



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	16-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	24-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 305

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9983

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 65

Andre medlemmer i gruppen: 306

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Pasientar med angst under KOLS-
forverring - Sjukepleiar si rolle

Patients with anxiety during COPD
exacerbation – Nurse's role

Kandidatnummer: 305 & 306

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitskap

Fakultet for helse- og sosialvitskap

Innleveringsdato: 24.05.19

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Abstract

Theme: COPD, anxiety and dyspnea

Research question: How can nurses help patients with a COPD exacerbation to handle anxiety?

Method: Literature study is used as method. We searched databases such as CINAHL, MEDLINE, Svemed+, PsycINFO and Epistimonikos. We formed a PS and searched for qualitative studies. Inclusion and exclusion criteria were used to limit the search. In the assignment we have analyzed the results and discussed it with existing theory to answer the research question.

Result: 5 research articles were included in the assignment. We decided to divide the results into four themes; proximity and presence, trust and relation between patient and nurse, anxiety during NIV treatment, and nurses' approach to the patient.

Conclusion: There is no singular measure to help patients handle their anxiety. Usually there are several components that together will provide security for the patient in the situation. We have found that important variables to accomplish this is time, proximity and presence, trust, good communication and information, and an individual approach to the patient.

Innholdsliste

1.0 Innleiing	1
1.1 Problemstilling	2
1.2 Begrepsavklaring.....	2
1.3 Bakgrunn for val av tema og problemstilling.....	2
1.4 Avgrensing.....	3
2.0 Teori	4
2.1 KOLS	4
2.1.1 Symptom.....	5
2.1.2 Årsak og stadieinndeling av KOLS.....	6
2.1.3 KOLS-eksaserbasjon	6
2.1.4 NIV-behandling	7
2.2 Tryggleik og relasjon	7
2.2.1 Tryggleik.....	7
2.2.2 Relasjonstryggleik og tillit.....	8
2.2.3 Verbal og non-verbal kommunikasjon	8
2.3 Joyce Travelbee og menneske-til-menneske forholdet	9
3.0 Metode	11
3.1 Søk og søkeshistorikk.....	11
3.2 Val av kjelder.....	14
3.3 Kjeldekritikk.....	15
3.4 Etsiske drøftingar.....	16
4.0 Resultat	17
4.1 Kort presentasjon av inkluderte artiklar	17
4.2 Nærleik og tilstedeværelse av sjukepleiar.....	18
4.3 Tillit og relasjon mellom pasient og sjukepleiar.....	18
4.4 Angst under NIV-behandling.....	19
4.5 Sjukepleiar si tilnærming til pasienten	20
5.0 Drøfting	21
5.1 Nærleik og tilstedeværelse av sjukepleiar.....	21
5.2 Psykososial støtte til pasientar	23
5.3 Tillit og relasjon mellom pasient og sjukepleiar.....	24

5.4 Kommunikasjon mellom pasient og sjukepleiar	25
5.5 Makt og tillit i relasjon mellom pasient og sjukepleiar	26
5.6 Angst under NIV-behandling	28
5.7 Sjukepleiar si tilnærming til pasienten	30
6.0 Oppsummering	32
7.0 Konklusjon	33
8.0 Referanseliste	34
Vedlegg	A
<i>Vedlegg 1: Litteraturmatrise</i>	<i>A</i>
<i>Vedlegg 2: Søkjehistorikk</i>	<i>E</i>
Tabellar:	
Tabell 1: PS-skjema.....	12
Tabell 2: Inklusjon- og eksklusjonskriterium	13
Figurar:	
Figur 1: Flytdiagram.....	I

1.0 Innleiing

Kvelingsfornemninga, den påfølgjande dødsangsten og panikk er noko av det mest skremmande dei har opplevd i livet. Slik beskriv utallige pasientar korleis det er å ha andenød i samband med kronisk obstruktiv lungesjukdom (KOLS) i forverring (Dybwik, 2016, s. 184). Mange kjenner seg sårbare og hjelpelause, og fullstendig avhengig av andre si hjelp og støtte under forverringa (Bakkelund, Thorsen, Almås, Sorknæs & Grønseth, 2016, s. 138). Pasientane opplever å ikkje kunne trekke nok luft ned i lungene, og det grunnleggjande behovet for oksygen er trua. Dette skapar stress og angst (Bakkelund et al., 2016, s. 138). Det er heile 250 000-300 000 personar i Noreg som lever med KOLS i dag. Likevel er mindre enn halvparten klar over at dei har sjukdommen, trass symptom og redusert livskvalitet. KOLS er den tredje hyppigaste årsaka til død (Helsedirektoratet, 2012, s. 9).

Mange tidlegare studiar indikerer at pasientar med KOLS sitt liv er kjenneteikna av angst, isolasjon og pusteproblem (Guthrie, Hill & Muers, 2001; Oliver, 2001; Small & Lamb; 1999, referert i Torheim & Gjengedal, 2009, s. 499). I (Meek, 2005, s. 61) er angst eitt av dei mest omtala emna blant pasientane. Dei opplever angst ved forventing om, og under episodar med dyspné som dei ikkje klarar å unngå eller handtere. Angst og panikkangst er 3-6 gongar hyppigare hos personar med KOLS samanlikna med jamaldra friske (Moll, Lange & Dahl, 2011, s. 162). Angst kan resultere i sosial isolasjon, einsemd, vonløyse, passivitet og redusert livskvalitet (Bakkelund et al., 2016, s. 138).

I Bailey, Colella & Mossey (2004, s. 763) oppfatta sjukepleiarane at angst alltid er årsaka til eksaserbasjonen, i motsetnad til at angst er ein konsekvens av eksaserbasjonen. Bailey et al. (2004, s. 763) presiserer at sjølv om ein eksaserbasjon kan vise seg som angst, er angst eit teikn på dyspné, og vanlegvis ikkje årsaka til den. For å hjelpe pasientar i denne situasjonen, er det viktig at sjukepleiarar har god kunnskap om samanhengen mellom KOLS og angst. Viktige element i sjukepleiarrolla i møte med denne pasientgruppa er tid, nærleik, tillit og relasjon, og tilnærming til pasienten.

1.1 Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar hjelpe pasientar med KOLS i forverring med å handtere angst?

1.2 Begrepsavklaring

Angst består av eit breitt spekter av kjensler, frå engstelse og uro til redsel og panikk. Angsten er eit teikn på overaktivitet i det sympatiske nervesystemet og kan gje blant anna pustevanskar, hjartebank, sveitte og svimmelhet. Dei fleste vil også oppleve bekymrings-og katastrofetankar, og åtferden er kjenneteikna av unngåing og tilbaketrekking (Helsedirektoratet, 2009, s. 214).

Dyspné er eit anna ord for tung pust, og er ei subjektiv oppleving av å ikkje få nok luft, at det er trangt i brystet og at det er anstrengjande å puste. Dyspné følgjast ofte av angst (Bakkelund et al., 2016, s. 137).

Eksaserbasjon er ei skarp og kraftig forverring eller oppblomstring av ein sjukdomstilstand (Bertelsen, 2016, s. 47).

Med **handtering av angst** meiner vi at pasienten taklar angsten på ein eller annan måte, utan å nødvendigvis ha kontroll over eller meistre situasjonen.

1.3 Bakgrunn for val av tema og problemstilling

Dette temaet interesserer oss begge og vi har noko erfaring med det frå før. Ein av oss har hatt praksis ved ei lungeavdeling på sjukehus. Der kom pasientar med KOLS-eksaserbasjon som var tydeleg prega av medfølgjande angst, noko som påverka pasienten i stor grad. Det var lite fokus på angst, og korleis sjukepleiar kunne hjelpe pasienten med å handtere den.

Dette er ei problemstilling som er aktuell. Utbreidd tobakksrøyking i befolkninga dei siste 50 åra har gjort KOLS til ein folkesjukdom. Den eldre befolkninga har auka levealder, og mange er eller har vore røykarar (Hjalmarsen, 2012, s. 20-21). Talet på personar med diagnostisert KOLS i Noreg har auka dei siste 10 åra (Folkehelseinstituttet, 2018). Det er hensiktsmessig å auke kunnskapen vår innan dette feltet, slik at vi kan yte best mogleg helsehjelp til denne pasientgruppa i framtida. Som framtidige sjukepleiarar er det sikkert at vi kjem til å møte mange i denne pasientgruppa, anten dei er heimebuande, i institusjon eller innlagt i sjukehus. Av den grunn meiner vi at temaet og problemstillinga har stor sjukepleiefagleg relevans.

1.4 Avgrensing

I oppgåva avgrensar vi problemstillinga til pasientar med moderat til alvorleg KOLS, noko som inkluderer pasientar med KOLS stadium 2, 3 og 4. Dette fordi vi tenkjer at desse vil oppleve meir og oftare angst i samband med sjukdommen. Dei nemnde stadiuma har dårlegare lungefunksjon og gassutveksling, og kan dermed oppleve ei sterkare kjensle av å ikkje få nok luft. Vidare spissar vi problemstillinga til pasientar innlagt i sjukehus. Angst og depresjon blir ofte nemnt i samanheng, men denne oppgåva har berre fokus på angst. Hovudfokus er ikkje-medikamentelle tiltak som tillit og relasjon, nærleik og tilstedeværelse og sjukepleiaren si tilnærming. Grunnen til dette er oppgåva sine avgrensingar med tanke på storleik og relevans for problemstillinga. Non Invasiv Ventilation (NIV) vert omtalt i oppgåva, då dette er ei svært vanleg behandling ved KOLS-eksaserbasjon og ofte er knytt til opplevingar av angst.

2.0 Teori

2.1 KOLS

Ifølgje internasjonale retningslinjer er KOLS ei samlenemning på sjukdommar med luftstrøymshindring som ikkje er fullt reversibel, men vanlegvis progredierande og assosiert med ein unormal inflammatorisk reaksjon på skadelege partiklar eller gass (WHO, referert i Grundt & Mjell, 2016, s. 238-239). Pasientar med KOLS har redusert gassutveksling. Ved gassutveksling strøymer oksygenfattig blod ut av høgre ventrikkel og inn i kapillærnettverket som ligg rundt lungealveolane. Oksygen vil diffundere frå lungealveolane til blodet. Diffusjon av Co₂ går motsett veg til likevekt er oppnådd (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2018, s. 431). Redusert gassutveksling resulterer i at pasienten får mindre tilførsel av oksygen. Kroppen kompenserer ved å puste raskare og djupare, noko som fører til dyspné (Grundt & Mjell, 2016, s. 219).

Dei fleste pasientar med KOLS har ein kombinasjon av kronisk bronkitt og emfysem (Giæver, 2015, s. 80-81; Grundt & Mjell, 2016, s. 239). Kronisk bronkitt er definert som «uttalt hoste og ekspektoratproduksjon de fleste dagar i minst tre måneder i minst to etterfølgende år» (Grundt & Mjell, 2016, s. 239). Kronisk inflammasjon i mindre bronkiolar og bronkiar gjev auka tal på slimproduserande celler og sekretstagnasjon, hypertrofi av glatt muskulatur og fortjukka vegg. Dette reduserer luftrørsopninga og fører til luftvegsmotstand (Grundt & Mjell, 2016, s. 239). Det vert vanskeleg å puste ut.

Emfysem har to hovudtrekk; auka ekspiratorisk luftvegsmotstand og redusert areal for gassutveksling (Giæver, 2015, s. 81). Ved emfysem er mange alveolar «smelta» saman, slik at det blir færre og større alveolar. Då vert den totale alveoleoverflata redusert, den ekspiratoriske luftvegsmotstanden aukar, og trykket i alveolane stig. Dermed vert arealet for gassutveksling redusert, og pasienten vil oppleve dyspné (Grundt & Mjell, 2016, s. 239). I tillegg vert elastisiteten i lungene redusert, som gjer at små luftvegar klappar saman under ekspirasjon (Grundt & Mjell, 2016, s. 239). Elastisiteten kallast bardun-effekten, og hos friske

menneske sørgjer bardunet for at dei perifere luftvegane ikkje klappar saman ved ekspirasjon. Ved redusert bardun-effekt, og dermed samanklipping av dei perifere luftvegane, vil ikkje lufta sleppe ut. Dette kallast «air-trapping» (Bakkeland et al., 2016, s. 133, 151; Giæver, 2015, s. 29). Det vert dermed vanskelig for pasienten å puste ut og «tømme» lungene (Bakkeland et al., 2016, s. 133). Mange opplever ei kvelingsfornemming og påfølgjande dødsangst og panikk når dyspnéen aukar (Bakkeland et al., 2016, s. 138).

2.1.1 Symptom

Eitt av hovudsymptoma ved KOLS er dyspné (Bakkeland et al., 2016, s. 137). Symptoma kjem gradvis, som regel med kronisk hoste og auka slimproduksjon. Typisk er kronisk hoste med ekspektorat som ofte er til stades heile dagen. Jo meir irriterte slimhinnene i luftvegane er, jo meir slim vert produsert (Grundt & Mjell, 2016, s. 240). Symptoma vert gradvis forverra i takt med auka ekspiratorisk motstand, og ein vil kunne høyre pipelydar samt forlenga ekspirasjonstid. Ved alvorleg KOLS vil pasienten også plagast med dyspné i kvile og kan ha cyanose. Pasienten brukar hjelpemusklatur i nakken og skuldrane for å kunne puste betre (Grundt & Mjell, 2016, s. 241). Alle symptoma kjem på grunn av redusert lungefunksjon, som truar det grunnleggjande behovet kroppen har for oksygen. Det kan vere svært skremmande, spesielt når dyspnéen aukar, slik som ved ein KOLS-eksaserbasjon. Då kan det vere vanskeleg for pasienten å roe seg ned og unngå å få panikk. Mange pasientar opplever det som ein kamp om overleving (Bakkeland et al., 2016, s. 138).

Når pasienten opplever å ikkje kunne trekke pusten tilstrekkeleg, og får kjensla av at brystkassa snører seg saman, gjev det ei kjensle av kveling. Denne opplevinga skapar stress, angst og redsel for å dø (Bakkeland et al., 2016, s. 138). Angst og dyspné er svært nært forbunde, og dei forsterkar kvarandre. Derfor må desse symptoma alltid sjåast i samanheng (Bakkeland et al., 2016, s. 118). Det blir skapt ein negativ syklus, kor dyspné fører til angst og angst fører til meir dyspné (Hjalmarsen, 2012, s. 144). Dette kallar Bailey (2004) «dyspnea-anxiety-dyspnea cycle» og resultatet er at respirasjonssvikten vert vidare forverra (Bakkeland et al., 2016, s. 138).

2.1.2 Årsak og stadieinndeling av KOLS

I 90% av tilfella er tobakksrøyking årsaka til utvikling av KOLS. Andre årsakar er eksponering av støv, røyk og gassar eller genetiske faktorar som arveleg disposisjon og alfa-1-antitrypsinmangel (Hjalmarsen, 2012, s. 77-79).

KOLS kan delast inn i fire stadium etter alvorsgrad ut frå prestasjon på spirometri, og vert klassifisert etter GOLD-kriterium. Spirometri gjev eit mål på kor god lungekapasiteten til pasienten er (Hjalmarsen, 2012, s. 92).

- **I stadium 1** (mild KOLS) har pasienten mild luftstrøymsobstruksjon, og vanlegvis kronisk hoste og slim frå lungene. Pasienten er gjerne ikkje klar over sin reduserte lungefunksjon (Bakkelund et al., 2016, s. 135).
- **I stadium 2** (moderat KOLS) har pasienten aukande luftstrøymsobstruksjon og er som regel plaga av kronisk hoste og/eller slim frå lungene (Bakkelund et al., 2016, s. 135).
- **I stadium 3** (alvorleg KOLS) har pasienten alvorleg luftstrøymsobstruksjon og opplever akutte forverringar av symptom, noko som påverkar livskvalitet og prognose (Bakkelund et al., 2016, s. 135).
- **I stadium 4** (svært alvorleg KOLS) har pasienten svært alvorleg luftstrøymsobstruksjon, og har respirasjonssvikt eller kliniske teikn på høgresidig hjartsvikt. Livskvalitet er betydeleg redusert og forverringar kan vere livstruande (Bakkelund et al., 2016, s. 135).

2.1.3 KOLS-eksaserbasjon

For mange personar med KOLS, er sjukdomsbilete prega av gjentekne forverringar (Giæver, 2015, s. 101). Desse er oftast episodar med akutt bronkitt og blir omtalt som ein KOLS-eksaserbasjon (Bakkelund et al., 2016, s. 134). Ein vil då oppleve aukande dyspné, pipelydar, produktiv hoste og feber. Andre teikn kan vere bruk av aksessorisk hjelpemuskulatur, cyanose, teikn til høgresidig hjartsvikt med ødem og halsvenestuing (Giæver, 2015, s. 101-

102). KOLS-eksaserbasjon er svært alvorleg og kan vere traumatisk for personen som opplever det (Stubberud, 2015, s. 184). Samanlikna med andre sjukdommar i respirasjonsorgana, er forverring av KOLS den hyppigaste årsaka til sjukehusinnlegging (Grundt & Mjell, 2016, s. 239).

2.1.4 NIV-behandling

Ved NIV-behandling tilfører ein oksygen ned i pasienten sine luftvegar med overtrykk. Vi nyttar oss i hovudsak av to typar NIV-behandling; CPAP og BIPAP. Ved bruk av BIPAP (biphasic positive airway pressure) er trykket etter enda inspirasjon høgare enn etter enda ekspirasjon. Dette bidreg til å auke utluftinga av karbondioksid samstundes som oksygeneringa betrast. Trykkskilnaden ved inspirasjon og ekspirasjon, hindrar samanfall av luftvegane og tilfører meir luft ned i lungene (Dybwik, 2016, s. 198-199). Pasientar som får NIV-behandling, opplever sterke kjenslemessige utfordringar, blant anna grunna angst og frykt i samband med maskebehandlinga (Dybwik, 2016, s. 184). Pasienten brukar ei maske som dekkjar munn og nase. Tettsitjande masker kan gje ei sterk kjensle av klaustrofobi, noko som reduserer evne til å samarbeide. Likevel er NIV-behandling ein anbefalt og vanleg behandlingsmetode ved KOLS-eksaserbasjonar (Helsedirektoratet, 2012, s. 98; Stubberud, 2015, s. 432-433). NIV-behandling reduserer førekomst av komplikasjonar, mortalitet og talet på liggedøgn (Grundt & Mjell, 2016, s. 245).

2.2 Tryggleik og relasjon

2.2.1 Tryggleik

Tryggleik er eit grunnleggjande behov i alle menneske, og er truleg noko som vert ekstra utsett dersom ein er i ein sårbar situasjon. Det er vanskeleg å definere tryggleik. Thorsen (2011, s. 107) meiner at definisjonar kan føre til at mykje fell vekk, men beskriv ordet «trygg» som blant anna påliteleg, ærlig og trufast. Desse er eigenskapar som ein vil ønskje at ein sjukepleiar har. «Omsorgen og tryggheten kan ligge i gjerningene, i tonefallet, i faktene og ikke minst i stillheten - det usagte» (Thorsen, 2011, s. 106-107).

2.2.2 Relasjonstryggleik og tillit

Relasjonen mellom sjukepleiaren og pasienten er viktig. Pasienten si oppleving av sjukepleiaren sin fysiske nærleik, er sentralt. Relasjonstryggleik er ein relasjon der ein blir møtt og trudd, der pasienten kjenner seg respektert. Personar som gjev tryggleik, blir beskrive som rolege, sikre, er tilgjengelege og bryr seg. Tryggleik er noko som kan vekse fram i samvær med menneske som vil deg vel (Thorsen, 2011, s. 119-120). I tillegg er tryggleik beskrive som eit grunnleggjande behov for menneske i psykologen Abraham Maslow si behovspyramide (Helgesen, 2016, s. 146).

I nær samanheng med relasjonstryggleik, er det å stole på andre. Ved eit dyspné- og angstanfall kan ein komme i ein situasjon som ein sjølv ikkje har kontroll over. I den augneblinken ligg pasienten sitt liv i sjukepleiaren si hand (Thorsen, 2011, s. 120). Ved forverring av KOLS er oksygentilførselen trua. Pasienten er avhengig av helsepersonell som kan lette symptombyrda. Tillit er kjensla menneske får av at andre sin godleik, ærlegdom og dugleik er til å stole på. Menneske som er sjuke har eit auka behov for tillit, nettopp fordi tillit til eigen kropp og funksjonsevne er redusert. Nokre nøkkelord for å skape tillit er moralsk integritet, å dele makta, å bry seg, ikkje love for mykje og kyndighet i faget (Fugelli, 2011).

2.2.3 Verbal og non-verbal kommunikasjon

Kommunikasjon vert i Eide og Eide (2007) definert som «utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter» (s. 17). Vidare vert profesjonell kommunikasjon beskrive som kommunikasjon som høyrer yrket til, og som ein utfører i samanheng med yrkesrolla som hjelpar. Profesjonell, hjelpande kommunikasjon har eit helsefagleg formål (Eide & Eide, 2007, s. 18). Ein stor del av kommunikasjonen vår er non-verbal. Non-verbal kommunikasjon er «det vi formidler uten å bruke ord, men med for eksempel øyekontakt, mimikk, kroppsholdning eller berøring» (Heyn, 2015, s. 387). Det må vere samsvar mellom den verbale og non-verbale kommunikasjonen (Heyn, 2015, s. 387). Non-verbal kommunikasjon

er svært viktig fordi det signaliserer om vi er innstilt på å lytte og hjelpe. Å formidle akkurat dette, er avgjerande for om pasienten kjenner seg trygg og godt tatt vare på (Eide & Eide, 2007, s. 198).

Det er fleire grunnar til kvifor sjukepleiarar bør vere god på kommunikasjon. Ved både akutt og kronisk sjukdom er pasienten i ein sårbar situasjon, der ein kan kjenne på liten eller ingen kontroll over eigen situasjon og det som skjer. Då har pasienten behov for god informasjon som blir gjeve på ein empatisk og støttande måte. Det kan gjere at situasjonen opplevast meir handterbar. I tillegg kan tilstedeværelse bidra til at pasienten kjenner seg tatt vare på, og derfor er det viktig at sjukepleiar viser at hen er tilgjengeleg for pasienten (Heyn, 2015, s. 363).

2.3 Joyce Travelbee og menneske-til-menneske forholdet

Joyce Travelbee var ein amerikansk sjukepleieteoretikar som levde frå 1926-1973. Hennar sjukepleietenking har hatt stor innverknad på sjukepleieutdanninga i Noreg og ho var spesielt opptatt av dei mellommenneskelege forholda i sjukepleie (Kirkevold, 2001, s. 113).

Joyce Travelbee utarbeidde teorien om menneske-til-menneske forholdet. «A human-to-human relationship is primarily an experience or series of experiences between a nurse and the recipient(s) of her care» (Travelbee, 1996, s. 123). Kjenneteikn på ein slik relasjon er at den er meningsfull for både sjukepleiaren og pasienten, og begge får sine behov dekt (Travelbee, 1996, s. 123-124). For å oppnå dette, må ein overkomme nemningane «pasient» og «sjukepleiar». Travelbee meinte at dei bidreg til stereotyp tenking og kan føre til at sjukepleiar mislukkast i å hjelpe pasienten (Eide & Eide, 2007, s. 135; Travelbee, 1996, s. 32).

Travelbee (1996, s. 93) skriv at kommunikasjon først og fremst er eit middel for å opprette «menneske-til-menneske-forholdet». Dette vil deretter bidra til å realisere sjukepleia sitt føremål: «an interpersonal process whereby the professional nurse practitioner assists an

individual, family, or community to prevent or cope with the experience of illness and suffering and, if necessary, to find meaning in these experiences» (Travelbee, 1996, s. 7).

Ifølgje Travelbee (1996, s. 94-95) er kommunikasjon ein gjensidig prosess. Sjukepleiar kommuniserer for å motivere og påverke den sjuke, og blir i sin tur påverka av vedkomande. Det er også gjennom kommunikasjon at sjukepleiaren formidlar, vanlegvis non-verbalt, gjennom blick og måte, til kva grad ho bryr seg om pasienten. Kommunikasjonsteknikkar er metodar som blir brukt for å oppnå spesifikke og overordna mål for sjukepleieintervensjonar (Travelbee, 1996, s. 107-108).

3.0 Metode

Oppgåva baserer seg på eit litteraturstudie som metode, og vert skriven som ein prosjektrapport med bakgrunn i teori og empiri med IMRAD-struktur. Litteraturstudie systematiserer eksisterande litteratur, gjennomgår den kritisk og samanfattar det heile (Thidemann, 2015, s. 79). Dette gjev god oversikt over kva ei mengde eksisterande forskning seier om det aktuelle temaet, og gjer det lettare for sjukepleiarar å implementere i praksis. Men ei litteraturstudie kan vere upåliteleg dersom forfattaren ikkje har ei systematisk tilnærming. Dersom forfattaren berre har tilgang til ei avgrensa mengde relevant forskning, er dette ei svakheit. Studia kan også verte misvisande dersom forfattaren berre vel ut studiar som støttar sitt eige standpunkt (Forsberg & Wengström, 2015, s. 26).

I dette litteraturstudiet spør ein om pasientane sine opplevingar ved angst på sjukehus, og korleis sjukepleiarar bør gå fram for å hjelpe pasientane å handtere angst. Då dette er spørsmål om ei subjektiv oppleving, er det passande å ha ein kvalitativ tilnærming i denne oppgåva. Ved kvalitativ metode har ein som føremål å få kunnskap om menneskelege eigenskapar, som meiningar, opplevingar, erfaringar, tankar, forventingar, motiv og haldning, og få fram nyansar. Kjenneteikn ved kvalitativ metode er djupnekunnskap, det vil seie at ein får mange opplysningar frå ei lita utvalsgruppe (Thidemann, 2015, s. 78). Kvantitativ metode er ei anna tilnærming ein kan bruke i litteraturstudie. Der nyttar ein seg av kvantitative data som målbare einingar og tal - eksakt faktakunnskap. Ein får breiddekunnskap, med lite opplysningar frå ei stor utvalsgruppe (Thidemann, 2015, s. 77-78).

3.1 Søk og søkeshistorikk

Arbeidet med oppgåva starta ved å velje tema og formulere ei foreløpig problemstilling. Vi utforma deretter ein PS, som er eit verktøy som bidreg til å gjere problemstillinga tydeleg og presis. Dei første søkja gav oss få resultat som var relevant for vår problemstilling. Vi oppsøkte «søkeakutten» på Høgskulen på Vestlandet (HVL) og gjekk på førelesing med

hovudbibliotekar Bente Tveito for å systematisere søket. Her fekk vi god rettleiing i korleis vi kunne kombinere søkjeorda på ein hensiktsmessig måte. Då vart søkjeorda og kombinasjonen av orda meir konkrete og dekkjande for problemstillinga. Vi har også tatt kontakt med Helsedirektoratet for å få tilgang til søkeshistorikken dei gjorde i samband med den nasjonale retningslinja for KOLS. Søkjeorda dei brukte i sitt søk var i stor grad dei same som vi har brukt, noko som bekrefta og styrka vårt eige søk. Tabell 1 syner vår PS og søkjeorda som vart nytta i søkjarbeidet.

Tabell 1: PS-skjema

	P = patient/problem	S = Situation
Norske ord	Pasienter med KOLS GOLD 2,3 eller 4, innlagt i sjukehus med eksaserbasjon som opplever angst	Interaksjon med sjukepleiarar, tiltak for trygging, opplevd redusert angst hos pasientane
Engelske ord	Patients with COPD GOLD 2,3 or 4, admitted in hospital with exacerbation, experiencing anxiety.	Nurse-patient interaction, measures for security-building, experience of reduced anxiety
MeSH-termer	Pulmonary disease, chronic obstructive Anxiety Dyspnea	Health personnel Caregivers Anxiety
Tekstord	COPD Chronic obstructive pulmonary disease Anxiety Comorbid anxiety Dyspnoea Dyspnea Breathlessness Acute exacerbation AECOPD	Health personnel Nurs* Caregivers Anxiety

	Acute exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease Acute exacerbation of COPD	
--	---	--

Framgangen i søkinga er gjort på ein systematisk måte med ulike kombinasjonar av søkjeorda presentert i PS-skjemaet. Desse er presentert i vedlegg 2. For å inkludere alle relevante artiklar, har vi brukt både MeSH-termer og tekstord for dei same omgrepa, då nyare artiklar ofte ikkje har registrert MeSH-termer. På biblioteket på HVL sine nettsider, fann vi ein søkjemotor der vi kunne finne eksisterande MeSH-termer knytta til vår PS.

Søkja vart gjort i 5 databaser; CINAHL, MEDLINE, Svemed+, PsycINFO og Epistimonikos. Søk i Epistimonikos gav ikkje artiklar vi har brukt i oppgåva. Vi kunne søkt i fleire databaser for å utvide søket. Dei valde databasane er derimot svært relevante for sjukepleiefaget, og gjev godt søkjerultat. Vi vart anbefalt å ikkje avgrense søkja til fagfelleverderte artiklar, då dette kunne føre til at viktig informasjon gjekk tapt. Likevel er dette eit kvalitetsteikn på artikkelen, og alle inkluderte artiklar er fagfelleverdert.

Inklusjons- og eksklusjonskriterium vert nytta for å avgrense søket. Dette fører til at litteratursøket vert meir spissa, og mengda litteratur vert avgrensa.

Tabell 2: Inklusjon- og eksklusjonskriterium

Inklusjonskriterium	Eksklusjonskriterium
<ul style="list-style-type: none"> • Artikkelen omhandlar angst hos pasientar med KOLS • Artikkelen er ikkje eldre enn 2008 	<ul style="list-style-type: none"> • Artikkelen er eldre enn 2008 • Artikkelen er ikkje tilgjengelege i fulltekst • Artikkelen er på andre språk enn engelsk og skandinavisk • Artikkelen omhandlar pasientar i kommunehelsetenesta/heimebuande/institusjon

<ul style="list-style-type: none">• Artikkelen er tilgjengeleg i fulltekst• Språket i artikkelen er engelsk eller skandinavisk• Artikkelen omhandlar pasientar innlagt i sjukehus	<ul style="list-style-type: none">• Artikkelen omhandlar pasientar med KOLS stadium 1.• Artikkelen omhandlar forhold som ikkje kan overførast til norske forhold.
---	--

Ved utveljing av forskingsartiklar, såg vi først og fremst på om tittelen til artiklane passa til vår problemstilling. Vi valde ut artiklar som vi ønska å sjå nærare på og las samandrag frå desse. Dersom samandraga av artiklane verka relevant, skumma vi gjennom dei i fulltekst utan å gå i djupna. Dei artiklane vi fann relevante, vart lest grundigare gjennom. Vi gjorde ei kritisk vurdering av dei mest relevante artiklane. Figur 1 syner flytdiagram.

3.2 Val av kjelder

For å finne relevant teori har vi nytta oss av pensumlitteratur frå bachelorstudiet i sjukepleie og skulebiblioteket sin database OriA. I denne oppgåva nytta vi teoribøker om KOLS, lungesjukdommar, metode, Joyce Travelbee, kommunikasjon og relasjon, og sjukepleie. Teori frå sikker kjelde på Helsedirektoratet er også nytta. Her var KOLS-vegleiaren relevant for oppgåva. Teorien er hovudsakleg basert på pensumbøker frå sjukdomslære som gjev god informasjon om KOLS, anatomi og fysiologi. Vi har brukt fleire kjelder for å sikre at informasjonen er lik og støttar kvarandre. Bøkene vi har nytta, er hovudsakleg kapittel knytt til lungesjukdommar i *Sykdom og behandling* av Grundt og Mjell (2016) og *Klinisk sykepleie 1* av Bakkellund et al. og Dybwik (2016; 2016), i tillegg til *Lungesykdommer* av Giæver (2015). Boka *Lungerehabilitering - KOLS og andre lungesykdommer* av Audhild Hjalmarsen (2012) vert også nytta. Alle forfattarane har bakgrunn som spesialistar eller overlegar innan medisin og lungesjukdommar, og derfor tenkjer vi at kjeldene er pålitelige og sikre å bruke.

I kapittelet om sjukepleieteori vart Joyce Travelbee si originale utgåve frå 1996 på engelsk nytta, noko vi vart anbefalt. Dersom ein nyttar bøker som er oversatt, kan viktig informasjon og samanhengar gå tapt. Sjukepleieteorien hennar er relevant fordi ho har fokus på det mellommenneskelege forholdet mellom pasient og sjukepleiar.

3.3 Kjeldekritikk

Oppgåva er basert på kjelder og det er dermed svært viktig at dei er av god kvalitet. Kjeldekritikk betyr å vurdere og karakterisere litteraturen ein har funne. Ein vurderer om den kan brukast til å belyse og beskrive problemstillinga (Dalland, 2017, s. 158). Ikkje alt som blir presentert som kunnskap, er like haldbart, og det er derfor viktig å kritisk vurdere kjeldene ein tenkjer å bruke i oppgåva (Dalland, 2017, s. 149-150). I tillegg må ein kunne greie ut om kva kriterium som er brukt under utveljinga. Hensikta er at lesaren skal få innsikt i refleksjonar ein har gjort, med tanke på litteraturen sin relevans og gyldighet, for å belyse problemstillinga (Dalland, 2017, s. 158).

Vi har i hovudsak brukt primærkjelder, som er den opprinnelige utgåva av ein tekst, for å unngå feiltolkingar av perspektiv og misforståingar. Likevel har vi nytta fagbøker som i stor grad byggjer på andre kjelder. Sekundærkjelder kan vere ei oversett utgåve av den primære kjelda (Dalland, 2017, s. 162). Fleirtalet av forskingsartiklane er engelskspråklige. Det kan vere ei svakheit at engelsk ikkje er vårt morsmål, då det kan førekome misforståingar eller feilaktige omsetjingar frå artiklane. Moglegheita for at vi har oversett relevant og viktig forskning i søkjeprosessen, kan også vere ei svakheit. Ved kvalitativ metode er det vanskeleg å generalisere funna til å gjelde heile pasientgruppa, då utvalsgruppa er lita. Dette kan vere ein svakhet ved denne metoden i forskinga.

Å foreta kvalitetsvurdering krev at ein har kunnskap om ulike forskingsmetodar og om metodane i dei inkluderte artiklane. I vår kritiske vurdering, har vi nytta sjekklister for kvalitative forskingsartiklar frå Helsebiblioteket (2016). Her fekk artiklane ein skår på anten 9 eller 10. Vi har derfor tiltru til at dei resultatata som er presentert, er haldbare og realistiske.

Lite erfaring rundt det å kritisk vurdere forskingsartiklar, kan vere ei svakheit i prosessen med å søkje etter litteratur.

3.4 Ethiske drøftingar

Ethiske drøftingar; «Det betyr å tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet vårt medfører...» (Dalland, 2017, s. 235). God etikk er eit viktig aspekt i all vitenskapleg forskning. Forsking er avhengig av at informantane har tillit til at forskarar overheld si teieplikt om dei opplysingane som kjem fram om informantane i undersøkinga (Dalland, 2017, s. 240). Helsinkideklarasjonen inneheld rettleiande reglar for legar med forskning som omfattar menneske. Forsøkspersonar skal bli informert om at dei kan avstå frå deltaking i undersøkinga, og at dei kan trekke samtykket når som helst i løpet av deltakinga (Molven, 2014). Ein av artikkane har nemnt Helsinkideklarasjonen. Det står beskrive i avsnittet om etiske drøftingar i alle artikkane at deltakinga er frivillig, dei har moglegheit til å trekke seg undervegs og alle deltakarane er anonymiserte. Alle artikkane er også vurdert av ein etisk komité.

4.0 Resultat

4.1 Kort presentasjon av inkluderte artiklar

5 kvalitative artiklar er valt for å svare på problemstillinga.

Andersen, I. H., Ytrehus, S. & Grov, E. K. (2011). Palliativ sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). *Klinisk sykepleje*, 25(1), 48-56. Her undersøkjast det kva som er målet til sjukepleiarane i omsorg for pasientar med KOLS som opplever angst og dyspné.

Jellington, M. O., Overgaard, D. & Sørensen, E. E. (2016). Manoeuvring along the edge of breathlessness: an ethnographic case study of two nurses. *BMC Nursing*, 15(27), s. 1-11. Denne artikkelen tar sikte på å utforske korleis sjukepleiarar interagerar med pasientar med KOLS som opplever akutt eller forverra dyspné.

Kvangarsnes, M., Torheim, H., Hole, T. & Öhlund, L. S. (2012). 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), s. 425-434. Studien utforskar sjukepleiarane si oppfatning av pasientdeltaking i den akutte fasen av ein KOLS-eksaserbasjon.

Kvangarsnes, M., Torheim, H., Hole, T. & Öhlund, L. S. (2013). Narratives of breathlessness in chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 22, s. 3062-3070. Her var føremålet å utforske pasientar med KOLS si oppleving av relasjon med helsepersonell ved omsorg og behandling.

Torheim, H. & Gjengedal, E. (2009). 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, 499-506. Dette er ein studie basert på pasient- og sjukepleiaropplevingar, og fokuserer på dei viktige aspekta assosiert med BiPAP-behandling ved akutt forverring av KOLS.

4.2 Nærleik og tilstedeværelse av sjukepleiar

I Andersen, Ytrehus og Grov (2011, s. 51) si studie vitnar intervjuar med sjukepleiarane om at det var eit ideal å skape nærleik med pasienten. Nærleik blei beskrive som å vere til stades, støtte opp om pasienten, leggje til rette, ordne puter, setje opp vindauge og stryke over ryggen. Sjukepleiarane meinte at dette kunne skape tryggleik og vere med på å bryte angsten. Det å halde på skuldra eller i handa til pasienten vart framheva som ein viktig måte å synleggjere nærleik.

Mangel på tid hadde dårleg innverknad på pasientar med KOLS og for moglegheita til å skape nærleik, fordi det tar tid å hjelpe pasientar med KOLS (Andersen et al., 2011, s. 52). Dei intervjuar sjukepleiarane i Kvangarsnes, Torheim, Hole og Öhlund (2012, s. 430) sin studie, formidla at det var viktig å ikkje gå i frå pasienten i den akutte fasen av eksaserbasjonen. I Jellington, Overgaard og Sørensen (2016, s. 6) beskriv sjukepleiarane korleis dei brukar ei kroppsleg tilnærming for å lage ei atmosfære som kan lindre dyspné. Her er det viktig å demonstrere at ein er tilgjengeleg. Sjukepleiarane ønska at dei hadde nok ressursar til å prioritere tilstedeværelse i større grad. Ifølgje Torheim og Gjengedal (2009, s. 503), er kapasiteten til sjukepleiarane påverka av bemanning, tilgjengelege ressursar og arbeidsmengde, og dei intervjuar sjukepleiarane meinte at dette hadde stor innverknad på pasienten si oppleving. Tid, nærleik og tilstedeværelse er føresetnader for å møte pasienten sine behov (Andersen et al., 2011, s. 52). Utfordringa er at organisasjonen og systemet har sitt fokus på effektiv bruk av tid og ressursar.

4.3 Tillit og relasjon mellom pasient og sjukepleiar

Fleire av artiklane utdjuar kor viktig tillit mellom sjukepleiar og pasient er. Kvangarsnes, Torheim, Hole og Öhlund (2013, s. 3063) seier at tillit er heilt sentralt i relasjonen mellom pasient og sjukepleiar under ein KOLS-eksaserbasjon. Pasientane uttrykte ofte at dei måtte overlata all kontroll til sjukepleiarane, og vere totalt avhengig av at helsepersonell sikra at pasienten skulle få betre respirasjon og nok luft. Tillit mellom pasient og sjukepleiar er eit

viktig aspekt for at behandlinga skal vere vellukka. Tillit gjev sjukepleiar makt, og dersom tilliten vert misbrukt, vil konsekvensen vere mistru til sjukepleiar.

Kvangarsnes et al. (2012, s. 429) beskriv at det ofte kan vere ei utfordring å samarbeide med pasientar i akuttfasen av ein KOLS-eksaserbasjon fordi pasientane kan vere forvirra grunna ei blanding av hypoksi og angst. Pasientmedverknad gjev derimot mange fordelar, som betre tilfredsheit blant pasientar, betre samarbeid med helsepersonell, betre handtering av sjukdommen, auka tillit og betre relasjon mellom pasient og sjukepleiar. Sjukepleiarane har derfor eit stort fokus på dette.

Andersen et al. (2011, s. 51) fortel at kunnskap hos sjukepleiarar er viktig. Dette kan byggje tillit til pasienten, då kompetansen gjer at ein på ein betre måte kan nærme seg pasientar med dyspné og angst, veit kva tiltak ein skal gjere og slik trygge pasientane. Ein annan måte å byggje tillit på er at sjukepleiar brukar seg sjølv for å skape terapeutiske omgivningar og hjelpe pasienten.

4.4 Angst under NIV-behandling

Pasientane i Torheim og Gjengedal (2009, s. 501-502) sin studie fortalde at dei kjende på angst under maskebehandling, og at dette kunne føre til ei kjensle av panikk og tap av kontroll. Når pasientar kjende seg trygge og godt tatt vare på, var det meir greitt å bruke maske. Resultata i fokusgruppa viser at sjukepleiarane er klare over utfordringane pasientane kjenner på. Sjukepleiarane prøvde å tilfredsstille individuelle behov ved å bruke tid med pasienten for å sjå og høyre pasienten sine ønskjer for maskebehandlinga. Dei bemerkar også at kunnskap om og erfaring med maskebehandling hos pasientar gjev auka kompetanse, sjølvtilit og ferdigheit.

I Kvangarsnes et al. (2012, s. 429) framheva sjukepleiarane at ein ikkje burde presse på maska med ein gong. Å gje pasienten tid, var ein måte å hjelpe hen til å handtere angsten og

dyrke kjensla av tryggleik. På den andre sida, opplevde nokre pasientar at sjukepleiaren ikkje hadde kapasitet til tilby dette.

4.5 Sjukepleiar si tilnærming til pasienten

Sjukepleiarane i Jellington et al. (2016, s. 4) beskriv at dei heile tida forsøker å balansere mellom å unngå å forverre eller framprovosere dyspné, og samstundes sikre at pasientane får den naudsynte behandlinga dei treng. Artikkelen presenterer to ulike tilnærmingar; ei implisitt tilnærming og ei eksplisitt tilnærming. Implisitt tilnærming går ut på at sjukepleiaren ikkje diskuterer sine vurderingar og handlingar for å lette eller unngå vidare forverring av dyspné. Ved eksplisitt tilnærming forhandlar og forklarar sjukepleiaren tiltak med pasientane. Pasientar med eksaserbasjon kjem inn med mykje angst, ofte dødsangst.

Sjukepleiarane i Andersen et al. (2011, s. 50) forklarar at ein kom langt i å hjelpe pasientane til å meistre angst og dyspné ved å ha ei individuell tilnærming til den enkelte pasient. Når medisinske tiltak ikkje har tilstrekkeleg effekt, blir det framheva at sjukepleiarane si eiga tilnærming til pasienten er spesielt viktig for utøving av sjukepleie. Kvangarsnes et al. (2012, s. 429) presiserer viktigheita av å hjelpe pasientane med å handtere angsten ved å formidle sikkerheit i den akutte fasen av ein KOLS-eksaserbasjon. I møte med pasienten er det viktig å vere roleg, gje individuelt tilpassa informasjon som er forståeleg, og ikkje prate for mykje.

5.0 Drøfting

5.1 Nærleik og tilstedeværelse av sjukepleiar

...KOLS-pasienter får jo veldig mye dyspné når de har angst... de har jo funnet ut at, når de har angst, eller når de har dyspné, så går det ofte over når du sitter og stryker dem og roer dem ned for de er jo kjempe, kjemperedde... de føler jo at de kveles ... Så jeg føler at de er redde og at de trenger at du er der hos dem.... (Andersen et al., 2011, s. 52)

Sjukepleiarane la stor vekt på verdien av å vere til stades hos pasienten når hen er angstprega. Tid til pasienten blir sett på som ein viktig faktor for å kunne gje omsorg til pasientar med KOLS, og for å kunne hjelpe dei til å meistre angst og dyspné (Andersen et al., 2011, s. 52-54). I Jellington et al. (2016, s. 6), ønska sjukepleiarane å lage ei sfære som formidlar at dei er tilgjengeleg både med kropp og sinn. Til dette nyttar dei seg av ei kroppsleg tilnærming.

I place a hand on their chest and say: `Try to breathe all the way down to the belly` - because when you are terrified, you don`t sense anything. Then I use my hand to indicate to them: `You stop here and this is me.` It helps demarcating them. (Jellington et al., 2016, s. 6)

Andersen et al. (2011, s. 52) seier at det å leggje ei hand på skuldra eller halde i handa til pasienten er ein god måte å synleggjere nærleik og tilstedeværelse. Ein pasient i Torheim og Gjengedal (2009, s. 503) seier at ho fekk energi og styrke av å ha ei hand å halde i under eksaserbasjonen. Stubberud (2015, s. 433) seier at det er viktig at pasienten veit at sjukepleiaren er til stades i situasjonen, både i synsvidd og fysisk nær. Både fysisk og emosjonell nærleik er altså viktige stikkord for å hjelpe pasienten til å handtere angst og dyspné. Sjukepleiarane i Jellington et al. (2016) bekreftar at dette har god effekt; «I believe in sitting down, or getting level with them, holding their hand or holding them - it has a good effect» (s. 6). Dette er bevisst bruk av berøring, som ifølgje Stubberud (2015, s. 433) kan bidra til at pusten vert rolegare.

Sjukepleiarane i Kvangarsnes et al. (2012, s. 430) si studie framheva at det var viktig å ikkje gå ifrå pasienten i den akutte fasen. Men for å ha moglegheita til å vere til stades, må ein ha dei strukturelle rammeverka som legg til rette for dette. Tid til planlegging, å ha nok plass på rommet og å ha alt utstyr lett tilgjengeleg på rommet kan utgjere store skilnader (Jellington et al., 2016, s. 6). Dersom dagen er godt planlagt, utstyret ein skal bruke er lett tilgjengeleg og det er god plass i rommet, kan ein tenkje seg at mindre tid vil gå til organisering, henting av utstyr og flytting av stolar og bord på rommet. Dette vil kunne frigjere tid til å vere til stades hos pasienten med både kropp og sinn. I tillegg kan ein tenkje seg at atmosfæra rundt pasienten opplevast rolegare og under kontroll. Sjukepleiarane i studia til Jellington et al. (2016, s. 6) meiner at dei nemnde faktorane har stor innverknad på om dei klarar å lette angst og dyspné hos pasienten, eller forverre den. Dette resonnementet styrkast i Andersen et al. (2011, s. 52) si studie, der informantane meiner at helsepersonell som alltid er i bevegelse, formidlar stress. Dei uttrykte at å haste vidare, gjorde symptomsituasjonen verre for pasienten.

Eigne erfaringar frå sjukehus tilseier at sengepostar er travle avdelingar og at sjukepleiarane er i bevegelse heile tida. Ifølgje Torheim og Gjengedal (2009, s. 503) er kapasiteten til sjukepleiarane påverka av bemanning, tilgjengelege ressursar og arbeidsmengde. Dei intervjuar sjukepleiarane meinte at dette hadde stor innverknad på pasienten si oppleving. Tid, nærleik og tilstedeværelse er føresetnader for å møte pasienten sine behov. Men informantane uttrykte bekymring over at organisasjonen og systemet ikkje tar høgde for pasienten sine individuelle behov (Andersen et al., 2011, s. 54). Informantane i Jellington et al. (2016, s. 6) meinte at dei ikkje hadde tilstrekkeleg ressursar til å bruke nok tid hos pasientane. Den individuelle omsorga vert lett taparen i mangel på tid og ressursar. Nærleik i tid og rom har ein etisk verdi, men kven skal bestemme dette? (OsloMet: storbyuniversitet, 2013).

Basert på utsegna i artiklane, har nærleik ei direkte betyding for pasientar med KOLS sin moglegheit til å handtere angst. Kvar enkelt sjukepleiar har det profesjonelle ansvaret for dette. Men på den andre sida er det overordna ansvaret for å tildele tilstrekkeleg ressursar

høgare oppe i systemet. Sjukepleiarar står dagleg overfor dilemma om å gjere si plikt som sjukepleiar og føringane ovanfrå om effektivitet (OsloMet: storbyuniversitet, 2013). Sjukepleiaren skal, som stadfesta i yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2016), utføre og ivareta ein heilskapleg omsorg for pasienten og ta ansvar for ein sjukepleiepraksis som lindrar lidning. Dette vil inkludere eit ansvar for å redusere pasienten si oppleving av angst og utryggleik i situasjonar med svikt i respirasjonen (Stubberud, 2015, s. 432). Utdfordringane oppstår når ressursane tilgjengeleg ikkje samsvarar med den tida som er naudsynt å bruke for å hjelpe pasienten til å handtere angsten.

5.2 Psykososial støtte til pasientar

Helsedirektoratet (2012) seier at «personer med kols som har positiv sosial støtte har også mindre depresjon og angst enn de som ikke har slik støtte» (s. 58). Psykososial støtte har vist å betre livskvalitet og redusere angst og depresjon hos pasientar med KOLS (Bakkelund et al., 2016, s. 170-171). «Psykososial støtte innebærer hjelp til mestring av fysisk funksjonstap og psykiske symptomer» (Helsedirektoratet, 2012, s. 58). Sjukepleiarar kan tilby psykososial støtte ved å prate med pasienten om tidlegare forverringar. Korleis opplevde pasienten behandlinga, kva hjelpte og kva kunne pasienten sjølv gjere (Bakkelund et al., 2016, s. 171). Ved nærvær og samtale opplevde sjukepleiarane i Andersen et al. (2011, s. 51) at pasientane opna seg om bekymringar for angst og dyspné. Nokre av pasientane formidla at dei hadde dødsangst når dei sleit som verst med dyspnéen. Slik ser vi at nærleik og tilstedeværelse kan skape rom for både psykososial støtte og kartlegging av symptom. For å hjelpe pasientane med å handtere sin angst, må ein vite pasientane sine behov og kva symptom den enkelte har. Det er dermed sannsynleg at den psykososiale støtten ein kan tilby gjennom nærleik og tilstedeværelse, er ein svært viktig faktor for å kunne hjelpe pasienten med å handtere sin angst. Om ein rettar blikket mot pasientane sine egne opplevingar på dette området, finn ein også at pasientar med KOLS saknar samtale med helsepersonell (OsloMet: storbyuniversitet, 2017).

5.3 Tillit og relasjon mellom pasient og sjukepleiar

Under ein KOLS-eksaserbasjon er tillit eit sentralt konsept i forståing av relasjonen mellom pasient og sjukepleiar. Denne tilliten er naudsynt for at sjukepleiar skal kunne bruke heile sin profesjonelle kompetanse. Kvangarsnes et al. (2013, s. 3066) beskriv korleis mange pasientar blei totalt avhengig av ivaretaking frå andre grunna forverringa i sjukdommen. Dei er avhengig av at sjukepleiarane sikrar at dei får tilstrekkelig tilførsel av oksygen, då det er mangelen på oksygen som gjev angst. Eit grunnleggjande behov er ikkje tilstrekkeleg dekt, og dødsangst vil dermed oppstå. «It is a matter of life and death - you got to get enough air» (Kvangarsnes et al., 2013, s. 3066) er eit sitat som er beskrivande her. Fleire av pasientane frå same studien forklarar derimot at dei hugsar svært lite eller ingenting frå den akutte fasen av eksaserbasjonen. Dette blir forklart med at dei ikkje forstår grada av alvor i situasjonen sin, og heller ikkje kjenner på noko uttalt angst. På den andre sida var det også nokre som var så prega av angsten at dei ikkje klarte å samarbeide med helsepersonell (Kvangarsnes et al., 2013, s. 3066).

Tillit er noko ein må byggje med den enkelte pasient. Dei fleste norske pasientar har nokså lett for å stole på, og ha tillit til sjukepleiaren på grunn av den faglege kompetansen og bakgrunnen som representerer faget. Ein av informantane i Andersen et al. (2011, s. 52) fortalte om pasientar som sa at den viktigaste grunnen til at dei kom til sjukehuset, var at det var trygt og at dei fekk hjelp til å handtere angst og dyspné. Her ligg då tillit til helsepersonell i botn.

Stubberud (2015, s. 433) seier at tryggleik er eit viktig element for ein person med respirasjonssvikt. For å vidare byggje opp tillit med den enkelte pasient, beskriv Kvangarsnes et al. (2012, s. 430) at det er viktig å halde lovnadar ein gjev pasienten, noko Fugelli (2011) støttar. Andersen et al. (2011, s. 51) beskriv at ein annan måte å byggje tillit på, er at sjukepleiaren brukar seg sjølv for å skape dei rette terapeutiske omgivingane, og slik hjelper pasienten. Dette kan vere ved for eksempel å ta på maska sjølv for å vise korleis den verkar, eller demonstrere leppepust. Ein djup og roleg respirasjon er viktig for å halde angsten under kontroll. Stubberud (2015, s. 433) presiserer at pasienten kan leggje ei hand over

mellomgolvet og puste med lett spissa munn for å få ei kjensle av kontroll over pusten. Undervising og rettleiing i teknikkar for å roe pusten og hoste opp sekret, slik som leppepust, djup inspirasjon og forsert ekspirasjonsteknikk kan bidra til betre kontroll over pusten (Bakkeland et al., 2016, s. 170). Ein kan tenkje seg at slikt samarbeid mellom pasient og sjukepleiar kan styrke relasjonstryggleiken og auke pasienten si sjølvstende. Vi veit at pasientar med KOLS som har tiltru til at dei meistarar å kontrollere anfall med dyspné og ta ansvar for behandlinga ved eksaserbasjonar, kan oppleve mindre dyspné, angst og depresjon (Bakkeland et al., 2016, s. 171). Derfor kan ein seie at sjukepleiaren sin pedagogiske funksjon er svært verdifull for pasienten i samband med handtering av KOLS-eksaserbasjonar og den medfølgjande angsten.

5.4 Kommunikasjon mellom pasient og sjukepleiar

Ein viktig del av relasjonen mellom pasient og sjukepleiar er kommunikasjon. Andersen et al. (2011) refererer til Barnett (2006) ; «et godt forhold mellom pleier og pasient er avhengig av effektiv kommunikasjon, gode lyttevaner fra pleieren og bruk av non-verbal kommunikasjon for å oppnå gode resultater. Dette er med på å skape tillit» (s. 54). Det er viktig at sjukepleiar informerer pasienten om kva ein gjer, og kvifor. Då vil pasienten få auka oversikt, kontroll og forståing i situasjonen. Informasjonen bør gjevast på ein forståeleg måte, med korte setningar og enkelt språk, og gjerne gjentakast fleire gongar før ein utførar ei prosedyre, då hukommelse og kognitiv fungering ofte er redusert i ein stressa situasjon (Stubberud, 2015, s. 433-434). Dette samsvarar med Kvangarsnes et al. (2013, s. 3068) si studie, der fleire pasientar ikkje greidde å samarbeide fordi hypoksi og samtidig angst gjorde at dei vart forvirra. Det å ha ein klar, tydeleg og kortfatta kommunikasjon er kanskje spesielt viktig hos pasientar som har vanskar med respirasjonen. Dei har gjerne ikkje pust til å halde lange samtalar, og dermed vil lukka spørsmål vere hensiktsmessig. Dette støttar Kvangarsnes et al. (2012, s. 429) som seier at informasjonen bør gjevast på ein forståeleg måte, at ein helst bør stille færrest mogleg spørsmål, og at dette då bør vere ja/nei-spørsmål. Dette vil gjere det lettare for pasienten å svare, og oppretthalde fokus på respirasjonsarbeidet. Likevel meiner sjukepleiarane i Andersen et al. (2011, s. 51) at når pasienten er veldig prega av angst og dyspné, er ikkje verbal kommunikasjon effektivt. Då er ei non-verbal tilnærming med formidling av trykkleik hensiktsmessig.

Non-verbale kommunikasjon er spesielt viktig for å oppnå relasjon mellom pasient og pleiar, noko Joyce Travelbee kallar «menneske-til-menneske-forholdet». Den non-verbale kommunikasjonen syner om sjukepleiaren er tilgjengeleg og har tid til pasienten, gjennom blick og måte (Travelbee, 1996, s. 93-95). Dermed vil pasienten lett kunne oppfatte sjukepleiaren si haldning berre ut frå kroppsspråket. Eit eksempel på non-verbale kommunikasjon er at sjukepleiaren legg ei hand på skuldra til pasienten og held blickkontakt med hen, og slik viser støtte. Thorsen (2011, s. 107) seier at tryggleiken kan ligge i gjerningane, faktene og i det usagte - stillheita. Samstundes må det vere samsvar mellom den verbale og non-verbale kommunikasjonen (Heyn, 2015, s. 387). I førre eksempel formidlar sjukepleiaren tryggleik og sikkerhet gjennom fysisk berøring og blickkontakt. Dersom sjukepleiaren i tillegg seier «dette skal vi klare saman», vil den verbale budskapet samsvare med den non-verbale. Budskapet vil bli styrka og tilliten til sjukepleiaren veks.

5.5 Makt og tillit i relasjon mellom pasient og sjukepleiar

Tillit kan også brytast. Det finst eit maktelement i alle relasjonar mellom pasient og sjukepleiar (Kvangarsnes et al., 2013, s. 3063). Tilliten som pasienten gjev sjukepleiaren kan bli misbrukt, og då er konsekvensen at pasienten har mistru til sjukepleiaren. Dette er derfor viktig å vere klar over. Kvangarsnes et al. (2013, s. 3063-3064) refererer til Grimen (2008 og 2009) sin teori om tillit og makt. Med den tilliten pasienten gjev sjukepleiaren, har pasienten trua på at sjukepleiar vil gjere alt for at hen skal ha det best mogleg. Dette tillitsbaserte forholdet er naudsynt for at sjukepleiaren skal kunne gjere ein god jobb for den enkelte pasient. Det vil derimot gjere at pasienten er i ein utsett og sårbar situasjon dersom sjukepleiar misbrukar tilliten som er bygd opp.

I alle relasjonar mellom pasient og sjukepleiar vil maktelementet oppstå naturleg, då relasjonen er karakterisert av asymmetri. Grunnen til asymmetrien er at sjukepleiar ofte stiller med både praktisk og teoretisk kunnskap om sjukdommen. Under ein eksaserbasjon kan alvorgraden føre til tap av bevissthet, og situasjonen i sin heilskap kan gjere at pasienten ikkje alltid veit sitt eige beste (Kvangarsnes et al., 2013, s. 3064). «In addition, professionals

are gatekeepers, and, as such, they control access to benefits. By contrast, patients lack this type of control» (Kvangarsnes et al., 2013, s. 3064). Sjukepleiaren er mellomledd mellom pasienten og legen, prioriterer tida til pasienten, administrerer medikament osv.

Sjukepleiaren kan i større grad bestemme kva ressursar som er tilgjengeleg for pasienten, og sit ofte med makta til å innvilge eller ikkje innvilge pasienten sine ønskj. Som kjent, meiner Travelbee (1996, s. 32) at omgrepa «pasient» og «sjukepleiar» kan gjer at sjukepleiaren mislukkast i å hjelpe pasienten. Det kan tenkjast at desse omgrepa kan bidra til å forsterke asymmetrien i relasjonen. På grunn av blant anna dette, ligg det ei stor makt i å vere helsepersonell.

Ein pasient fortalde om ein sjukepleiar som ville gje pasienten ein innsovningstablett, då pasienten hadde sove lite. Pasienten ville ikkje ha den fordi ho måtte vere merksam på om ho blei kvelt grunna slim og ho hadde behov for kontroll. Sjukepleiaren forklarar derimot at dei skal passe på pasienten. I løpet av natta når pasienten begynner å få mykje slim og blokkerte luftvegar, testar pasienten sjukepleiaren og ser om hen kjem utan at ho ringjer på. Sjukepleiaren kjem ikkje, og pasienten blir nøydd til å ringje på for å få hjelp til å fjerne slimet. Pasienten hadde i utgangspunktet ikkje tillit til sjukepleiaren, og då sjukepleiaren ikkje heldt lovnaden, vart tilliten vidare svekka (Kvangarsnes et al., 2013, s. 3067). Dette støttar Fugelli (2011) sitt syn på kva som skapar tillit. Eitt av punkta han nemner er å ikkje love meir enn det du kan halde. Det kan tenkjast at overtrampet pasienten kjende på og lovnaden sjukepleiaren ikkje heldt, kan føre til enda meir dyspné og angst. Ei tillitsskapande gjerning for å oppnå eit likevektig maktforhold mellom sjukepleiar og pasient, er å dele på makta (Fugelli, 2011) .

Det kan diskutast om det i det heile er mogleg å oppnå likevekt i maktforholdet mellom pasient og sjukepleiar, grunna den naturlege asymmetrien. I så fall er det viktig å forvalte makta på ein positiv måte. I Torheim og Gjengedal (2009, s. 502-504) uttrykte pasientane at det var viktig å ha ein person med autoritet som visste kva som var det fornuftige å gjere, tok pasienten si lidning på alvor og anerkjente angsten. Pasientane opplevde at å bli sett og høyrte i si smerte gjorde at integriteten deira vart opprettheldt. Dette var ein medverkande faktor til at pasientane klarte å mobilisere krefter til å handtere angsten.

5.6 Angst under NIV-behandling

Det rapporterast at avansert oksygenbehandling som NIV-behandling, reduserer behovet for intubering og respiratorbehandling, reduserer mortalitet og forkortar liggetida på sjukehus (Grundt & Mjell, 2016, s. 245). Samstundes kan maskebehandling vere svært krevjande for pasienten (Torheim & Gjengedal, 2009, s. 500). Svært mange får fysisk ubehag som tørre slimhinner i munnen og sår i ansiktet på grunn av maskereimane. Likevel opplever pasientane det kjenslemessige aspektet sterkast under behandlinga (Dybwik, 2016, s. 184). Pasientane i Torheim og Gjengedal (2009, s. 501) kjende på angst under maskebehandling, og sa at dette kunne føre til ei kjensle av panikk og tap av kontroll. Sjukepleiarane oppfatta også pasientane si oppleving av behandlinga; «They experienced the lack of air as exhaustion accompanied by a strong feeling of anxiety. They felt the insufficient supply of air as very dramatic. The mask treatment could at times intensify the anxiety» (Torheim & Gjengedal, 2009, s. 501). Dybwik (2016, s. 184) trekk også fram at pasienten kan kjenne på stress, angst, usikkerheit og hjelpeløyse i ein slik situasjon. At pasienten må ha avanserte behandlingstiltak, er i seg sjølv eit skremmande signal. Det handlar om alvorleg sjukdom med usikkert utfall (Dybwik, 2016, s. 184).

Ein av dei viktigaste oppgåvene til sjukepleiaren er å skape ei trygg atmosfære for pasienten og pårørande. Dette er ei krevjande oppgåve (Dybwik, 2016, s. 184). Pasientane i Torheim og Gjengedal (2009, s. 502) meinte at det var angstframkallande å ikkje vite korleis ein skulle ta av maska og kor lang tid den skulle vere på. Dei mest djuptgripande emosjonelle opplevingane er kommunikasjonsutfordringar grunna blant anna angst og frykt (Dybwik, 2016, s. 184). I situasjonar der det er naudsynt med oksygenbehandling med maske, er det dermed viktig at sjukepleiaren informerer pasienten om kva ein gjer, og kvifor. Det vil gje pasienten større kontroll og oversikt (Stubberud, 2015, s. 433). Dette underbyggjast i Torheim og Gjengedal (2009, s. 502) der sjukepleiarane opplevde at pasientane hadde meir kontroll over situasjonen dersom dei visste korleis dei kunne justere på maska. Følgjeleg handterte pasientane behandlinga betre (Torheim & Gjengedal, 2009, s. 502). Ei suksessfull maskebehandling gjorde også pasientane i større grad i stand til å vere deltakande og medverkande (Kvangarsnes et al., 2012, s. 429). Sjukepleiarane utdjupar korleis dei forsøkte å oppnå suksess i maskebehandling:

The nurses emphasised that they tried to satisfy the individual needs by spending some time with each patient in order to see and hear the patient's wishes before putting on the mask. The nurse's main focus of attention was on letting the patient participate and have a say, optimising the effect of the treatment and easing any discomfort. (Torheim & Gjengedal, 2009, s. 503)

God informasjon og opplæring i bruk av utstyret kan fremje meistring og tryggleik (Stubberud, 2015, s. 433). Vidare kan dette setje pasientane i ein posisjon der dei er meir kapable til å handtere angsten (Bakkelund et al., 2016, s. 171). På den andre sida viser ei pasientforteljing at dette ikkje alltid vert utført slik som ein kunne ønskje; «They put on the mask, made sure it stayed in place - but all in a mad rush. They were very busy. They did their best. You know - people were calling for them all over the place» (Torheim & Gjengedal, 2009, s. 502). I Kvangarsnes et al. (2012, s. 429) framheva sjukepleiarane at ein ikkje burde presse på maska med ein gong. Å gje pasienten tid er ein måte å hjelpe hen til å handtere angsten og dyrke kjensla av tryggleik. I starten av maskebehandling kan for eksempel sjukepleiar halde maska på i staden for å feste stroppene. Dette for å sikre ein gradvis overgang til maskebehandlinga (Stubberud, 2015, s. 433). Ein pasient i Torheim og Gjengedal (2009, s. 502) understreka at maskebehandlinga måtte vere frivillig, elles kunne panikk raskt oppstå. I Andersen et al. (2011, s. 54) tok ein sjukepleiar sjølv på seg maska for å vise korleis den fungerte då ein pasient var motvillig. Dette kan verke tryggleiksframkallande og roande for ein person som pustar dårleg.

Tryggleik er eit viktig stikkord for å handtere angst i samband med maskebehandling. Når sjukepleiarane var tilgjengeleg, vitalia vart monitorert og pasientane visste korleis dei skulle ringe etter hjelp, kjende fleire pasientar at dei vart godt vareteke, og det var meir greitt å bruke maske når dei følte seg trygge (Torheim & Gjengedal, 2009, s. 502). Det var enklare å ha den på dersom ein visste kor lenge det skulle vare, då dette skapar ei større kjensle av forutsigbarheit og tryggleik. Ein av sjukepleiarane var bevisst på dette og nytta avtalar på pause i maskebehandlinga for å oppnå godt samarbeid og effekt av behandlinga; «feel like making deals with the patients on taking breaks works well. Also letting the patient decide

for themselves» (Torheim & Gjengedal, 2009, s. 503). Sjukepleiar involverer her pasienten aktivt for å skape gode rammer for at hen skal kunne handtere angsten.

5.7 Sjukepleiar si tilnærming til pasienten

Måten ein som sjukepleiar tilnærmar seg pasientar på, kan påverke relasjonen og utfallet av behandlinga. Funn i Jellington et al. (2016, s. 4) beskriv at sjukepleiarar heile tida bevegar seg «på kanten» for å unngå å forverre eller framprovosere dyspné. I valet mellom ei implisitt og eksplisitt tilnærming står dei overfor ei utfordrande vurdering. Pasienten har ifølgje pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2 og §3-5) rett til tilpassa og individuell informasjon som gjev innsikt og forståing i eigen helsetilstand. Pasientar med svikt i respirasjonen treng informasjon om årsaken til pustevanskane, og at målet er å lindre dette og normalisere respirasjonen. I tillegg kan førebuande beskrivingar gjere det mogleg for pasienten å danne seg eit bilete og førebu seg mentalt på det som skal skje. Denne type informasjon kan bidra til meistring av angst i den ukjende situasjonen pasienten er i (Stubberud, 2015, s. 433-434).

På den andre sida, kan hypoksi og samstundes angst føre til nedsett kognitiv funksjon og forvirring (Kvangarsnes et al., 2013, s. 3068). Dermed vil for mykje informasjon vere ugunstig. Sjukepleiaren bør difor vere flink til å vurdere kor mykje informasjon som er riktig å gje til den enkelte pasient. Ein sjukepleiar i Jellington et al. (2016, s. 5) seier at i situasjonar der pasienten er prega av angst og dyspnè, er hen lite kapabel til å relatere seg til det sjukepleiaren seier. Her vil det vere naturleg å velje ei implisitt tilnærming, der fokus er å hjelpe og støtte, ikkje forklare.

Sjukepleiarane i Jellington et al. (2016, s. 4) seier at dei heile tida vurderer situasjonen og tilstanden til pasienten. For å kunne velje riktig tilnærming til pasienten, må sjukepleiaren kunne vurdere tilstanden til pasienten korrekt. Dette kan vere utfordrande fordi symptom på angst og KOLS kan overlappe kvarandre (Willgoss, Yohannes, Goldbart & Fatoye, 2011, s. 17). Somatiske symptom på angst, slik som dyspné og hjartebank, kan lett verte forveksla med symptom på KOLS. Sovevanskar er også eit vanleg overlappende symptom som ein ofte ser både ved KOLS og ved angst. I tillegg ser ein at medikament brukt ved KOLS ofte har

biverknadar som munntørrhet og skjelving. Dette kan ein også oppleve ved angst. Altså, har både KOLS, angst og medikament mot KOLS overlappende symptom som hjartebank, sveitning, svimmelhet og hetetokter (Willgoss et al., 2011, s. 17). Det er dermed viktig at sjukepleiaren er merksam på dette, slik at dyspné og angst kan førebyggjast. Det vil hindre at ein kjem inn i «dyspnea-anxiety-dyspnea cycle», der dyspné fører til angst, angst fører til meir dyspné og respirasjonssvikten vert forverra (Bailey, 2004, s. 775).

Det er nesten like viktig å behandle angst og utryggleik som dyspné, fordi dei gjensidig forsterkar kvarandre (Bakkelund et al., 2016, s. 118). Andersen et al. (2011, s. 50) seier at ein kjem langt i å hjelpe pasientane til å meistre angst og dyspné ved å tilpasse tilnærming og åtferd til den enkelte pasient, og ved at sjukepleiaren brukar seg sjølv, personleg og kreativt. Sjukepleiarane formidla for eksempel at når dei tok seg tid til å setje seg ned på sengekanten og prate med pasienten under eit angst- og dyspnéanfall, førte det ofte til at pasienten roa seg ned (Andersen et al., 2011, s. 51). Eit viktig moment er å halde roa medan pasienten er oppkava. Hos ein pasient med sterk dyspné og medfølgjande angst, bør sjukepleiar opptre roleg og sikkert (Bakkelund et al., 2016, s. 170). Blikkontakt med pasienten vert også framheva som viktig (Kvangarsnes et al., 2012, s. 429).

6.0 Oppsummering

Nærleik og tilstedeværelse er sentralt i å hjelpe pasientar med KOLS-eksaserbasjon til å handtere angst. Bevisst bruk av fysisk berøring viser seg å lette dypsné og pasienten vert roligere. Pasientane har behov for at sjukepleiaren er tilgjengeleg, både fysisk og emosjonelt. Psykososial støtte hjelper til å handtere angst, og er noko pasientar etterspør. Men som ein konsekvens av låg kapasitet og bemanning, må sjukepleiarane nedprioritere tid hos pasienten. Dette verkar negativt inn på symptomsituasjonen.

Pasientar med KOLS-eksaserbasjon er ofte totalt avhengig av helsepersonell fordi det grunnleggjande behovet for oksygen ikkje er dekt. Pasienten har dødsangst, og tillit og relasjon mellom pasient og sjukepleiar er avgjerande. Sjukepleiar si anerkjenning av pasienten si lidning er ein viktig faktor for å mobilisere krefter til å handtere angsten. Tillitsskapande åtferd er å halde lovnadar ein gjev, bruke seg sjølv i samspel med pasienten, og undervise og rettleie. Sjukepleiaren sin pedagogiske funksjon viser seg å vere betydingsfull fordi pasientar som har tiltru til eiga meistring under eksaserbasjon, kan oppleve mindre dypsné og angst. Rettleiing og støtte vil alltid vere viktig, og her er kombinasjonen mellom verbal og non-verbal kommunikasjon sentral. I tillegg må dei to samsvare. Hypoksi og angst kan føre til forvirring, og det er dermed hensiktsmessig å bruke korte setningar og ja/nei-spørsmål til pasientar med KOLS-eksaserbasjon. Sjukepleiaren må kontinuerlig vurdere i kva grad pasienten er mottakeleg for informasjon og velje ei individuell tilnærming ut frå dette. Pasienten bør bli inkludert i den grad det er mogleg og sjukepleiaren må forvalte makt på ein fornuftig og positiv måte.

Under NIV-behandling er godt samarbeid mellom pasient og sjukepleiar viktig for å oppnå god effekt. Ved å gjere avtalar, gje pasienten tid, vere tilgjengeleg og rettleie i korleis maska fungerer, vil pasienten kunne oppnå større kontroll i situasjonen, noko som aukar tryggleiken. Å kjenne seg trygg er avgjerande for å handtere angst.

7.0 Konklusjon

Målet med denne oppgåva var å finne ut korleis sjukepleiar kan hjelpe pasientar med KOLS-eksaserbasjon å handtere angst. Det er ikkje lett å gje eit fasitsvar på dette. Alle pasientar har si eiga oppleving av sin sjukdom, og vil dermed ha ulike behov. Det vil som regel ikkje vere eitt enkelt tiltak som hjelper pasientane til å handtere sin angst, men ei samling av fleire komponentar som saman skapar tryggleik i situasjonen, og gjer angsten meir handterbar. Vi har funne at viktige element for å oppnå dette er nærleik og tid, tilstedeværelse, tillit, formidle tryggleik, god kommunikasjon, rettleiing og informasjon, og individuell tilnærming.

Konkrete moment som er trekt fram i oppgåva er å vere til stades, tilgjengeleg og anerkjenne pasienten sin angst. Dette fordrar både tid og engasjement frå sjukepleiaren si side. Pasienten har eit enormt behov for trygging under eksaserbasjonar. På bakgrunn av dette bør sjukepleiaren vere rolig når pasienten er oppkava, halde blikkontakt, halde lovnadar og dele på makta. Sjukepleiaren bør planleggje dagen godt, tilby samtale og bevisst bruke non-verbale kommunikasjon som berøring. Den verbale kommunikasjonen og informasjonen bør formidle kunnskap, kontroll og støtte, og tilpassast den einskilde. I tillegg må den støttast opp med den non-verbale åtferda. Konkret rettleiing i korleis å handtere maska under NIV-behandling, vil auke samarbeid, kontroll og sjølvstende i eiga behandling. Vi veit at dette kan gjere pasienten meir kapabel til å handtere angsten.

8.0 Referanseliste

- Andersen, I. H., Ytrehus, S. & Grov, E. K. (2011). Palliativ sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). *Klinisk sykepleje*, 25(1), 48-56. Henta frå [https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/klinisk sykepleje/2011/01/palliativ sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lu](https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/klinisk_sykepleje/2011/01/palliativ_sykepleie_til_pasienter_med_kronisk_obstruktiv_lu)
- 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. <https://doi.org/10.1177/1049732304265973>
- Bailey, P. H., Colella, T. & Mossey, S. (2004). COPD-intuition or template: nurses' stories of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 13(6), 756-764. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00927.x>
- Bakkelund, J., Thorsen, B. H., Almås, H., Sorknæs, A. D. & Grønseth, R. (2016). Sykepleie ved lungesykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 117-182). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bertelsen, B. (2016). Grunnleggende sykdomslære. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 47). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- brukerrettighetsloven, P.-o. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dybwik, K. (2016). Avanserte behandlingstiltak ved alvorlig respirasjonssvikt. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 183-206). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2018, 24.01.18). Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) i Norge. Henta frå <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kols/>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg. utg.). Stockholm: Natur & kultur akademisk.
- Fugelli, P. (2011, 14. januar 2015). Grunnstoffet tillit. Henta frå <https://sykepleien.no/2011/06/grunnstoffet-tillit-0>

- Giæver, P. (2015). *Lungesykdommer* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Grundt, H. & Mjell, J. (2016). Sykdommer i respirasjonsorganene. I S. Ørn & E. Bach-Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 218-251). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Helgesen, A. K. (2016). Sosial kontakt. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 141-167). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsebiblioteket. (2016, april 2018). Sjekklister. Henta frå <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Helsedirektoratet. (2009). *Aktivitetshåndboken* (IS-1592). Oslo: Helsedirektoratet. Henta frå <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/463/Aktivitetshandbo-ken-IS-1592.pdf>
- Helsedirektoratet. (2012). *KOLS: Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging* (IS-2029). Oslo: Helsedirektoratet. Henta frå <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-og-veileder-for-forebygging-diagnostisering-og-oppfolging-av-personer-med-kols>
- Heyn, L. (2015). Kommunikasjon - menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 363-398). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Hjalmarsen, A. (2012). *Lungerehabilitering: KOLS og andre lungesykdommer*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Jellington, M. O., Overgaard, D. & Sørensen, E. E. (2016). Manoeuvring along the edge of breathlessness: an ethnographic case study of two nurses. *BMC Nursing*, 15(27), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0148-4>
- Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvangarsnes, M., Torheim, H., Hole, T. & Öhlund, L. S. (2012). 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. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06021.x>
- Kvangarsnes, M., Torheim, H., Hole, T. & Öhlund, L. S. (2013). Narratives of breathlessness in chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3062-3070. <https://doi.org/10.1111/jocn.12033>
- Meek, P. M. (2005). Patients with acute exacerbations of COPD saw anxiety as a sign, rather than cause, of breathlessness. *Evidence Based Nursing*, 8(2), 61. <https://doi.org/10.1136/ebn.8.2.61>

- Moll, L., Lange, P. & Dahl, B. H. (2011). *KOL sykdom, behandling og organisation*. København: Munkegaard Danmark.
- Molven, O. (2014). Helsinkideklarasjonen. I *Store medisinske leksikon* (2. utg.). Henta 27. januar 2019 frå <https://sml.snl.no/Helsinkideklarasjonen>
- Norsk Sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Henta frå <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- OsloMet: storbyuniversitet. (2013, 12. februar). Sykepleierens vanskelige valg. *Forskning.no*. Henta frå <https://forskning.no/filosofiske-fag-helsetjenester-partner/sykepleiernes-vanskelige-valg/652811>
- OsloMet: storbyuniversitet. (2017, 21. september). Kols-pasienter sliter med angst og ensomhet. *Forskning.no*. Henta frå <https://forskning.no/oslomet-partner/kolspasienter-sliter-med-angst-og-ensomhet/321569>
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E. & Bjålie, J. G. (2018). *Menneskekroppen* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2015). Respirasjon. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 399-439). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Thorsen, R. (2011). Trygghet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3. Pasientfenomener og livsutfordringer*. (2. utg., s. 105-132). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Torheim, H. & Gjengedal, E. (2009). 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, 499-506. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00740.x>
- Travelbee, J. (1996). *Interpersonal aspects of nursing*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Willgoss, T., Yohannes, A., Goldbart, J. & Fatoye, F. (2011). COPD and anxiety: its impact on patient's lives. *Nursing Times*, 107(15/16), 16-19. Henta frå <https://search-proquest-com.galanga.hvl.no/docview/2071307050?accountid=15685>

Vedlegg

Vedlegg 1: Litteratormatrise

Tittel	Forfattar	Mål	Metode	Resultat	Kommentar
“Palliativ sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)”	Irene Harkinn Andersen, Siri Ytrehus og Ellen Karine Grov	Å utforske kva sjukepleiarar ser på som sitt fokus ved ivaretaking av pasientar med KOLS og angst og dyspné innlagt i sjukehus	Kvalitativ metode. Intervju med to sjukepleiarar	Med individuell tilpassing ved kommunikasjon, spesielt non-verbal kommunikasjon, nærleik og tid, kom dei langt i å hjelpe pasienten til å meistre angst og dyspné. Når sjukepleiarane tok seg tid til å sitje med pasienten under eit angst- og dyspné anfall, gjorde dette ofte til at pasienten blei rolegare.	Fagfelle-vurdert
“Narratives of breathlessness in chronic obstructive	Marit Kvangarsnes, Henny Torheim,	Å utforske oppfatningar pasientane hadde under ein	Kvalitativ metode.	To tema; dyspné og tillit/makt-dimensjonen. Pasientane fortel	Fagfelle-vurdert

pulmonary disease”	Torstein Hole og Lennart S. Öhlund	KOLS-eksaserbasjon, og erfaringar dei hadde i forhold til relasjonar til helsepersonell.	Djupne-intervju med 10 pasientar	om situasjonar kor dei er nødt for å stole på sjukepleiarar og lar dei bestemme kva som er det beste for seg. Det blir også presentert forteljingar om mistillit.	
“How to cope with the mask? Experiences of mask treatment in patients with acute chronic obstructive pulmonary disease-exacerbations”	Henny Torheim, Eva Gjengedal	Å beskrive erfaringar med BiPAP-maskebehandling i ein akutt eksaserbasjon hos pasientar med KOLS basert på perspektiv frå både pasientar og sjukepleiarar.	Kvalitativ metode. Djupne-intervju og fokusgruppe.	Pasientane kjende på angst under maskebehandling, dette kan føre til ein følelse av panikk og tap av kontroll. Viktig at sjukepleiarane var tilgjengeleg, vitalia blei monitorert og at pasientane visste korleis dei skulle ringe på hjelp. Mobilisering av viljestyrke viktig for å gjenvinne kontroll og	Fagfelle-vurdert

				<p>reducere angst. Sjuepleiarane er klare over utfordringane pasientane føler på.</p>	
<p>“Manoeuvring along the edge of breathlessness: an ethnographic case study of two nurses”</p>	<p>Maria Omel Jellington, Dorthe Overgaard, Erik Elgaard Sørensen</p>	<p>Å utforske korleis sjukepleiarar samhandlar med pasientar med KOLS som opplever akutt eller forverra dyspné i sjukehus.</p>	<p>Etnografisk studie. Kvalitativ metode med observasjon og intervju.</p>	<p>Sjuepleiarane meinte at når pasientar kom inn med KOLS-eksaserbasjon og akutt dyspné, forventa dei også at pasienten var prega av alvorleg angst. Sjuepleiarane brukte implisitt tilnærming i slike situasjonar, for å forhindre ytterligare forverring av dyspné og dermed også angsten. Sjuepleiarane framheva bruken av fysisk kontakt for å vise at dei</p>	<p>Fagfelle- vurdert</p>

				var tilgjengelege både fysisk og emosjonelt.	
“Intensive care unit nurse’s perception of patient participation in the acute phase of chronic obstructive pulmonary disease exacerbation: an interview study”	Marit Kvangarsnes, Henny Torheim, Torstein Hole og Lennart S. Öhlund	Å utforske sjukepleiarar på intensiv avdeling si oppfatning av pasientdeltaking i den akutte fasen av KOLS eksaserbasjon.	Kvalitativ metode, fokusgruppe.	Viktig å hjelpe pasienten med sin angst og dyrke ein kjensle av tryggleik ved KOLS eksaserbasjon. Tre ting som vart trekt fram som viktige; å forhalde seg roleg, gje informasjon i korte og konkrete setningar med hovudsakleg ja/nei-spørsmål. Og til sist å halde augekontakt. Sjukepleiarane meinte at det er hensiktsmessig å lage avtalar, og at dei var opptatt av å byggje tillit og utstråle sjølvtilit i interaksjon med pasientane.	Fagfelle-vurdert

Vedlegg 2: Søkjehistorikk

MEDLINE:

Søkjeord	Kombinasjonar	Antal treff
#1 COPD.mp Pulmonary Disease, Chronic Obstructive/	OR	50432
#2 Chronic obstructive pulmonary disease.mp		42664
#3	#1 OR #2	61411
#4 ANXIETY/ anxiety.mp	OR	210774
#5 Dyspnea/ dyspnoea.mp	OR	26237
#6	#4 OR #5	236173
#7 health personnel.mp Health Personnel/	OR	160698
#8 nurs*.mp		696681
#9 caregiver.mp Caregivers/	OR	44488
#10	#7 OR #8 OR #9	838164
#11	#3 AND #6 AND #10	284
#12 acute exacerbation.mp		5251
#13 AECOPD.mp		876
#14 acute exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease.mp		13

#15	#12 OR #13 OR #14	5574
#16	#11 AND #15	15
#17	limit #16 to yr="2008-2018"	13
Tal på artiklar inkludert i oppgåva: 2		

PsycINFO:

Søkjeord	Kombinasjonar	Antal treff
#1 Chronic Obstructive Pulmonary Disease/		1053
#2 COPD.mp		1438
#3 chronic obstructive pulmonary disease.mp		2092
#4	#1 OR #2 OR #3	2280
#5 exp anxiety/ anxiety managment/ fear/ panic attack/	OR	65641
#6 anxiety.mp		182217
#7 fear.mp		53207
#8	#5 OR #6 OR #7	219994
#9	#4 AND #8	398
#10 nurs*.mp		85722
#11 exp caregivers/ caring behavoiurs/ health care services/	OR	134968

"quality of care"/ treatment/		
#12 Nurses/ Health Personnel/	OR	37519
#13	#10 OR #11 OR #12	217978
#14	#9 AND #13	72
#15	limit #14 til yr="2008-2018"	55
Tal på artiklar inkludert i oppgåva: 2		

SveMed+:

Søkjeord	Antal treff
KOLS og angst	6
Tal på artiklar inkludert i oppgåva: 1	

CINAHL:

Søkjeord	Kombinasjonar	Antal treff
#1 (MH "Pulmonary disease, Chronic obstructive")		16 052
#2 "copd"		12 730
#3 "chronic obstructive pulmonary disease"		12 052
#4 "acute exacerbation of copd"		177
#5 "acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease"		245

#6 "aecopd"		205
#7	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6	22 077
#8 (MH "Anxiety")		34 274
#9 "anxiety"		77 490
#10 "cormorbid anxiety"		506
#11 (MH "Dyspnea")		7 470
#12 "dyspnoea"		1 569
#13 "dyspnea"		12 282
#14 "breathlessness"		1 275
#15	#8 OR #9 OR #10	77 490
#16	#11 or #12 or #13 or #14	13 946
#17	#7 AND #15	593
#18	#16 and #17 Limit 2008-2018	149
Tal på artiklar inkludert i oppgåva: 3		

Figurar

Figur 1: Flyttdiagram

