hadde du fra maskebehandlingen?
- c. Hvordan var samarbeidet mellom deg og sykepleierne?

#### **4. Hvilke forhold var viktige for at du skulle klare å gjennomføre maskebehandlingen?**

Eventuelle oppfølgingsspørsmål under alle fire punktene:

Kan du fortelle litt mer om .... ?

Hva innebærer det for deg .... ?

Hvordan var det når .... ?

Forstår jeg deg rett .... ?

Høgskolen i Gjøvik  
Avdeling for helse, omsorg og sykepleie  
Seksjon sykepleie



Avdelingsleder ...  
Avdeling Akuttmedisin  
Sykehuset ...

..., 05.05.2014

### **Søknad om tillatelse til å utføre studien ”Pasienters opplevelse av maskebehandling ved akutt KOLS-forverring” på Intensivavdelingen ved ...**

Undertegnede er masterstudent i klinisk sykepleie ved Høgskolen i Gjøvik. Min mastergrad vil bestå av en kvalitativ studie der hensikten er å beskrive pasienters egen opplevelse av maskebehandling ved akutt KOLS-forverring. Studien er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Jeg søker herved om tillatelse til å utføre studien på Intensivavdelingen ved ... Det bes om at en kontaktperson på intensivavdelingen kan informere aktuelle pasienter om studien. Inklusjonskriteriene er pasienter med diagnostisert KOLS, innlagt på sykehus med akutt KOLS-forverring, første gang med maskebehandling, kontaktbar ved oppstart av maskebehandling og norskspråklige. Eksklusjonskriteriene er pasienter med demens eller annen kognitiv svikt, og pasienter i terminal fase.

Pasientene skal informeres om studien etter avsluttet maskebehandling, men før de overflyttes fra intensivavdelingen. De skal bli spurt om tillatelse til å bli kontaktet per telefon etter utskrivelse til hjemmet. Først når pasienten blir oppringt behøver han/hun å si ja eller nei til deltagelse i studien.

Undertegnede vil foreta et individuelt intervju, der tema er pasientens opplevelse av sin situasjon og helsehjelpen som ble gitt rett før, under oppstart og underveis i maskebehandling. Intervjuet vil foregå en til to uker etter utskrivelse fra sykehus. Det er ønskelig med en pasient til en pilotundersøkelse, og deretter inntil ti pasienter til studien. Informantene vil rekrutteres fra to forskjellige intensivavdelinger.

For enkelte studiedeltagere kan det tenkes at et intervju om temaet kan bringe frem ubehagelige minner fra tiden med maskebehandling. Det er derfor ønskelig at kontaktpersonen på avdelingen kan stille seg disponibel for en samtale, dersom studiedeltageren har behov for å snakke med en fagperson i etterkant av intervjuet.

Opplysninger som kommer frem under intervjuene vil benyttes til min masteroppgave. I tillegg er det planlagt å publisere en artikkel i et helsefaglig tidsskrift.

Jeg håper temaet og studien er av interesse, og ber om tillatelse til å rekruttere pasienter til min studie fra Intensivavdelingen ved ... Dersom det er spørsmål til studien, kan det tas kontakt med:

... , intensivsykepleier og masterstudent. Tlf. ... E-mail: ...

... , professor og veileder ved Høgskolen i Gjøvik. Tlf. ... E-mail: ...

Med vennlig hilsen

...

Masterstudent ved Høgskolen i Gjøvik