



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

På hvilken måte kan sykepleier lindre angst hos pasienter med kols?

Innleveringsdato: 06.06.2020

Emnekode: HSYK3003

Kull: 2017

Kandidatnummer: 10123

Antall ord: 8757

Sammendrag

Problemstilling: På hvilken måte kan sykepleier lindre angst hos pasienter med kols

Hensikt: Belyse hvordan sykepleier kan lindre angst hos kols pasienter som er innlagt på sykehus gjennom ikke- medikamentelle tiltak.

Metode: Litteraturstudie.

Resultat: Funn fra studiene viste at sykepleier manøvrerte sin sykepleie ut i fra om pasienten befant seg i ikke-akutt eller akutt fase. Sentrale funn i studiene var å legge til rette for pasientmedvirkning, utvikling av pasient-sykepleier relasjon, informasjon veiledning og pasientopplæring kan lindre angst. Sykepleiers ulike tilnæringsmåter, omsorgsutøvelse og kommunikasjonsferdigheter er sentralt for å lindre angst.

Konklusjon: Det kommer frem i oppgaven at det ikke finnes noen universiell løsning for å lindre angst hos kols pasienten. Likevel viser det seg at sykepleier som legger til rette for relasjonsbygging, vise omsorg i form av nærhet, tid og tilstedeværelse danner et godt utgangspunkt for å fremme trygghetsfølelse og dermed redusere og lindre angst hos pasienter med kols.

Nøkkelord: kols, angst.

Hva ser du, søster?

Hva ser du, søster, i din stue?
En gammel, sur og besværlig frue,
skjelven på hånden og fjern i blikket,
litt skitt og litt rot der hun har sittet.
Du snakker høyt, men hun hører deg ikke,
hun sikler og hoster, har snue og hikke.
Hun takker deg ikke for alt det du gjør,
men klager og syter, er i dårlig humør.

Er det hva du tenker? Er det hva du ser?

Åpne dine øyne og se – det er mer.
Nå skal jeg fortelle deg hvem hun er,
den gamle damen som ligger her.

En pike på 10 i et lykkelig hjem,
med foreldre og søsken – jeg elsker dem!

En jente på 16 med et hjerte som banker
av håp og drømmer og romantiske
tanker.

En brud på 20 med blussende kinn,
i mitt hjem eget går jeg lykkelig inn

En mor med små barn som bygger et
hjem,
mot alt som er vondt, vil hun verne dem.
Og barna vokser med gråt og med latter,
så blir de store, og så er vi atter
to voksne som nyter freden,
som trøster hverandre og deler gleden
når vi blir femti og barnebarn kommer,
som bringer uro og latter hver eneste
sommer.

Hva ser du, søster? En tung, trett og senil
gammel skrott?

– Nei, prøv en gang til, se bedre etter. Se
om du kan finne et barn, en brud, en mor
– en kvinne!

Se meg som sitter der, innerst inne!

Det er MEG du må prøve å se – og finne!

Ukjent forfatter.

Innhold

Tabeller.....	v
2.4 Søketabell	v
3.1 Empiritabell	v
4.1.1 Tabell Gold 2011- algoritmen.....	v
1. Innledning	6
1.1. Introduksjon av tema	6
1.2. Bakgrunn for valg av tema	6
1.3. Definisjon av problemstillingens sentrale begrep.....	6
1.4. Avgrensning og presisering av problemstillingen.....	6
1.5. Oppgavens disposisjon.....	7
2. Metode	8
2.1. Kildekritikk	8
2.2. Litteratursøk.....	8
2.3. Søkehistorikk.....	9
2.4. Søketabell	10
3. Empiri	11
3.1. Empiritabell	11
3.2. Hovedfunn empiri.....	12
4. Teori	13
4.1. KOLS	13
4.1.1. Tabell Gold 2011- algoritmen	13
4.1.2. Dyspné og angst.....	13
4.2. Kari Martinsens omsorgsteori	14
4.3. Joyce Travelbee interaksjonsteori	14
4.4. Mestringsteori.....	15
4.5. Informasjon, veiledning og pasientopplæring	15
4.6. Kommunikasjon	15
4.7. Pasientmedvirkning og helselovgivning.....	15
5. Diskusjon	17
5.1. Sykepleier bruker seg selv som et instrument for å ivareta medvirkning og lindre angst hos kols pasienten under akutt fase.....	17
5.2. Sykepleierens omsorgsutøvelse fremmer pasientmedvirkning og lindrer angst	18
5.3. Sykepleierens kommunikasjonsferdigheter fremmer medvirkning og lindrer angst	19
5.4. Å vektlegge psykososial støtte for å fremme pasientmedvirkning og lindre angst	20

5.5.	Å anvende Borg skala for å fremme medvirkning hos kols pasienter for å lindre angst	21
5.6.	Sykepleier- pasient relasjon.....	22
5.6.1.	Å tilrettelegge for nærhet og tid, for å styrke sykepleier-pasient relasjonen	23
5.6.2.	Likeverdig relasjon kan fremme trygghet og lindre angst	24
5.7.	Informasjon, veiledning og pasientopplæring	24
5.7.1.	Informasjon og veiledning kan bidra til utvikling av metningsstrategier...	25
5.8.	Sykepleier motiverer kols pasienten i pusteteknikk	25
6.	Konklusjon	27
Vedlegg	28
Referanser:	29

Tabeller

2.4	Søketabell
3.1	Empiritabell
4.1.1	Tabell Gold 2011- algoritmen

1. Innledning

1.1. Introduksjon av tema

Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) er et folkehelseproblem. Det er trolig mellom 250 000- 300 000 personer i Norge som har kols (Helsedirektoratet, 2012, s. 145). Den tredje hyppigste dødsårsaken i Norge i 2016 var relatert til kroniske sykdommer i nedre luftveier (som inkluderer kols) (Folkehelseinstituttet, 2018). På verdensbasis er kols den fjerde største årsaken til dødsfall (GOLD, 2018, s. 1).

1.2. Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt følgende tema siden jeg var i praksis på medisinsk sengepost, avdeling lunge på St Olav. I møtet med kols pasienter la jeg merke til at mange av pasientene sliter med angst og dyspné. Opplevelsen av å se kols pasienter hungre etter luft var skremmende. Jeg håper derfor at fordypningsoppgaven bidrar til å øke kunnskapsgrunnlaget og styrke min handlingskompetanse i videre arbeid med pasientgruppen. På bakgrunn av dette har jeg kommet til følgende problemstilling.

På hvilken måte kan sykepleier lindre angst hos pasienter med kols?

1.3. Definisjon av problemstillingens sentrale begrep

Kronisk obstruktiv lungesykdom: Kols er en lungesykdom karakteristisk av en luftstrøms obstruksjon med inflammatorisk reaksjon og strukturelle forandringer (Helsedirektoratet, 2012, s. 22).

Angst: Angst er en fryktreaksjon på noe som utløses. Frykt er en normal reaksjon på noe som er truende eller farlig (Håkonsen, 2015, s. 253-254).

1.4. Avgrensning og presisering av problemstillingen

Problemstillingen er avgrenset til å gjelde på hvilken måte sykepleier kan lindre angst hos pasienter med kols. I denne oppgaven avgrenses det til å gjelde kols pasienter som er innlagt på sykehus grunnet kols forverring (eksaserbasjoner). Det å lindre angst er nært forbundet med å forebygge mot angst, fremme trygghet, ro og mestring. Det kan sees på som komplementære faktorer, som jeg velger å inkludere i oppgaven. Det er ingen avgrensninger med tanke på alder eller kjønn. Kols pasienter som blir innlagt på sykehus mottar medikamentell behandling, som i mange tilfeller er helt avgjørende for å redde pasientens liv. Likevel er oppgaven avgrenset til å gjelde ikke medikamentelle tiltak som lindrer angst.

Kolsstadium, pårørendeperspektiv, tverrfaglig samarbeid og andre grunnleggende behov som er truet for pasienten er ekskludert fra problemstillingen og vil ikke bli redegjort eller drøftet.

Seleksjonen av inkluderings- og ekskludering kriterier er valgt for å spisse problemstilling, samt at oppgavens begrensninger på antall ord er 8000 ord +/- 10%. Sykepleieren blir i oppgaven betegnet som «hun», mens pasienten som «han».

1.5. Oppgavens disposisjon

Oppgaven første kapittel består av innledning. Her presenterer jeg oppgavens tema, avgrensning og presisering av problemstillingen, begrepsavklaring og en forklaring av oppgavens oppbygging. I kapittel 2 viser jeg til valg av metode, kildesøk og kildekritikk. I kapittel 3 presenterer jeg empiri og belyser kortfattet hovedfunn fra studiene som er relevant for min problemstilling. I kapittel 4 er oppgavens teoridel. I kapittel 5, diskuteres og drøftes problemstillingen: *På hvilken måte kan sykepleier lindre angst hos pasienter med kols?* Kapittel 6 innehar oppsummering og konklusjon.

2. Metode

Ifølge Dalland forteller metoden oss noe om hvordan vi skal gå frem for å etterprøve eller skaffe kunnskap. Dalland henviser til sosiologen Vilhelm Auburt sin definisjon om hva metode er (Dalland, 2015, s. 111).

” En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2015, s. 111).

Dette er en litteraturstudie som har forankring i vitenskapelige tidsskrifter, pensumlitteratur for sykepleieutdanningen og selvvalgt litteratur som er relevant for problemstillingen.

Jeg har foretatt et litteratursøk og søkt primært etter originalartikler, også kalt primærstudier. Krav til litteraturstudiet var inkludering av 7-10 forskningsartikler. Jeg har valgt å inkludere 6 kvalitative og 1 kvantitativ studie, som presenteres i egen empiritabell. Primærstudier kommer fra forskeren selv, som presenteres for første gang og som kommer med ny kunnskap om temaet (Dalland, 2012) s.78). Kvalitative studier viser ofte karakterer, egenskaper ved fenomener, som fanger opp en opplevelse som ikke lar seg tallfeste. Eksempel på dette kan være å studere og observere sykepleierens samhandling med pasienter som har kols ved bistand under morgenstell. I kvantitative studier presenterer tall i data der resultatene tallfestes. Tallene kan si noe om et emne, eksempel på dette kan være, hvor stor prosentandel av kols- pasienter røyker? Begge metodene bidrar på hver sin måte til å skape en bedre forståelse ovenfor mennesker, institusjoner og samfunn hvordan det fungerer og samhandler (Dalland, 2015) s. 112).

2.1. Kildekritikk

Dalland (2015, s. 67-68) skriver at kildekritikk er metodene som brukes for å vurdere om en kilde er sann. Det er to sider ved kildekritikk, der den ene metoden er å fastslå om litteraturen som er valgt kan belyse problemstillingen. Dette er litteratursøket. Den andre siden handler om å gjøre rede for litteraturen som er valgt. Redegjørelsen for valgte vitenskapelige tidsskrifter i min litteraturstudie kommer frem i søkehistorikk og søketabell.

Jeg valgte å benytte meg av pensumlitteratur gitt fra sykepleiestudiet ved NTNU, noe som jeg anså som kvalitetssikret siden dette er brukt i undervisningsøyemed. Dalland (2015, s. 72-73) hevder at ved bruk av sekundærlitteratur er teksten blitt bearbeidet, oversatt og fortolket av en annen. Dette kan bety at det opprinnelige perspektivet er noe endret. Jeg har benyttet kilder fra Norsk sykepleierforbund (NSF), Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet (FHI), Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) og Lovdata. Disse 5 kildene ansees som sikre. Selvvalgt litteratur ansees som god kvalitet siden bøkene er skrevet av relevante sykepleieteoretikere, som sykepleieutdanningen NTNU henviser til under utdanningen.

2.2. Litteratursøk

Dalland skriver at litteratursøket kan deles inn i 5 områder; fag, nivå, tid, språk og geografi (Dalland, 2015, s. 70-72). Fag handler om at oppgaven min er knyttet til helse- og

sosialfag. Jeg benyttet meg av databaser som er relevant for sykepleiere. Dette er SveMed+, PubMed, Cinahl og Idunn. Nivå handler om kildehierarki. Øverst på pyramiden er vitenskapelige tidsskrifter. Nest øverst er fag- og lærebøker. Videre rangeres hierarkiske kilder nedover, og helt i bunnen av pyramiden finner man interessegrupper. I litteratursøket har jeg benyttet vitenskapelige tidsskrifter som empiri. Tidsbegrenset for inkluderte studier var 10 år. Litteraturstudiet analyserte og inkluderte engelske og norske artikler. Jeg valgte databaser som var nordisk og engelsk. Bacheloren har ingen geografisk avgrensning siden kols er en utbredt lungesykdom over hele verden.

De fleste tidsskrifter i faglige databaser har abstrakt (sammendrag), nøkkelord, med en IMRaD- struktur. IMRaD er en forkortelse for: Introduction, Method, Results and Discussion. Ved seleksjon av vitenskapelige tidsskrifter, leste jeg først og fremst tittelen. Deretter vurderte jeg om tittelen var aktuell for min problemstilling. I de studiene som hadde en relevant tittel, ble abstrakt og nøkkelord lest. Deretter ble studiene som hadde et relevant abstrakt for problemstilling lest fullstendig i en IMRaD- struktur. På grunnlag av denne seleksjonsmetoden ble tilsammen 7 artikler inkludert. De inkluderte vitenskapelige tidsskriftene var fagfellevurdert, som betyr at de er vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagfeltet (Dalland, 2015, s. 78).

Funn i litteraturstudiet viste at sykepleiers væremåte, kommunikasjonsferdigheter, legge til rette for pasientmedvirkning, bidra til å styrke sykepleier-pasient relasjon, gi informasjon, veiledning og pasientopplæring var sentrale funn som kan lindre angst. Jeg kunne ha drøftet flere funn fra studiene som svarer på min problemstilling. Eksempel på dette er; hvordan tilpasse informasjon som fører til mestring og ikke økt bekymring. Annet eksempel er betydningen av behandlingsplan og støttende kommunikasjon, som fører til økt pasientmedvirkning. På grunnlag av oppgavens begrensninger velger jeg og ikke drøfte andre tiltak som kan lindre angst, enn hva som kommer frem i oppgaven.

2.3. Søkehistorikk

I databasen SveMed+ ble det utført søk med ordene «kronisk obstruktiv lungesykdom», som gav 556 treff. Søkeord «Sykepleie» medførte 24 treff. Kombinasjon av søkeordene: «kronisk obstruktiv lungesykdom» AND «sykepleie», med inklusjonskriterium «norske studier», gav 7 treff og 1 studie ble inkludert. Søkeord i Idunn «kronisk obstruktiv lungesykdom», resulterte i 10 treff der 1 studie ble inkludert. Cinahl: «nursing care» AND «dyspnea» OR «shortness of breath» OR «dyspnoea» OR «breathlessness» ga 18 treff, hvor 3 studier ble inkludert. Søkeord og fremgangsmåte på database PubMed: «copd» AND «patients» AND «anxiety», avgrensning, «humans», tilgang til «full text», «English», gav totalt 335 treff hvor 2 studier ble inkludert.

Like før min litteraturstudie skulle sendes inn til sensur, gjentok jeg søkene pånytt. Dette søket ble gjort 31. juni og det viste seg at antall treff var økt siden det hadde kommet nye publiseringer. Dette kan kanskje være en svakhet med oppgaven siden prinsippet med søkehistorikk og søketabell, er at jeg skal kunne gjenskape resultatene mine slik at de er etterprøvbare. Selve litteraturstudiet har pågått siden mars. Søke- og empiritabellen som er redegjort kommer fra søkene som ble utført i april.

2.4. Søketablell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
SveMed+	01.04.2020	S1.	"kronisk obstruktiv lungesykdom"		556	0
		S2.	"sykepleie"		24	0
		S3.	S1 AND S2	Norske studier	7	1 (A)
Idunn	03.04.2020	S1	"kronisk obstruktiv lungesykdom"		10	1 (B)
Cinahl	05.04.2020	S1	"nursing care" AND "dyspnea" OR "shortness of breath" OR "dyspnoea" OR "breathlessness"	År 2010-2020	18	3 (C, D, E)
PubMed	13.04.2020	S1	"copd" AND "patients" AND "anxiety"	År 2010-2020, Humans, Free full text, English	335	2 (F, G)

Inkluderte artikler:

- A. Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus. Hentet fra <https://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/2329/2151>
- B. Palliativ sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). *Klinisk sykepleie*, 25(1), 48-56. Hentet fra https://www.idunn.no/klinisk_sykepleie/2011/01/palliativ_sykepleie_til_pasienter_med_kronisk_obstruktiv_lu
- C. Manoeuvring along the edge of breathlessness: an ethnographic case study of two nurses.(Case study). *BMC Nursing*, 15(27). <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0148-4>
- D. A patient-centred approach to assisted personal body care for patients hospitalised with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 22(7-8), 1005-1015. Hentet fra <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.12050>
- E. Intensive care unit nurses' perceptions of patient participation in the acute phase of chronic obstructive pulmonary disease exacerbation: an interview study. *Journal of advanced nursing*, 69(2), 425-434. Hentet fra <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2012.06021.x>
- F. Effectiveness of controlled breathing techniques on anxiety and depression in hospitalized patients with COPD: a randomized clinical trial. *Respiratory care*, 59(2), 209-215. Hentet fra <http://rc.rcjournal.com/content/59/2/209>
- G. Experience of anxiety among patients with severe COPD: A qualitative, in-depth interview study. *Palliative & supportive care*, 12(6), 465-472. Hentet fra <https://www.cambridge.org/core/journals/palliative-and-supportive-care/article/experience-of-anxiety-among-patients-with-severe-copd-a-qualitative-indepth-interview-study/EDB24248D86CAF9B2CEDD2BE25480F7F>

3. Empiri

3.1. Empiritabell

REFERANSE	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
A)	Øke kunnskapen om hvordan kols pasienter innlagt på sykehus erfarer pasientmedvirkning i helsehjelpen.	Kvalitativt dybdeintervju av pasienter. 6 informanter.	2 hovedtemaer ble avdekket, som påvirket pasient-medvirkningen. Faktor som fremmet medvirkning: 1) Sykepleier avsetter tid og blir kjent med pasienten. Sykepleier viser omsorg, respekt og forståelse. 2): Faktorer som hemmet medvirkning: At sykepleierne var travle.	Kunnskap om hvilke faktorer som påvirker pasient-medvirkning som kan bidra til mestring, trygghet og ro hos pasienten.
B)	Avdekke sykepleiere sine erfaringer og opplevelser av utøvelsen av palliativ omsorg til pasienter med kols.	Kvalitativt dybdeintervju av sykepleiere.	3 hovedtemaer ble avdekket, som var viktig for å utøve god palliativ omsorg for kols-pasienten. 1): Sykepleier var tilgjengelig. 2): Omsorg fra sykepleier. 3): Informasjon, veiledning og pasientopplæring.	Studien belyser sykepleieutøvelse, som kan bidra til god palliativ omsorg for kols pasienter.
C)	Utforske sykepleier-pasient interaksjonen i situasjonen der pasienter med kols opplever forverring.	Miksede metoder. 1): Observasjon av sykepleier-pasient interaksjon. 2): Kvalitativt dybdeintervju av sykepleiere. 2 informanter.	3 hovedtemaer ble avdekket, som påvirket sykepleier-pasient interaksjon. 1): Metodevalg for sykepleie, implisitt eller eksplisitt. 2): Akutt alvorlig fase 3): Ikke akutt fase.	Studien belyser hvordan sykepleier kontinuerlig vurderer bruk av en implisitt eller eksplisitt sykepleie tilnærming ut fra om pasienten befinner seg i akutt fase eller i ikke akutt fase.
D)	Utforske kols-pasienters erfaringer ved å motta personlig bistand/ hjelp i stell	Miksede metoder. 1): Kvalitativt dybdeintervju av pasienter. 2): Observasjoner	Borg skala ble benyttet under pasientstell. Pasient vurderte grad av egne opplevelse av dyspné. To emner	Studien belyser hvordan pasient-stell kan individualiseres og tilpasses ut fra pasientens dyspné.

	situasjoner på sykehus.	under bistand/hjelp under pasientstell. 11 informanter.	ble avdekket. 1): Pasientene opplevde at de ble anerkjent av sykepleier og at det i større grad ble tatt hensyn til pasientens egen opplevelse av dyspné. 2): Mindre stresset på tid, da pasienten ble oppfordret til å ta pauser.	Dette kan bidra til reduksjon av angst.
E)	Undersøke intensivsykepleiere sin oppfatning av pasientmedvirkning under akutte situasjoner for pasienter med kols, innlagt på sykehus.	Kvalitativt. 3 fokusgrupper med sykepleiere ble intervjuet. 17 informanter.	2 hovedtema ble avdekket. 1): Gjensidig emosjonell relasjon mellom sykepleier-pasient. 2): Pasientmedvirkning i livstruende situasjoner.	Kunnskap om hvordan helsepersonell er forpliktet til å la pasienter medvirke i egen behandling.
F)	Sammenligne effekten av et 10-dagers kontrollert pusteprogram opp imot standardisert behandling for kols pasienter innlagt på sykehus.	Randomisert kontrollert studie. 46 deltakere.	Pusteprogrammet viste signifikant effekt på dyspné og angst hos intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen.	Studien belyser at pusteteknikk er en metode som fører til reduksjon av angst og dyspné. Relevans for problemstillingen er at sykepleier kan veilede og instruere kols pasienten i pusteteknikk.
G)	Hvordan pasienter med alvorlig kols erfarte angst og hvilke strategier de benyttet for å håndtere angsten.	Kvalitativt dybdeintervju. 4 hovedspørsmål. 31 informanter.	2 hovedtemaer ble identifisert. 1): Dødsangst. 2): Mestringsstrategi for håndtering av angst.	Kunnskap om hvordan kols pasienter opplever dyspné - angst-sirkelen, og hvilke innvirkninger dette har for livskvalitet og helsen.

3.2. Hovedfunn empiri

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke på hvilken måte sykepleier kan lindre angst hos kols pasienter. Hovedfunnene fra de 7 studiene var at angst og dyspné kan deles inn i to forskjellige faser. Den ene fasen var at pasientens liv ikke var i fare, som blir nevnt som ikke-akutt fase. I en ikke- akutt fase kan pasienten lide av dyspné og angst, men symptomene er ikke nødvendigvis alltid tilstede. Den andre fasen var akutt og/ eller kronisk alvorlig. I denne fasen kunne pasientens liv være i fare. Det kom frem at det er glidende overganger, og små nyanser mellom om pasienten befinner seg i ikke-akutt og akutt fase.

Sentrale funn i studiene var å legge til rette for pasientmedvirkning, utvikling av pasient-sykepleier relasjon, informasjon veiledning og pasientopplæring om pusteteknikk kan lindre og forebygge mot angst.

4. Teori

4.1. KOLS

Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) er en samlebetegnelse for kronisk bronkitt og emfysem, som er en irreversibel lungesykdom som karakteriseres med kronisk økt luftveismotstand som er progredierende. Den kroniske inflammasjonen vil gradvis ødelegge de små luftveisgreiene, og inflammasjonene gir kronisk økt luftveismotstand ved ekspirasjon. Emfysem gjør at lungene mister sin elastisitet, og alveolene og de minste bronkiolene går i stykker, som gir nedsatt gassutveksling. Redusert elastisitet medfører at luftveiene klapper sammen ved ekspirasjon, som fører til at pasientene etterhvert som sykdommen progredierer må presse luften ut ved ekspirasjon. Dette gjør at det blir vanskelig å tømme lungene (Bakkeland, Thorsen, Almås, Sorknæs & Grønseth, 2016, s. 133). Betennelsen i luftveiene gir økt slimproduksjon og risiko for luftveisinfeksjoner (Kirkevold, Brodtkorp & Ranhoff, 2013, s. 329). Sykdommen er vanligvis forårsaket av skadelige gasser og partikler, som blant annet tobakksrøyking (Helsedirektoratet, 2012, s. 22).

4.1.1. Tabell Gold 2011- algoritmen

(Helsedirektoratet, 2012, s. 26).

Stadium/ sykdomsgrad	Diagnosekriterium FEV ₁ /FVK= FEV% < 0,70
Stadium I: Mild kols	FEV ₁ ≥ 80 % av forventet
Stadium II: Moderat kols	FEV ₁ 50–79 % av forventet
Stadium III: Alvorlig kols	FEV ₁ 30-49 % av forventet
Stadium IV: Svært alvorlig kols	FEV ₁ < 30 % av forventet

Kols defineres ut fra ved spirometri, sammen med symptomer, pato-anatomiske funn og årsaksfaktorer (Helsedirektoratet, 2012, s. 22). Kols graderes inn i 4 ulike stadium basert på spirometri, som måler hvor mye luft pasienten kan puste ut i løpet av det første sekund (FEV₁) og forsert vital kapasitet (FVK), om hvor mye luft pasienten klarer å puste ut. Dette gir FEV% som viser forsert ekspirasjonsvolum som gir en indikasjon på hvor trange luftveiene er (Bakkeland et al., 2016, s. 134-135).

4.1.2. Dyspné og angst

Dyspné blir betegnet som åndenød (Bakkeland et al., 2016, s. 123). Symptomene ved dyspné gjør ofte pasienten angstpreget, som forverrer pusten, noe som kan føre til en vond sirkel (Bakkeland et al., 2016, s. 123-124).

Respirasjonssvikt 1 forårsaker alvorlig svikt i lungenes gassutveksling slik at oksygeninnholdet i det arterielle blodet (hypoksemi) blir faretruende lavt (Bakkeland et al., 2016, s. 119, 148). Et pulsoksymeter kan vise lav oksygenmetning i blodet. Sykepleier må ha kunnskap om kliniske tegn hos pasienten ved hypoksemi.

Ved respirasjonssvikt 2 er det ventilasjonen som svikter. Pasienten har hypoksemi og hyperkapni (for høyt innhold av CO₂ i blodet). Årsak er at økt krav om ventilasjonsarbeid fører til utmattelse hos kols pasienten. Respirasjonssvikt 1 og 2 kan være midlertidig akutt

og/ eller kronisk. Respirasjonssvikt 2 kan være livstruende og føre til CO₂ narkose og død (Bakkeland et al., 2016, s. 119-126).

Siden dyspné og angst er nært forbundet, og forsterker hverandre, må symptomene sees i sammenheng. Det er derfor like viktig å forebygge mot angst og utrygghet, som det er å behandle pasientens dyspné. Den glidende overgangen mellom dyspné i ikke akutt fase, vurderes kontinuerlig om dyspné går over i akutt fase som kan være livstruende (Bakkeland et al., 2016, s. 118-126). Ved dyspné kan det være hensiktsmessig å spørre pasienten om han er engstelig, og samtidig foreta en objektiv kartlegging (Bakkeland et al., 2016, s. 148).

Pustemønster og angst kan være «smittsomt» (Bakkeland et al., 2016, s. 150), (Hummelvoll, 1990, s. 68-69). Sykepleier bør være bevisst egen sinnstilstand og respirasjonsmønster i møte med pasienter. Sykepleierens rolle er derfor av betydning i møte med en angstpreget pasient (Hummelvoll, 1990, s. 68-69).

4.2. Kari Martinsens omsorgsteori

Jeg har valgt å benytte Kari Martinsens omsorgsteori for å belyse min problemstilling. Ifølge Martinsen er omsorgsbegrepet sammensatt av «om» og «sorg», som kan oversettes med «omtenksomhet», og «å bekymre seg» for». Omsorg forutsetter to mennesker. Når den ene part lider, så vil den andre part «sørge» for å lindre smerten. Omsorg er nært knyttet til nestekjærlighet, at en skal gjøre slik en ønsker at andre skal gjøre mot en selv. Når vi forsøker å forstå den andre, handler det om å prøve å se den andres perspektiv/ synsvinkel. Da griper vi ikke inn og umyndiggjør den andre, men anerkjenner den andres ressurser og begrensinger. (Martinsen, 2003, s. 68-71).

Omsorg er å ha en forståelse for den andres situasjon og opplevelse. At sykepleier er et medmenneske, som selv kan ha noen likhetstrekk med pasienten gjør sykepleieren i stand til å se den andres perspektiv. Det er fra lignende situasjoner og egne erfaringer vi kan forstå, og dermed formidle dette gjennom ord og handlinger. I tillegg at sykepleier har egen erfaring og kunnskap, kommer fagkunnskapen sykepleieren bedre i stand til å «sørge» for den syke, lindre ubehag, bidra til god ivaretagelse av pasientens autonomi og integritet (Martinsen, 2003, s. 75-76). Omsorg handler om å forstå pasienten ut ifra situasjonsforståelsen og dermed møte vedkommende med en tillit i samhandling med hverandre- hvor begge partene blir deltakere (Martinsen, 2003, s. 51-52).

Vedlikeholdsomsorgen hos Kari Martinsen er omsorgsarbeid for kroniske syke, viser til at slik sykepleie over tid kan være svært belastende. Sykepleierne kan bli følelsesmessig overbelastet. I følge Orvik (2015, s. 146) kan emosjonell utmattelse hos sykepleier føre til at hun blir følelsesmessig avflatet og ikke evner å kjenne på sympati.

4.3. Joyce Travelbee interaksjonsteori

Interaksjonsteorien til Joyce Travelbee har fokus på utvikling av relasjoner mellom pasient og sykepleier. Ordet «interaksjon» tillegges i den her betydningen til kontakt mellom to mennesker, basert på en likeverdig og mellommenneskelige relasjon. Der sykepleier og pasient har gjensidig innflytelse på hverandre og kommuniserer verbalt eller non-verbalt. (Travelbee, 2001, s. 171-172).

Travelbee mener at når hvert menneske opplever det andre individet som et menneske oppstår det en reell kontakt mellom de to menneskene. Denne menneske-til-menneske-forhold vil i sykepleiesituasjonen føre til at sykepleieren oppnår sin hensikt og mål, som er

og hjelpe pasienten med å fremme, forebygge og/ eller mestre sykdom og lidelse og finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 2001, s. 171). Kommunikasjon kan gi sykepleier en anledning til å bli kjent med den syke som et menneske, ivareta behov og etablere menneske-til-menneske-relasjon (Travelbee, 2001, s. 135). I følge Travelbee handler det om at sykepleier og pasient gjennomgår fire faser for å oppnå menneske-til-menneske-forhold. Disse fasene er: (1) det innledende møtet, (2) fremvekst av identiteter, (3) empati, (4) sympati og medfølelse (Travelbee, 2001, s. 171-189). Ved at sykepleier når fase 4, vil medfølelse og sympati for pasienten, kunne føre til konstruktive sykepleietiltak, som krever en intellektuell tilnæringsmåte, som er evnen til å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 2001, s. 200-209). Menneske-til-menneske-forholdet er en erfaring som etableres og bygges over tid i sykepleierens møte med pasienten (Travelbee, 2001, s. 217).

4.4. Mestringsteori

Ifølge Lazarus og Folkmans mestringsteori skilles det mellom problemfokusert- og emosjonelt orientert mestring. Hensikten med problemfokusert mestring er å håndtere det som skaper problemet. Emosjonelt orientert mestring er et forsøk på å unngå ubehag (Kristoffersen, 2014, s. 145, 147). Kunnskap om angst og hvordan pasienten kan utvikle en støttende, indre god dialog slik at en kan håndtere de ubehagelige følelsen kan være en viktig mestringsstrategi (Fjerstad, 2010, s. 261). Mestring av ferdigheter har en positiv effekt på pasientens egen helse og velvære som kan gi følelsen av økt kontroll (Kristoffersen, 2014, s. 99).

4.5. Informasjon, veiledning og pasientopplæring

Skal pasienter med kols få en bedre forståelse om sin sykdom, så skal det gis informasjon, veiledning og opplæring. Et av målene er at pasienten kan utvikle mestringsstrategier. Noen av elementene i informasjonen og opplæringen handler om symptomer, mestring og pusteteknikker (Helsedirektoratet, 2012, s. 45). I den Nasjonale faglige retningslinjen og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging for kols, kan en lese om ikke medikamentelle tiltak som kan lindre dyspné (Helsedirektoratet, 2012, s. 117). Gjennom informasjon og veiledning får pasienten større oppmerksomhet på hvilke faktorer som påvirker helsen, samt lære hva som kan føre til å mestre situasjonen. Pasienten bør blant annet informeres om hva som letter respirasjonsarbeidet (Bakkelund et al., 2016, s. 150).

4.6. Kommunikasjon

Ordet kommunikasjon blir av i Eide og Eide (2017, s. 16-19) definert som utveksling av verbale og non verbale tegn. Eksempel på non verbal kommunikasjon kan være berøring. (Eide & Eide, 2017, s. 148). Personorientert kommunikasjon virker helsefremmende som stimulerer pasientens selvbestemmelse. Graden av effektiv helsekommunikasjon er avhengig av empowerment (Finbråten, 2018, s. 100). Kommunikasjon er dynamisk, og kan ha dyp innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet i sykepleiesituasjoner, den kan skape nære relasjoner eller den kan støte mennesker bort (Travelbee, 2001, s. 135-137). Stemmens klang kan avdekke om noen er angstpreget eller føler på trygghet (Eide & Eide, 2017, s. 148).

4.7. Pasientmedvirkning og helselovgivning

Behandling forutsetter at pasienten har en aktiv rolle og egen innsats for å lykkes (Kristoffersen, 2014, s. 156). Dersom pasienten overlater rollen til andre, kan dette føre pasienten inn i en passiv rolle som kan føre til angst. Idealet i vestlig verden er å være

selvhjulpen og derfor kan det å være avhengig av hjelp føre til lav selvrespekt (Martinsen, 2003, s. 43-44). Pasientmedvirkning kan påvirke selvbildet positivt og styrke pasientens motivasjon. Pasientmedvirkning i seg selv kan ha en terapeutisk virkning og styrke pasientens bedringsprosesser (Helsedirektoratet, 2017). I helselovgivningen vektlegges informasjon og pasientmedvirkning, som sikrer pasienter har rett til å få informasjon og rett til å medvirke (Pasient-brukerrettighetsloven, 2001).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier blant annet hvilken verdier sykepleieutøvelse er basert på (Norsk-Sykepleierforbund, 2019).

5. Diskusjon

Hensikten med oppgaven var å undersøke på hvilken måte sykepleiere kan lindre angst hos pasienter med kols. På bakgrunn av funn i forskningen, vil jeg i diskusjonsdelen i hovedsak vektlegge pasientmedvirkning for å lindre angst. Videre vil jeg drøfte hvordan sykepleier- pasient relasjon, informasjon, veiledning og pasientopplæring om pusteteknikk kan lindre angst hos pasientgruppen. Det kom tydelig fram i studiene at pasientmedvirkning, relasjon, informasjon, veiledning og pasientopplæring for å lindre angst hos pasienten med kols er nært knyttet opp imot hverandre og derfor i selve sykepleieutøvelsen ikke kan ses på som separate tilnærminger. Så selv om jeg i drøftingen har foretatt en inndeling iht hovedfunn fra empirien så vil en likevel se at hovedfunnene gjenspeiles i flere av kapitlene. Virkeligheten er en helhet der delene viser seg flere ganger.

5.1. Sykepleier bruker seg selv som et instrument for å ivareta medvirkning og lindre angst hos kols pasienten under akutt fase

Pasientmedvirkning er en lovfestet rettighet hos pasient (Pasient-brukerrettighetsloven, 2001). I fem av studiene (Andersen, Ytrehus & Grov, 2011; Bjørnsland, Wilde-Larsson & Kvigne, 2012; Jellington, Overgaard & Sorensen, 2016; Kvangarsnes, Torheim, Hole & Öhlund, 2013; Strang, Ekberg-Jansson & Henoch, 2014) tok de for seg pasientmedvirkningen blant kols-pasientene ved sykeinnleggelsen. Både Jellington et al. (2016); (Kvangarsnes et al., 2013) fant at pasientmedvirkningen ble påvirket av om pasienten var i en ikke-akutt fase. Sykepleierne manøvrerte sin sykepleieutøvelse hvor de hele tiden prøvde å sikre at pasienten ble pleiet uten å forverre eller fremprovosere dyspnéen. Når dyspné mønsteret kom i en alvorlig og akutt fase stilte det sykepleieren i et klart dilemma. Dette dilemmaet innebar i hvilken grad sykepleieren skulle legge til rette for pasientmedvirkning. Ved at sykepleieren benyttet seg av en implisitt metode var fordelene at pasienten kun trengte å fokusere på å mestre den akutte fasen uten og måtte kommunisere med sykepleieren. En eksplisitt metode kunne derimot kreve at kols pasienten måtte anstrenge seg for å svare på spørsmål fra sykepleieren. Uansett om sykepleier valgte en implisitt eller eksplisitt metode, så var ønsket hele tiden å lindre eller unngå forverring av pasientens situasjon.

Pasientene i Strang et al. (2014) oppga at de følte en tillit til sykepleierne og helsevesenet allerede ved innleggelse på sykehus. Denne tilliten var ifølge forfatteren basert på at pasientene stolte på at de fikk korrekt og individuell behandling og pleie. En mulig forklaring på tilliten uten forhåndskjennskap til sykepleieren er tillit til sykepleierens fagkompetanse. Funnene kan tyde på at det er ulik oppfatning mellom sykepleierne og kols pasienten, hvor sykepleierne mener implisitt metode ikke legger til rette for pasientmedvirkning, mens pasientene på sin side hevder at de mottar korrekt behandling.

Opplevelsen av og ikke få nok luft er en stor påkjenning, og skaper angst, stress og håpløshet. Angst er dermed en normal reaksjon på opplevelsen av å ikke få nok luft (Kirkevold et al., 2013, s. 330).

“It felt like I was about to die. It’s that damned fear when you can’t get enough air. It’s so hard to imagine. Not be able to get enough air. It feels like I am suffocating. No. 7” (Strang et al., 2014).

5.2. Sykepleierens omsorgsutøvelse fremmer pasientmedvirkning og lindrer angst

Ifølge Martinsen (2003, s. 68-76) omsorgsteori handler det i slike situasjoner om å forstå pasienten ut fra situasjonen, møte vedkommende med respekt og legge til rette for samhandling hvor begge partene blir deltakere. Dette er i tråd med lignende funn i studien til Andersen et al. (2011) der sykepleierne mente at omsorg ble formidlet ved tilstedeværelse, tid og tilnæringsmetoder var nødvendige for å skape trygghet hos kols pasienten. Hummelvoll (1990, s. 68-69) hevder at sykepleiers væremåte og kommunikasjonsferdigheter kan være effektive sykepleietiltak som formidler ro og trygghet som kan «smitte» over til pasienten.

I studien til Andersen et al. (2011) kom det frem at når medisinsk behandling ikke var tilstrekkelig under den akutte fasen, var det av stor betydning at sykepleierne holdt roen for å hjelpe pasienten til å håndtere angst. Om sykepleiers ro, væremåte og tilnæringsmetoder er kongruente, så vil dette påvirke pasienten til å føle trygghet (Eide & Eide, 2017, s. 147). Til forskjell fra om sykepleier sender inkongruente signaler på at hun selv er preget av stress. Sykepleier kan være rastløs og brå i bevegelsene, kort pust, høye og anspente skuldre, eller snakke ut i luften som kan overføre uro og usikkerhet hos pasienten (Eide & Eide, 2017, s. 136, 146, 147). Dette kan jeg kjenne igjen fra egen praksis der jeg selv har opplevd å være preget av indre stress i møte med kols pasienten. Stress kan være utløst av ulike årsaker. Eksempel på dette kan være at avdelingen er underbemannet grunnet uventet sykdom, tidspress og stor arbeidsbelastning over en lengre tidsperiode. Jeg har lært meg bli klar over er at min væremåte og kommunikasjonsformidling kan influere pasienten negativt. Av denne grunn forsøker jeg å tilstrebe å være kongruent i min tilstedeværelse som formidler ro og trygghet.

En måte sykepleier kan influere pasienten gjennom sin tilnæringsmetode som formidler ro ved akutte faser er, i følge Bakkeland et al. (2016, s. 150), at sykepleier kan bruke sin egen pust. Det viser seg at pustemønster og pustefrekvens i stor grad er «smittsomt». Sykepleier må være bevisst på at egen pust er rolig, dyp og avslappet slik at tilnærmingen kan påvirke pasientens respirasjon og angst positivt.

Funn fra Jellington et al. (2016) viste at sykepleietiltak som berøring under akutt fase kunne virke angstreduserende og lindrende. Berøring er non verbal kommunikasjon og et responderende språk, som kan formidle forståelse, empati og støtte (Eide & Eide, 2017, s. 148-149). Bakkeland et al. (2016, s. 150) mener at å stryke pasienten rolig og jevnt over ryggen, eller holde i hånden gir god lindring. Jeg har erfart lignende at berøring kan virke lindrende for noen pasienter som er preget av angst. På en annen side har jeg også erfart at berøring kan virke mot sin hensikt. Noen pasienter med kols setter stor pris på berøring mens andre kan oppleve berøring som påtrengende og utidig. Berøring kan også misbrukes, og ved å ta på pasienten kan en stille seg i en ovenfra og ned-posisjon, som fører til at pasienten føler seg underlegen (Eide & Eide, 2017, s. 148-149). På grunnlag av dette har jeg lært å være oppmerksom på pasientens ønsker og preferanser. Oppfatter jeg at pasienten ikke ønsker berøring benytter jeg meg heller ikke av dette. Det jeg da heller prøver på i slike situasjoner er å synliggjøre min tilstedeværelse, omsorg og nærhet på annen måte. Dette kan eksempelvis gjøres ved at jeg setter meg ned i en stol ved siden av pasientens seng.

5.3. Sykepleierens kommunikasjonsferdigheter fremmer medvirkning og lindrer angst

Bakkellund et al. (2016, s. 150) hevder at sykepleier må tilstrebe mest mulig ro i sin tilstedeværelse slik at pasienten kan bruke energien på å puste. Verbal kommunikasjon må derfor vurderes om det vil være hensiktsmessig. Eksplisitt metode kan kreve at pasienten med kols må svare med hele setninger, som kan forverre pasientens respirasjonsbesvær. Derimot kan en implisitt metode føre til effektiv kommunikasjon. Sykepleier kan stille spørsmål som kun krever enstavelsesord som «ja» og «nei» fra pasienten, siden prating kan være anstrengende og forverre dyspné-angst sirkelen. Jeg har erfart at kols pasienten kan signalisere et ja eller nei, ved å bruke tommelen eller ved å nikke med hodet. Pasientens preferanser avklarer jeg ofte i tidlig fase. En implisitt metode fra sykepleier som krever kun en stavelses ord og/ eller non verbal kommunikasjon fra pasienten kan sannsynligvis kreve mindre av pasienten under akutte faser, og derfor virke lindrende.

Sykepleierne i studien til Andersen et al. (2011) mente at når de tok seg tid til å snakke med pasienten under akutt fase, kunne dette virke lindrende for pasienten. Ved å snakke med pasient benytter sykepleier seg selv som et instrument for lindre angsten. Bruk av varm stemmeklang oppfattes som beroligende og betryggende hos pasienten. En annen side er at hvis sykepleier selv er preget av angst, vil dette kunne oppfattes hos pasienten ved at sykepleier sin angst fører til at nese og munn snøres sammen slik at lyden høres lukket og nasal ut (Eide & Eide, 2017, s. 148). Så vel som angst kan influeres mellom sykepleier og pasient, kan sykepleierens trygghet, varme stemme, behersket pustemønster påvirke pasienten positivt (Bakkellund et al., 2016, s. 150). Sykepleierens væremåte og kommunikasjonsformidling er derfor av betydning i møte med en angstpreget pasient, som kan virke angstreduserende hos pasienten (Hummelvoll, 1990, s. 68-69).

Eide og Eide (2017, s. 16-57) mener at personorientert kommunikasjon, enten den er verbal eller non verbal, virker helsefremmende. Kommunikasjonsformen anerkjenner pasientens perspektiv, som fører til at en deler makten, som stimulerer pasientens selvbestemmelse til og ta kontroll over eget liv. En vil da nå frem til en felles forståelse i samsvar med pasientens verdier. Kommunikasjonen består av aktiv lytting, ikke bare høre på hva som sies, men også det som kommer til uttrykk gjennom ordene, som formidles gjennom kroppsspråk, stemmebruk, toneleie og ansiktsuttrykk. Noe som kom til uttrykk i studiet til Bjørslund et al. (2012). Når sykepleierne så pasientens behov uten å spørre ved å lese pasientens kroppsspråk, opplevde pasienten det som positivt og trygt, fordi de tolket sykepleieren som omsorgsfull.

Verbal og non verbal kommunikasjon kan virke motiverende, som stimulerer den andre og styrker individets egne ressurser. Behovet for selvbestemmelse handler ikke bare om behovet for å bestemme selv, men at individets autonomi blir respektert. Med andre ord er selvbestemmelse behovet for å bli sett, lyttet til, forstått og behovet for å uttrykke hva som er viktig for en selv og behovet for at det blir tatt hensyn til. Selvbestemmelse er kjernen av yrkesetikk, individrettet helsearbeid som er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven (Eide & Eide, 2017, s. 56-57). Dette er i tråd med teorien om helsekommunikasjon som fører til å styrke prinsippene om pasientmedvirkning og empowerment. Empowerment begrepet defineres som en maktoverføring fra helseeksperterne over til pasienten, samtidig som det er en prosess hvor pasienten oppnår kontroll over eget liv og helse (Finbråten, 2018, s. 99). Empowerment bygger opp

individuell kapasitet som kan sees som en bevisstgjøringsprosess. På denne måten kan empowerment oppnås som et resultat av helsekommunikasjon (Finbråten, 2018, s. 99).

Sykepleier utviser omsorg i form av å være tilstede for pasienten og utøve tilnæringsmetoder, som influerer pasienten positivt. Hun kan benytte hensiktsmessig berøring og personorientert kommunikasjonsferdigheter, som kan være effektive sykepleietiltak, som igjen lindrer angst hos kols pasient under akutte faser. Dette vil samtidig ivareta selvbestemmelsen og retten til pasientmedvirkningen. Kommunikasjon mellom pasient og sykepleier er sentralt for å sikre at sykepleietiltak som iverksettes samsvarer med pasientens behov (Travelbee, 2001, s. 135-137). Dette er i tråd med yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, der en del av sykepleierens funksjon skal lindre lidelse samt ivareta pasientens verdighet, integritet og retten til medbestemmelse (Norsk-Sykepleierforbund, 2019).

Det kan derfor se ut til at den implisitte metoden sykepleieren utfører i akutte faser, fører til at pasienten med kols føler seg godt ivaretatt og opplever pasientmedvirkning. Dette oppnås ved at sykepleier bruker seg selv som et instrument. Sykepleier er kongruent i formidlingen av sin egen ro og trygghet. Sykepleier kan bruke sin egen pust og stemmeklang for å influere pasienten. Hun utøver omsorgsfull pleie gjennom sine kommunikasjonsferdigheter og berøring, som ivaretar pasientens integritet og verdighet. Noe som pasientene bekreftet i studiet til Bjørslund et al. (2012). Der fremmet sykepleierne pasientmedvirkning ved å vise forståelse, respekt og omsorg. De tok seg tid til å snakke med pasientene under ikke akutte faser. På grunnlag av dette, ser det ut til at den samme omsorgsutøvelse, tilnæringsmetoder og kommunikasjonsferdigheter fører til lindring av angst og ivaretar pasientmedvirkning under akutte faser. Det vil det være nærliggende å tro at samme tiltak fører til lindring under ikke akutte faser, noe jeg selv har erfart. Funn fra empiri og teori er i tråd med egne erfaringer. Flere pasienter som har opplevd akutte faser har etter hendelsen fortalt meg at de opplevde mitt nærvær og tilstedeværelse som lindrende for angsten. Dette begrunnet pasientene var fordi jeg satt hos dem. Det at noen satt hos dem, uttrykte flere hadde en positiv effekt på angsten, som gjorde dem mindre engstelige. Det at jeg fremstod rolig og trygg, snakket med pasienten forsterket følelsen av å ikke være alene.

5.4. Å vektlegge psykososial støtte for å fremme pasientmedvirkning og lindre angst

Det kom tydelig frem i seks kvalitative studier at pasientmedvirkning var av betydning for at sykepleier skulle iverksette effektive sykepleietiltak for å redusere dyspné og angst (Andersen et al., 2011; Bjørslund et al., 2012; Jellington et al., 2016; Jensen, Vedelø & Lomborg, 2013; Kvangarsnes et al., 2013; Strang et al., 2014). Pasientmedvirkning er i tråd med Kari Martinsens omsorgsteori, som sier at pasienten skal være en aktiv deltaker i sitt helseprosjekt (Martinsen, 2003, s. 75-76). Et sykepleietiltak som kan virke angstreduserende og fremme pasientmedvirkning er psykososial støtte. Bakkellund et al. (2016, s. 170-171) viser til at psykososial støtte bedrer livskvaliteten og reduserer angst hos pasienter med kols. I følge Helsedirektoratet (2012, s. 58) er psykososial støtte viktig for mestring og redusering av angst. Sykepleier kan tilby pasienten psykososial støtte ved å stille spørsmål om hva som er pasientens bekymringer og snakke om hva som skjedde ved forrige forverring og hva utløste angstanfallet. Ved samtale kan pasienten få hjelp til å se at han indirekte ikke døde ved forrige anfall, og han kan innse at noe kan gjøres. Pasienten kan få nye innsikter i hvordan han kan håndtere situasjonene, gjennom å

reflektere og lære hvordan han kan håndtere neste anfall (Bakkeland et al., 2016, s. 170-171).

I studien til Andersen et al. (2011) kom det frem at sykepleiers nærvær og samtale førte til at pasientene åpnet opp for å snakke om sin angst, der noen formidlet at de slet med dødsangst. I studiet til Strang et al. (2014) kom det frem at pasientene led av dødsangst, som ofte var knyttet til bekymringer for å bli kvalt. Sykepleiers psykososiale støtte i form av god kommunikasjon og tilstedeværelse var av betydning for at pasienten fikk økt innsikt, som førte til at dødsangsten ble transformert til en håndterbar frykt. Kristoffersen (2014, s. 176) skriver at psykososial bidrar til at pasienten føler seg bekreftet, forstått, opplever omsorg og føler seg trygg. Psykososial støtte krever en individuell tilnærming, noe pasientene opplevde de fikk av sykepleierne i studiet til Jensen et al. (2013). Pasienten opplevde å bli stimulert til delta aktivt under behandlingen som medførte til redusert angst og økt mestring. Den enkelte vurderte og rangerte sin egen opplevelse av dyspné ved bruk av Borg skala. Pasientene ble oppfordret og anerkjent til å ta pauser «lytte til egne behov». Ved å lære pasientene til å lytte til egne behov og gjenkjenne symptomer som kunne utløse angst, førte dette til at pasientene fikk opplevelse av å ha kontroll over situasjonen som førte til mestring. Dermed er det sannsynlig at psykososial støtte fører til mestring og økt pasientmedvirkning. Jeg har lignende erfaringer med at samtale med pasienten kan føre til at pasienten får endret perspektiv til egne opplevelser av angst. Der angsten i utgangspunktet opplevdes truende og skremmende, i noen tilfeller ble transformert til en gjenkjennbar frykt. På denne måten har psykososial støtte ført til at pasienten har fått større kontroll på situasjonen, som tidligere kunne føre til et angst- dyspné - anfall.

5.5. Å anvende Borg skala for å fremme medvirkning hos kols pasienter for å lindre angst

I flere studier kom det frem at pasienter slet med dødsangst knyttet til dyspné (Andersen et al., 2011; Jellington et al., 2016; Strang et al., 2014). Aktivitets relatert dyspné, som eksempelvis utløst ved stell situasjoner kunne utløse angst. Et interessant funn kom frem i studiet til Jensen et al. (2013), at bruk av Borg skala var sentralt for pasientmedvirkningen under stellesituasjoner. Borg skala kan sees på som et effektivt kommunikasjons verktøy mellom sykepleier og pasient, ved at pasienten kan rangere graden av dyspné og angst. Samtidig så krever rangeringen kun enstavelsesord fra pasienten (Bakkeland et al., 2016, s. 150). Foruten om at Borg skalaen fremmet pasientmedvirkning, så det ut til at det mellommenneskelige forholdet mellom sykepleier og pasient, samarbeid og interaksjon ble styrket. Dette kan muligens forklares at Borg skala kan være en metode for at sykepleier kan lære pasienten å kjenne, for å kunne oppnå menneske-til-menneske-forhold. Disse fasene fører til at sykepleier utvikler empati, sympati og medfølelse for pasienten, slik at interaksjonen mellom partene styrkes.

I følge Travelbee betyr empati, å «ta del», og føle seg knyttet til den andre og oppleve nærhet, og i empatiprosessen blir menneskets opplevelse klarere oppfattet og anerkjent. Empati handler om å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket. En prosess der en er i stand til å fornemme nøyaktig hva den andres indre opplevelser er på et spesielt tidspunkt, men uten å trenge seg på den andre (Travelbee, 2001, s. 193). Sykepleier omsetter medfølelse til intelligente og konstruktive sykepleietiltak, som krever en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte. Sympati og medfølelse betyr at en oppriktig føler den andres plager angår en selv, kombinert med et ønske om å hjelpe. Den som føler med pasienten, er personlig involvert, men ikke passivisert (Travelbee, 2001, s. 200-209). Gjensidig forståelse og kontakt er det som

sykepleier og pasient opplever ved at de har gått gjennom de fire fasene og de kulmineres i et menneske – til – menneske – forhold (Travelbee, 2001, s. 210-211). For å nå en frem til en felles gjensidig forståelse og kontakt, må sykepleierens sykepleietiltak være konsekvent for å lindre pasientens symptomer, og ikke gjøre situasjonen verre for pasienten (Travelbee, 2001, s. 212). Derfor ser det ut til at Borg skalaen kan føre til at sykepleier og pasient oppnår gjensidig forståelse av pasientens opplevelse av dyspné, og på denne måten effektivt bidrar til at sykepleieutøvelsen er i samsvar med pasientens ønsker og behov. Den gjensidige kontakten kan føre til at pasienten føler seg godt ivaretatt, som kan lindre ubehag og angst.

Likevel kom det frem i Jellington et al. (2016) at sykepleierne under akutte faser av dyspné hos pasienten, opplevde at vedkommende ikke var tilgjengelig for informasjon. Når pasienten ble alvorlig forverret, kunne dette føre til desorientering (Kvangarsnes et al., 2013) Noe som støttes av Bakkeland et al. (2016, s. 148) hvor det kom frem at det kan være hensiktsmessig å spørre pasienten om han føler seg engstelig. Likevel må sykepleier samtidig vurdere og kartlegge objektive og kliniske tegn som hypoksemi hos pasienten. Det kan være agitasjon, uro, cyanose, forvirring, takykardi og hypotensjon. Denne spekulasjonen støttes opp av Kvangarsnes et al. (2013) hvor det kom frem at å observere objektive tegn hos pasienten som hyperventilering, rask puls og kroppsspråk som anspenhet under akutt dyspné -fase var essensielt for å hjelpe pasienten på en hensiktsmessig måte.

Jeg har erfart lignende. Ved bruk av Borg skala så lar jeg pasientens behov og ønsker komme til uttrykk under stell situasjoner, slik at jeg tilpasser aktiviteten basert på pasienten rangering av dyspné. Dette vil samtidig ivareta pasientens rett til medvirkning. Pasienten er ekspert på seg selv og egen helse, jeg derimot er fageksperten. Derfor må jeg samtidig sørge for at sykepleieutøvelsen kontinuerlig er forsvarlig. Det er flere måter å sørge for dette. Blant annet vurdere om pasienten er orientert for tid og sted. Er huden varm og tørr, eller kald og klam? Ved bruk av pulsoksymeter får jeg objektiv data om pasientens oksygenmetning og pulsfrekvens. Sammen med reliable verktøy, lytte til pasientens rangering av på Borg skala må jeg gjennom observasjoner tilpasse sykepleieutøvelsen basert på en helhetlig vurdering. Derfor er det logisk å tro at Borg-skalaen ikke er effektiv alene, men må brukes som et hjelpeverktøy sammen med pasienten for å ivareta pasientmedvirkning. På denne måten kan Borg skala føre til styrking av relasjonelle bånd mellom sykepleier og pasient, ivareta pasientmedvirkning som kan lindre og forebygge mot angst. Dette er i tråd med hva som står i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Sykepleier er forpliktet til å ivareta pasientmedvirkning, fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige valg, utøve forsvarlig og omsorgsfull sykepleie og behandling, som understøtter håp og mestring, samt lindre lidelse (Norsk-Sykepleierforbund, 2019).

5.6. Sykepleier- pasient relasjon

Seks av studiene omhandlet sykepleier-pasient relasjonen (Andersen et al., 2011; Bjørslund et al., 2012; Jellington et al., 2016; Jensen et al., 2013; Kvangarsnes et al., 2013; Strang et al., 2014). At sykepleier brukte tilstrekkelig tid hos pasienten var en måte å styrke sykepleier-pasient relasjonen og dermed tryggheten til pasienten (Andersen et al., 2011; Bjørslund et al., 2012; Jellington et al., 2016) (Jensen et al., 2013). Å fremme trygghet for pasienten kan være en bidragsyter for å lindre angst, derfor er det nærliggende å tro at sykepleieres atferd er av stor betydning for relasjonen mellom sykepleier-pasient. Denne påstanden støttes opp av Andersen et al. (2011), hvor

sykepleierne som ble intervjuet, hevdet at å bruke seg selv som verktøy kunne bidra til å styrke relasjonen med pasienten. At sykepleieren brukte seg selv som verktøy var gjennomgående i flere av studiene og innebar blant annet å vise respekt, omsorg og empati for pasienten. Dette er i tråd med Kari Martinsen omsorgsteori og Joyce Travelbee interaksjonsteori (Martinsen, 2003; Travelbee, 2001), som fremmer betydning av å vise omsorgsfull sykepleie, vise empati og sympati ovenfor pasienten.

5.6.1. Å tilrettelegge for nærhet og tid, for å styrke sykepleier-pasient relasjonen

I følge Martinsen (2003, s. 68-71) sin omsorgsteori skal omsorg ikke ses på som en mål-middel-relasjon eller prestasjon, men et menneskelig samspill og gjensidighetsrelasjon mellom sykepleier og pasient. Studiet til Bjørnsland et al. (2012) viste at tilgjengelighet og tid fra sykepleierne for å bli kjent med pasientene kunne styrke sykepleie-pasient forholdet. Mens sykepleierne i studien til Andersen et al. (2011) mente nærhet til pasienten bidro til å redusere angst og dyspné. Nærhet ble beskrevet som det å være tilstede for pasienten. Dette var blant annet å holde i hånden til pasienten, legge putene til rette for pasienten, sette opp vindu, stryke pasienten over ryggen som synliggjorde sykepleierens nærhet og tilstedeværelse ovenfor pasienten. Sykepleierne mente nærhet sammen med pasienten bidro til å redusere angst og dyspne Videre fremmer Bakkelund et al. (2016, s. 150) betydningen av nærhet og tid, selv om de fysiske årsakene til dyspné er tilstede vil respirasjonen bli mindre besværet ved at angsten blir mindre.

På en annen side, hvilke konsekvenser kan manglende tid og nærhet føre til for pasienten? Det kom frem at mangel på tid og nærhet formidlet stress hos pasientene (Andersen et al., 2011). Sykepleierne mente at kols pasientene merket raskt at sykepleieren ikke hadde tid og at dette gjorde dem urolige og utrygg. Dette kunne virke forsterkende på angsten. Når angsten fikk dominere, forverret det pusten. Dermed ser det ut til at travle sykepleiere kunne derfor ha en årsak- virkning på utryggheten som igjen kunne fremkalle angsten. Av egen erfaring har jeg opplevd at arbeidshverdagen av og til kan være svært krevende. En utfordring er at jeg ofte har det travelt siden det er flere pasienter som krever behandling og oppmerksomhet. Det tar tid å hjelpe en kols pasient og det kan være krevende å være tilstede, utføre nærhet og ikke bli stresset når jeg vet at det er flere pasienter med lignende behov for sykepleie. I slike perioder kan jeg få følelsen av å være utilstrekkelig og få dårlig samvittighet ovenfor pasienten, som kan eskalere mitt indre stress. Sykepleieren er også et menneske og det er ikke alltid gitt at en får til å utøve omsorgsfull sykepleie i perioder en selv har behov for omsorg.

I følge Martinsen (2003, s. 77-78) ser det ut til av vedlikeholdsomsorg for kronisk syke pasienter over tid kan være en påkjenning for sykepleieren. Pleien handler om å forsøke å gjøre det så godt som mulig for pasienten. Sykepleier skal heller ikke undervurdere eller overvurdere pasientens ressurser eller kapasitet. Samtidig er en slik omsorgspleie krevende. Sykepleieren kan selv bli følelsesmessig overbelastet og har selv behov for omsorg fra andre. Funn i studiet til Bjørnsland et al. (2012), mente at travelhet hos sykepleierne kunne tyde på at de inntok en paternalistisk sykepleie. Ifølge Martinsen sin vedlikeholdsomsorg kan det derfor tyde på at sykepleieren i slike tilfeller inntar en paternalistisk sykepleie. I følge Orvik (2015, s. 146) kan emosjonell utmattelse hos sykepleier føre til entusiasme og sympati forsvinner, som er drivkraften i omsorgsarbeid. Dette igjen fører til at sykepleier blir følelsesmessig avflatet og mister evnen til å kjenne på sympati. Empati som gjør sykepleieren i stand til å sette seg inn i hvordan pasienten har det, og sympati som gjør at sykepleieren ønsker å lindre lidelse, er selve kjernen i

Travelbee sin interaksjonsteori. Mangel på empati og sympati kan derfor være en medvirkende faktor som bidrar til å svekke sykepleier- pasienten relasjon. Metode som blir benyttet på medisinsk sengepost der jeg var i praksis var at vi i slike tilfeller sa fra. Deretter omrokkerte vi hvem som skulle gå i pleien, som jeg igjen tror kan bidra til at sykepleieren for en nødvendig pause for å gjenvinne krefter å utøve god og omsorgsfull sykepleie.

5.6.2. Likeverdige relasjon kan fremme trygghet og lindre angst

Det kom frem at sykepleiere mente at det var av betydning at pasienten ikke skulle bli umyndiggjort (Bjørnsland et al., 2012; Jellington et al., 2016). Et sykepleietiltak som ble brukt for å unngå at pasienten ikke skulle føle seg underlegen var å sette seg i lik høyde som pasienten, som er et non verbalt kommunikasjonsverktøy som symboliserer likeverdighet (Eide & Eide, 2017, s. 148-149). Det kan tenkes at sykepleieren var i ferd med å utvikle menneske-til-menneske-forhold. Ifølge Travelbee (2001, s. 200-209, 217) er sykepleier i stand til å etablere en slik nær relasjon fordi hun har ferdigheter og kunnskaper som skal til for å hjelpe pasienten. Empati gjør at sykepleier forutser hva pasienten tenker og føler. (Travelbee, 2001, s. 194-195). Medfølelse og sympati for pasienten fører til at sykepleier oppriktig ønsker det beste for pasienten og derfor bruker seg selv terapeutisk. Ved å sette seg i lik høyde som pasienten kan sykepleier sannsynligvis forebygge lidelse hos pasienten, som er et intelligent og konstruktivt tiltak. Sykepleieutøvelsen oppnår å fremme trygghet og dermed forebygge mot lidelse og angst.

Egen erfaring er at jeg ofte tilpasser meg å være i lik høyde med pasienten. Dette gjør jeg nettopp av den grunn av at jeg prøver å sette meg inn i pasientens opplevelse og perspektiv. Omsorgsteorien til Martinsen (2003, s. 68-71) er nært knyttet til nestekjærlighet. En skal gjøre mot andre, det en ønsker andre skal gjøre mot en selv. Derfor vil jeg anta om sykepleier står over og ser ned på pasienten, kan posisjonen signalisere at sykepleier har makten og står i fare for å umyndiggjøre pasienten. Overformynderi er ikke omsorg, det vil føre til å pasifisere og fastholde mennesket i underlegne posisjoner. Det vil videre føre til og hindre mennesket til å leve det beste de er i stand til, som er en moralsk uakseptabel maktutøvelse (Martinsen, 2003, s. 51-52).

For å oppnå en likeverdig relasjon så dreier sykepleien seg bort fra paternalistisk utøvelse, til en prosess som gjør pasienten i stand til å få økt kontroll over egen helse og situasjon. Noe som er kjernen av empowerment, som på norsk kan oversettes som myndiggjøring eller og ha handlingsrom i eget liv (Finbråten, 2018, s. 240). Martinsen (2003, s. 75) sier noe om sykepleieres intensjoner og holdninger kommer frem i handlingen. Pasienten kan føle handlingene er oppriktige velmente. Omsorg handler om å frigjøre hverandres ressurser. Dette handler om å forstå den andre ut ifra situasjonsforståelsen, og møte den andre ut fra tillit i samhandling med hverandre- hvor begge partene blir deltakere. Tillit kan ikke skapes, men en kan bare handle slik at man blir verdig tillit. Travelbee (2001, s. 215) sier at når det råder tillit og forståelse er pasienten trygg på sykepleier og setter ikke tvil til sykepleierens pålitelighet. Jeg erfarer at når pasient og jeg oppnår en trygg og tillitsfull relasjon skaper det forutsigbarhet og trygge rammer.

5.7. Informasjon, veiledning og pasientopplæring

Alle studiene var konsistente på at å gi informasjon, veiledning og pasientopplæring var hensiktsmessige sykepleietiltak for å lindre eller forebygge dyspné og angst (Andersen et al., 2011; Bjørnsland et al., 2012; Jellington et al., 2016; Jensen et al., 2013; Kvangarsnes et al., 2013; Strang et al., 2014; Valenza et al., 2014). Hos Andersen et al. (2011), mente

sykepleierne at informasjon og pasientopplæring førte til at de sammen med pasienten kunne utvikle mestringsstrategier under akutte faser av dyspné.

5.7.1. Informasjon og veiledning kan bidra til utvikling av mestringsstrategier

Funn i studiene viste at informasjon var spesielt viktig for at pasienten skulle ha kunnskap om sykdom og deretter utvikle mestringsstrategier for å håndtere dyspné og angst. Dette kan sammen ses opp mot Lazarus og Folkman sin mestringsteori (Kristoffersen, 2014, s. 145). Ved at pasienten får informasjon og forholder seg aktivt og direkte til situasjonen, fører det til problemorientert mestring hvor hensikten er å håndtere den stress-skapende situasjonen. Informasjonen gir pasienten økte handlingsalternativer. Det kom frem at informasjon førte til at pasientene opplevde økt kontroll i studiet til Bjørslund et al. (2012). Når sykepleieren svarte på spørsmål, medførte dette til økt kunnskap hos pasienten. Betydningen av å observere eget ekspektorat førte til at pasienten kontaktet lege når fargen på ekspektoratet ble grønt. Erfaringsmessig kan informasjon og opplæring om hva som letter respirasjonsarbeidet være nyttig for pasienten. Høyt ryggleie eller å sitte forovervendt sittestilling er ofte gode posisjoner hvor sykepleier kan veilede pasienten. En god hvileposisjon kan føre til at pasienten opplever at dyspné lindres som fører til at pasienten kan slappe av i større grad (Bakkelund et al., 2016, s. 150). Samme informasjon anbefales av Helsedirektoratet (2012, s. 125). De anbefaler også tiltak som kan lindre dyspné som; avspenningsøvelser, bruk av vifte, utsikt fra pasientrom og åpne vindu. Jeg har erfart at pasienter med langt kommen kols foretrekker åpne vindu og bruk av bordvifte. De begrunner dette i at dyspné fører til aktiv bruk av respirasjonsmuskulaturen, som kan sammenlignes med en treningsøkt. Pasienten blir derfor ofte varm og svett, og opplever den svale brisen som lindrende.

I studiet til Strang et al. (2014) rapporterte pasienten at når de led av dødsangst, benyttet pasientene seg av emosjonelt orientert mestringsstrategi for å forsøke å unngå problemene eller ubehaget. Ifølge Lazarus og Folkmans mestringsteori så benytter pasientene denne strategien for å endre opplevelsen av situasjonen, fremfor å endre selve situasjonen (Kristoffersen, 2014, s. 147). Jeg har erfart at å informere pasienter om at angst ofte er en normal reaksjon på noe som oppleves truende, noen ganger har ført til at pasienten opplever egen angst som mindre skremmende. I følge Fjerstad (2010, s. 48) kan informasjon og kunnskap om angst føre til at pasienten aksepterer sine følelser. Derfor har pasienten behov for informasjon som kan bidra å utvikle en indre støttende dialog. Dette i seg selv vil lede til opplevelsen av kontroll og mestring (Fjerstad, 2010, s. 261). Mestring handler om å ha energi til å møte utfordringer, oppleve kontroll over eget liv samt å leve konstruktivt med menneskelig smerte og egen sykdom

5.8. Sykepleier motiverer kols pasienten i pusteteknikk

I følge Helsedirektoratet (2012, s. 117) kan opplæring i pusteteknikker og avspenningsøvelser føre til at pasienten opplever en viss grad av kontroll over situasjonen og dermed forebygge mot eventuelle angstanfall relatert til dyspné. Fokus på pusteteknikk ble rapportert til å virke angstreduserende blant pasienter i studiet til Strang et al. (2014). Pasientopplæring om trening på pusteteknikk er ifølge Valenza et al. (2014) en effektiv metode for å redusere dyspné og angst. En bakenforliggende forklaring for dette er at leppepust gjorde ekspirasjonen jevn og langvarig, noe som økte trykket i bronkien og reduserte tendensen til avstengning i luftveiene. Av egen erfaring kan det å motivere og instruere i pusteteknikk hos pasienter med kols være en effektiv måte for å mestre dyspné-angst sirkelen. Sykepleiere på lunge medisinsk sengepost sender en henvisning til

fysioterapeut når kols pasienter med pustebeviser legges inn. Fysioterapeut lærer og instruerer således pasienten opp i pusteteknikk inne på pasientens rom. Sykepleier følger videre pasienten opp, ved å motivere og instruere pasienten i korrekt pusteteknikk. Jeg legger ofte merke til de pasientene som har hatt opplæring i pusteteknikk. Mange av disse er «selvdrevne» under akutte forverringer og benytter pusteteknikken aktivt som en mestringsstrategi. Flere av pasientene har utviklet kols til stadium 3 eller 4. De blir ofte slitne av pustearbeidet og har særlig behov for psykososial og sykepleiers omsorgsutøvelse.

6. Konklusjon

Jeg har i denne litteraturoppgaven forsøkt å finne svar på hvilken måte sykepleier kan bidra til å lindre angst hos kols pasienter. Siden alle kols pasienter er forskjellige og har individuelle opplevelser av hva som virker angstreduserende relatert til egen sykdom, er det vanskelig å konkludere med at det finnes en universell sykepleiemetode som effektivt lindrer angst. Det som kan virke trygghetsskapende hos en pasient vil ikke nødvendigvis være det samme for en annen.

Min første jobb som sykepleier vil være ved lungepost hvor jeg vil utøve sykepleie til denne pasientgruppen. På hvilken måte kan jeg da bidra til å lindre angst hos denne pasientgruppen? Med bakgrunn i drøftingen av funn og teoretisk grunnlag ser jeg at sykepleiers væremåte og ferdigheter kan være et sentralt element for å lindre angst hos kols pasienter. I tillegg at sykepleier bruker seg selv som et instrument ved å utøve omsorgsfull sykepleie gjennom å vise nærhet og forståelse for pasienten ser ut til å kunne lindre angst. Andre sentrale ferdigheter hos sykepleier er formidling av trygghet og ro, bruk av egen stemmeklang og pust som kan påvirke pasientens angst og respirasjon positivt. Det kom også frem at god kommunikasjon, formidling av informasjon og bruk av Borgs skala kan føre til utvikling av mestringsstrategier for å håndtere angst hos pasienten. Videre kom det frem at pasientmedvirkning, utvikling av sykepleier-pasient relasjon og nødvendig informasjon, veiledning og pasientopplæring kan fremme trygghet og lindre angst.

Litteraturoppgaven har fremmet flere aspekter jeg ønsker å ta med meg videre som fremtidig sykepleier. Jeg har underveis i litteraturoppgaven tilegnet meg ny kunnskap som trolig vil bidra til at jeg føler på økt trygghet i møte med kols pasienten. Oppgaven har også bidratt til faglig innsikt om hva som lindrer angst. Dette kan kanskje bidra til at jeg på et tidlig tidspunkt kan identifisere utrygghet og uro hos kols pasienten for å iverksette umiddelbare og hensiktsmessige tiltak for å lindre symptomene. Videre kan dette trolig føre til færre angstopplevelser og fremme trygghet hos pasienten.

Videre forskning kan muligens benytte et kvalitativt design ved dybdeintervju av pasienter samt observasjon av sykepleier-pasient interaksjon. Dette kan kanskje bidra til ny kunnskap om hva som fremmer pasientmedvirkning og lindrer angst hos kols pasienter innlagt på sykehus.

Referanser:

- Andersen, I. H., Ytrehus, S. & Grov, E. K. (2011). Palliativ sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). *Klinisk sykepleie*, 25(1), 48-56. Hentet fra https://www.idunn.no/klinisk_sykepleie/2011/01/palliativ_sykepleie_til_pasienter_med_kronisk_obstruktiv_lu
- Bakkeland, J., Thorsen, B. H., Almås, H., Sorknæs, A. D. & Grønseth, R. (2016). Sykepleie ved lungesykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. A. (red.) (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5 utgave. utg., s. 117-182). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bjørslund, B., Wilde-Larsson, B. & Kvigne, K. (2012). Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus. Hentet fra <https://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/2329/2151>
- Dalland, O. (2015). Metode. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving for studenter* (s. 110-122). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). Hva er god, profesjonell kommunikasjon? I *Kommunikasjon i relasjoner* (s. 15-40). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Finbråten, H. S. (2018). Health literacy i helsefremmende sykepleie. I Å. Gammersvik & T. B. L. (red.) (Red.), *Helsefremmende sykepleie. I teori og praksis* (2 utgave. utg., s. 86-110). Bergen: Fagbokforlaget.
- Fjerstad, E. (2010). Å holde seg så frisk som mulig. I *Frisk og kronisk syk. Et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. (1 utgave. utg., s. 256-269). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2018). Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) i Norge. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kols/>
- GOLD. (2018). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2018 Report: GOLD Executive Summary. *Acceso el, 1*. Hentet fra https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf
- Helsedirektoratet. (2012). Kols. Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kols/Kols%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20og%20veileder%20for%20forebygging,%20diagnostisering%20og%20oppf%C3%B8lging.pdf/_/attachment/inline/e974222b-9d84-4358-84d5-9dd57b090786:ce015dd544648e3ae7bc4377269c52309a68aa77/Kols%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20og%20veileder%20for%20forebygging,%20diagnostisering%20og%20oppf%C3%B8lging.pdf
- Helsedirektoratet. (2017). Brukermedvirkning. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>
- Hummelvoll, J. K. (1990). SAMTALER. Om angst. I *HELT- ikke stykkevis og delt. Introduksjon til psykiatrisk sykepleie* (3 utgave. utg., s. 60- 74). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Håkonsen, K. M. (2015). Kriser og mestring. I *Psykologi og psykiske lidelser* (5 utgave. utg., s. 251-267). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jellington, M. O., Overgaard, D. & Sarensen, E. E. (2016). Manoeuvring along the edge of breathlessness: an ethnographic case study of two nurses.(Case study). *BMC Nursing*, 15(27). <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0148-4>

- Jensen, A. L., Vedelø, T. W. & Lomborg, K. (2013). A patient-centred approach to assisted personal body care for patients hospitalised with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 22(7-8), 1005-1015. Hentet fra <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.12050>
- Kirkevold, M., Brodtkorp, K. & Ranhoff, A. H. (2013). Respirasjon og sirkulasjon. I *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (1 utgave. utg., s. 319-332). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2014). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E.-A. S. (red.) (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (2 utgave. utg., s. 207-280). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvangarsnes, M., Torheim, H., Hole, T. & Öhlund, L. S. (2013). Intensive care unit nurses' perceptions of patient participation in the acute phase of chronic obstructive pulmonary disease exacerbation: an interview study. *Journal of advanced nursing*, 69(2), 425-434. Hentet fra <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2012.06021.x>
- Martinsen, K. (2003). Omsorg i sykepleien. I K. Martinsen (Red.), *Omsorg, sykepleie og medisin* (s. 68-83). Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk-Sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. *Norsk sykepleierforbund*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Orvik, A. (2015). Profesjonsperspektivet: Integritet og arbeidshelse. I *Organisatorisk kompetanse: innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2 utgave. utg., s. 121-152). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Pasient-brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og>
- Strang, S., Ekberg-Jansson, A. & Henoch, I. (2014). Experience of anxiety among patients with severe COPD: A qualitative, in-depth interview study. *Palliative & supportive care*, 12(6), 465-472. Hentet fra <https://www.cambridge.org/core/journals/palliative-and-supportive-care/article/experience-of-anxiety-among-patients-with-severe-copd-a-qualitative-indepth-interview-study/EDB24248D86CAF9B2CEDD2BE25480F7F>
- Travelbee, J. (2001). Mellommenneskelige forhold i sykepleie. I J. Travelbee (Red.), *Menneske-til-menneske-forholdet* (s. 171-217). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Valenza, M. C., Valenza-Peña, G., Torres-Sánchez, I., González-Jiménez, E., Conde-Valero, A. & Valenza-Demet, G. (2014). Effectiveness of controlled breathing techniques on anxiety and depression in hospitalized patients with COPD: a randomized clinical trial. *Respiratory care*, 59(2), 209-215. Hentet fra <http://rc.rcjournal.com/content/59/2/209>