



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for Folkehelsefag
4BACH

Grethe Alise Stabell
Veileder: Ida Eggen

Angst relatert til KOLS

Anxiety related to COPD

Antall ord: 13 460

BASYD 2011

2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Sammendrag

Bakgrunn: Rundt 200 000 nordmenn har kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Det er en folkesykdom med betydelig dødelighet. Sykdommen er irreversibel og behandling som er gjeldene er lindring av symptomene. I globalt sammenheng regner WHO med at KOLS fra å være nummer 6 i rangorden av hyppigste dødsårsaker i verden vil øke til å bli nummer 3 i løpet av en 20- års periode.

Hensikt: Å få forståelse for hvordan jeg som sykepleier kan legge til rette og få innsikt i hva som skal til slik at KOLS pasienter mestrer angst relatert til sin KOLS diagnose.

Metode: En fordypningsoppgave basert på faglitteratur, forskning og egne erfaringer.

Resultater: Pasienter med kols har en hverdag som preges av dyspné som kan resultere i tilleggslidelser som angst og depresjoner. Sykdommen har innvirkning på deres psykososiale og fysiske liv. De møter mange begrensinger i hverdagen grunnet sin obstruktiv lungelidelse. Pasientene har behov for kunnskap og psykososial støtte for å mestre sin hverdag.

Konklusjon: KOLS pasienter har et stort behov for psykisk støtte for å gjennomleve sin hverdag. Det å være tungpusten er ikke den faktoren i deres diagnose som er mest belastende å leve med. Det å takle angsten så vel som dyspneen er vesentlig, men også hva som skal til for å kunne leve livet så godt som mulig tiltross disse hemningene som KOLS medfører.

Nøkkelord: Kols, angst, COPD, anxiety.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
1.0 Innledning.....	4
1.1 Presentasjon av tema og problemstilling.....	5
1.2 Avgrensing og presisering av problemstilling.....	5
1.3 Studiens hensikt.....	6
1.4 Begrepsavklaring.....	6
1.5 Oppgavens disposisjon.....	7
2.0 Metode.....	8
2.1 Innsamling av data.....	9
2.2 Kildekritikk.....	10
2.3 Presentasjon av et utvalg av forskningsartikler.....	10
3.0 Teoribakgrunn.....	13
3.1 Hva er kronisk obstruktiv lungesykdom.....	13
3.2 Symptomer.....	14
3.3 Årsaker til kronisk obstruktiv lungesykdom.....	15
3.4 Diagnostisering av kronisk obstruktiv lungesykdom.....	15
3.5 Prognose ved kronisk obstruktiv lungesykdom.....	16
3.6 Behandling av kronisk obstruktiv lungesykdom.....	16
4.0 Å leve med kronisk sykdom.....	17
4.1 Kronisk obstruktiv lungesykdom og angst.....	18
4.2 Angst.....	19
4.3 Trygghet.....	21
4.4 Håp.....	22
4.5 Mestring.....	23
5.0 Sykepleieteori.....	24
5.1 Joyce Travelbee.....	24
5.2 Dorthea Orem.....	26
6.0 Hvordan kan sykepleier redusere angst hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom.....	27
6.1 Å gi omsorg i form av trygghet.....	27
6.2 Sykepleieren kan understøtte og styrke pasientens håp.....	31
6.3 Kunnskap og veiledning for å mestre kronisk obstruktiv lungesykdom.....	33
7.0 Konklusjon.....	38
8.0 Litteraturliste.....	40

1.0 Innledning

I min praksis som sykepleierstudent har jeg blitt noe kjent med problematikken angst relatert til kronisk obstruktiv lunge sykdom (KOLS). Der har jeg erfart hvor alt om gripende denne angsten kan være for disse pasienten som opplever dyspné. Men jeg har også opplevd å være student med god tid til det enkelte individ, har gitt trygghet.

KOLS er et økende folkehelseproblem blant mennesker i Norge og i verden for øvrig. Helsedirektoratet (2012) omtaler i sine nasjonale faglige retningslinjer som en av de hyppigste årsaker til død. Pasienter med KOLS opplever mange besværende symptomer og har i mange tilfeller begrenset livskvalitet på grunn av dette. Et av symptomene de lider av, er dyspné (Helsedirektoratet, 2012). En metafor KOLS pasienter gir av opplevelsen av dyspné er som å puste gjennom bomull eller som å puste gjennom et sugerør.

For alle menneskers eksistens er det å kunne puste det mest elementære for å kunne leve. Foruten denne muligheten vil ethvert menneske kunne kjenne på angsten for å dø være nærliggende. Det å kunne puste lett og kjenne luften spre seg ned i lungene å gi kroppen og sjelen oksygen er nok en følelse friske mennesker kanskje ikke reflekterer over i hverdagen, for en pasient med KOLS er denne følelsen ikke like elementær. De kjenner hindringer og begrensinger som deres kroniske sykdom gir. Det å kunne se og få en forståelse av hva denne sirkelen med dyspné og angst gjør med KOLS pasienter er noe jeg som sykepleier ønsker å få en enda bedre innsikt over. For da å kunne fremme tiltak for å motivere til mestring, gi håp og trygghet, noe som igjen vil kunne redusere angsten til denne gruppen av pasienter.

Med dette lagt til grunne ser jeg at jeg som framtidig sykepleier kan møte KOLS pasienter med en større grad av forståelse og hva sykepleie rettet mot denne gruppen pasienter går ut på. Det er viktig å ha kunnskaper om KOLS pasienter generelt, men enda viktigere og kunne se det enkelte menneske som det unike individet det er.

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

KOLS er en kronisk obstruktiv lungesykdom og ca 200 000 mennesker i Norge har denne diagnosen. KOLS er irreversibel og behandling rettes mot å forsinke sykdomsforløpet og gi lindrende behandling for symptomene. I globalt sammenheng regner WHO med at KOLS fra å være nummer 6 i rangorden av hyppigste dødsårsaker i verden vil øke til å bli nummer 3 i løpet av en 20- års periode (Gulsvik & Bakke, 2004).

Helsedirektoratet (2012) presiserer at KOLS har en rekke innvirkninger på pasientens livssituasjon, slik som tung pust, tap av mestring i forhold til utdanning, arbeid, inntekt og familieliv. De opplever også psykiske problemer som følge av KOLS, der sykdommens hovedsymptom er tung pust og kan oppleves som skremmende. Dette kan gi angstsymptomer. Angst og depresjoner er de to lidelsene relatert til KOLS som blir minst behandlet (Helsedirektoratet, 2012).

Jeg erfarte i praksis hvor inngripende i pasientenes liv det er å ha en slik progredierende diagnose. Hvor angst er et nærliggende problem i deres hverdag grunnet sin KOLS. Men at det ikke alltid er der fokuset ligger ved behandling av pasienten, da fokuset er i hovedsak rettet mot å lette pustebesværet som dyspné medfører.

På bakgrunn av dette og innledningen har jeg kommet fram til denne problemstillingen:

”Hvordan kan jeg som sykepleier redusere angst hos pasienter med KOLS?”

1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling

Mitt fokus blir pasienter som har alvorlig grad av KOLS som jeg møter i sykehus.

Jeg har valgt slik det kommer fram i problemstillingen og fokusere på angst rettet mot pasienter som har KOLS. Hvordan jeg som sykepleier kan hjelpe redusere angst til denne pasientgruppen. Så kommer jeg tilbake til i teoridelen hvilke underpunkter jeg tar med for å belyse dette.

Pasienter med KOLS har en rekke symptomer og utfordringer relatert til sin sykdom, jeg blir å avgrense oppgaven mot andre berørte symptomer og lidelser relatert til KOLS. I forhold til behandling til pasienter med KOLS, er mye av behandlingen rettet mot medikamentbehandling, oksygenbehandling og ventilasjonsstøtte. Aktuelle prøver og undersøkelser som spirometri, perifer oksygenmetning, blodgassanalyse og bronkoskopi

(Oksholm, 2008). Alle disse områdene avgrensar jeg og bare nevner der de blir aktuelle utover i oppgaven.

1.3 Studiens hensikt

Det jeg ønsker med denne fordypningsoppgaven er å sette fokus på den psykiske plagen angst er for KOLS pasienter og se om jeg gjennom å granske pensumlitteratur, annen relevant faglitteratur og nyere forskning å finne svar på min problemstilling. Jeg blir å lete i eksisterende litteratur og i hovedsak skriftlig litteratur for å få større forståelse. Jeg blir ikke å gjøre egne undersøkelser for å finne svar, kun trekke inn mine egne erfaringer rettet mot KOLS pasienter. Hensikten er å få større forståelse i hvordan jeg som sykepleier kan ivareta pasienter med KOLS som sliter med angst i hverdagen.

Jeg håper oppgaven vil komme til nytte for andre som jobber i helsesektoren som vil møte på KOLS pasienter og se relevansen av å ivareta pasientens psykiske helse. Håper også den vil være til nytte å lese for de som lider av diagnosen KOLS.

Denne oppgaven vil nok bære preg av meg, hvem jeg er som sykepleier. Dalland (2012) presiserer med ved å bruke seg selv, det du bærer med deg av forhistorie, kunnskap og holdninger vil virke inn på hvordan jeg tolker data og bearbeider det med den undersøkelsen en slik oppgave er.

1.4 Begrepsavklaring

Her vil jeg nevne begrepsavklaringer som vil komme i oppgaven.

Jeg har valgt å bruke termen pasient ved omtale av mennesker med KOLS, dette for å kunne ha en grei begrepsavklaring gjennom hele oppgaven og at oppgaven er sykepleie fokusert. En pasient er uansett ett enkeltmenneske, et individ som av grunner behøver omsorg, tjenester og hjelp fra andre mennesker som kan gi dem den hjelpen de behøver (Travelbee, 1999).

Oppgaven er kjønnsnøytral og når det nevnes han er det pasienten og sykepleieren som hun. Jeg forholder meg til en voksen pasientgruppe da forekomsten av KOLS øker eksponentielt med høyere alder. Sykdommen er klinisk meget sjelden hos dem som er yngre en 45 år, mens mer en 10 % av befolkningen eldre enn 70 år har KOLS (Gulsvik & Bakke, 2004).

KOLS: Kronisk obstruktiv lungesykdom.

Dyspné/åndenød: er et subjektivt ubehag og kan utarte seg ved at pasienten føler seg tett i brystet eller har tung pust (Gulsvik & Bakke, 2004).

Eksaserbasjon/forverring: er en forverrelse av pasientens kliniske status. Medfører økt pustebesvær, piping og tetthet i brystet og økt slimproduksjon (Oksholm, 2008).

Ekspektorat/sputum: blir hostet opp fra brystet ved økt sekresjon i bronkialtreet. Det er ikke normalt at personer uten sykdommer i luftveiene har ekspektorat (Gulsvik & Bakke, 2004).

Helse: selve ordet stammer fra germansk og betyr noe som er relatert til helhet (Tveiten, 2007). Tveiten (2007) refererer til Eriksson definisjon av helse som hevder at helse er integrert tilstand av sunnhet og velvære, men ikke nødvendigvis fravær av sykdom.

Livskvalitet: Psykologen Siri Næss definerer dette begrepet ved at en person har det godt og har høy livskvalitet i den grad personen er aktiv, har samhørighet, har selvfølelse og har en grunnstemning av glede. Og alle punktene til sammen utgjør livskvalitet og ingen skal tillegges mer vekt enn andre (Rustøen, 2001).

1.5 Oppgavens disposisjon

I oppgavens første kapittel presenterer jeg oppgavens tema og problemstilling, avgrensning og presisering av valgt problemstilling. Så kommer jeg inn på hensikten med oppgaven før jeg runder av første kapittel med begrepsavklaringer og oppgavens disposisjon. Videre vil jeg i andre kapittel presentere hva metode er og hvilken metode jeg bruker i oppgaven. Hvordan jeg har innhentet data og hvordan jeg kritisk har vurdert disse før jeg gir en presentasjon av hovedforskningsartiklene. Så kommer oppgavens teoridel som jeg presenterer i kapittel tre som omhandler kronisk obstruktiv lungesykdom. Det å leve med en kronisk sykdom, Kols & angst, angst, trygghet, håp og mestring vil jeg belyse i kapittel fire. I kapittel fem vil jeg presentere sykepleieteoretikerne, der Joyce Travelbee er den som jeg vektlegger mest. Jeg har også med Dorothea Orem som er aktuell på noen områder. Før jeg går videre til kapittel seks der jeg drøfter mine funn for å få svar på min stille problemstilling. Og avslutter oppgaven

med kapittel sju der jeg kommer med en konklusjon av de funn jeg har funnet i drøftingsdelen.

2.0 Metode

Sosiologen Vilhelm Aubert formulerer metode ved at en metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Dalland, 2012).

Dalland (2012) presiserer at metode er et redskap som hjelper oss å samle informasjon. Og begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at den vil gi oss god informasjon og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte.

I følge retningslinjene gitt fra høgskolen skal oppgavens metode baseres på litteratur, men kan også bygges på erfaringer fra praksis. Den litteraturen jeg blir å benytte meg av i oppgaven er pensumlitteratur for å gjenspeile det sykepleiefaglige synet. Forskningslitteratur og faglitteratur som favner problemstillingen på en hensiktsmessig måte. Kravet til oppgaven er at den skal bygges på minst fire forskningsartikler hvorav to må være engelskspråklige.

Med disse kriteriene lagt til grunn vil jeg favne oppgaven med en humanistisk tilnærming som gjenspeiler pasientens eget perspektiv. Naturvitenskapelig tilnærming der konkrete fenomener blir belyst for eksempel ved anatomi, fysiologi og patologi. Samt en samfunnsvitenskapelig tilnærming der de sosiale og kulturelle fenomenene virker inn på problemstillingen.

Kvalitativ metode er data som bygger på teori hermeneutikk og fenomenologi. Det er såkalt ”myke” data som opplevelse, holdninger, meninger som ikke lar seg tallfeste eller måle. For og utforske meningsinnhold, slik det oppleves av involverte selv (Dalland, 2012).

Kvantitativ metode er data som er målbare. Det er såkalt ”harde” data i form av målbare enheter slik som tall(mengde, frekvens, grader). Der resultat kommer i form av tabeller og diagrammer (Dalland, 2012).

Begge disse metodene har jeg brukt i min søken etter litteratur som har vitenskapelig evidens. Tveiten (2007) presiserer at kvantitativ og kvalitativ forskning fremskaffer ulike typer kunnskaper. Hun presiserer at begge typene av disse er nødvendige og relevante da vi kan finne data til hva som fører til sykdom, hva som påvirker helsen og hvordan fenomener relatert til helse og sykdom oppleves.

2.1 Innsamling av data

Dalland (2012) presiserer at uten tilstrekkelig holdepunkter i data kan man ikke belyse problemstillingen godt nok. Datamaterialet må være fyldig og skal være relevant for problemstillingen.

Jeg bestemte meg tidlig i sjette semester for hvilke tema jeg kunne tenke meg å skrive om i bacheloroppgaven. Jeg startet tidlig med å lese fagartikler om temaet og fant noen artikler som omhandlet angst relatert til KOLS pasienter. Som nevnt er denne oppgaven en fordypningsoppgave og jeg har brukt mye tid på å innhente diverse litteratur. Jeg har brukt en del pensumlitteratur men også lånt annen litteratur på biblioteket. Jeg har også innhentet faglitteratur, offentlige forskrifter og lover som jeg ser vil berøre min problemstilling. Vitenskaplige artikler og forskning har jeg søkt i anbefalte databaser etter.

I en del av fagartiklene jeg har lest har jeg funnet noen av forskningsartiklene jeg vil bruke i denne oppgaven da de er blitt referert til gjennom disse artiklene. Jeg har søkt de opp i databasene og funnet de som relevante og pålitelige i den grad jeg kan vurdere de.

Jeg startet å søke i SweMed+ og brukte søkeord: *KOLS, angst*. Og søkte kun på *peer reviewed* artikler. Søkte på disse ordene hver for seg og fikk noen treff som var relevante. Men så meg ikke fornøyd med dette og søkte hjelp hos bibliotekar for å få flere treff som kunne favne min problemstilling. Da ble databasen Oria tilknyttet Høgskolen benyttet og brukte SweMed+ for å finne MESH termer. Disse ble brukt i søk på forskningsartikler. Begrensing for år ble satt til 2004 – 2013. Artiklene skulle være fagfellevurdert. De søkeordene jeg brukte i Oria var: *pulmonary disease, chronic obstructive, adult, risk factors, anxiety, coping, copd, nursing*.

I henhold til retningslinjene til Høgskolen skal også oppgaven inneha selvvalgt litteratur på 400 sider. Selvvalgt litteratur som vil være det største bidraget er Travelbees Mellommenneskelige forhold i sykepleier (1999). Orems sykepleiemodell i praksis (1999) og Gjengedal & Hanestad (2007) Å leve med kronisk sykdom. Den selvvalgte litteraturen jeg har brukt vil bli merket med * i litteraturlisten.

2.2 Kildekritikk

Kildekritikk betyr å være kritisk til den litteraturen som skal vurderes. Dalland & Trygstad (2012) presiserer at kilde brukes som opphav til kunnskap, ikke alt som presenteres som kunnskap er like holdbart. Når kilden er funnet må det vurderes i forhold til kvalitet, om den er relevant for arbeidet med oppgaven og om de er til å stole på.

Dette har vært en krevende jobb, jeg har vurdert så godt det lar seg gjøre om litteraturen jeg har benyttet er troverdig. Pensumlitteraturen gitt i fra Høgskolen anser jeg som sikker, da den er blitt brukt i undervisningsøyemed gjennom min studietid. Jeg har også brukt sekundærlitteratur da jeg ikke har klart i alle sammenhenger å få tak i primærlitteraturen. Dette kan både være en svakhet og en styrke. Slik jeg tolker Dalland (2012) er sekundærlitteratur bearbeidet, oversatt og kanskje fortolket. Dette kan føre til at man får se en annen helhet i arbeidet enn hvis primærlitteratur er blitt benyttet. Jeg ser både svakheten at jeg ikke får med hele konteksten, men en styrke ved at det kanskje er lettere å tolke når andre har bearbeidet stoffet.

Forskningsartiklene jeg har søkt etter har jeg etter beste evne vurdert med tanken på om de kan vurderes etter IMRaD-strukturen. Ved at de har en Introduction, Method, Results and Discussion. Samt at de har med Abstrakt og Keywords. Jeg har satt at de skal være fagfelleverdert, da er de vurdert og godkjent av eksperter på sitt område. Jeg har ekskludert artikler der jeg har funnet at de er sponset, artikler eldre enn ti år og forskningsstudier foretatt i for eksempel USA på en liten andel av befolkningen som jeg mener ikke viser hele bredden av berørte temaer.

Det var flere artikler å innhente av de engelskspråklige. En svakhet ved disse, er om jeg har med min oversettelse har fått fram de viktige elementene på en slik måte at artiklene blir forstått slik de opprinnelig er.

I neste avsnitt følger en presentasjon av mine forskningsartikler og et sammendrag av disse.

2.3 Presentasjon av et utvalg av forskningsartikler

Jeg har søkt etter forskning som er relevant for min problemstilling og søkt etter de som har et sykepleiefaglig perspektiv. Her gir jeg en presentasjon av et utvalg av de forskningsartiklene jeg bruker i denne fordypningsoppgaven. Jeg endte opp med 17 artikler som jeg har lest og vurdert. 13 ekskluderte jeg da de ikke favnet min problemstilling godt nok. Jeg har brukt sjekklisten fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006) og sjekket artiklene jeg

har brukt har metodisk kvalitet for å se om jeg kan stole på resultatet. Jeg har også brukt IMRAD modellen for å vurdere de artiklene jeg blir å presentere her. Jeg tror jeg har kvalitetssikret mine artikler i denne oppgaven så godt jeg er i stand til å vurdere disse. Jeg har brukt forskning som er fra 2004 til 2013. Målet mitt var å ikke bruke forskning eldre enn ti år.

”Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus” Bjørnsland, Wilde-Larsson & Kvigne, 2012. Denne studien har en kvalitativ, beskrivende design. Der kvalitativt forskningsintervju er blitt brukt. Hensikten med studien var å få økt kunnskap om hvordan pasienter innlagt i sykehus på grunn av forverring av KOLS erfarte brukermedvirkning i helsehjelp. Funnene viser ulike faktorer hos både pasient og sykepleier som kan fremme eller hindre medvirkning fra pasientens side. Pasientene erfarte brukermedvirkning ved at de var tydelige på egne behov og tiltro til egen erfaring og kunnskap. Pasientenes erfaringer av faktorer hos sykepleier som fremmet medvirkning var ved omsorg, respekt, ga seg tid, viste forståelse og som var kjente for pasientene. Det som hindret medvirkning fra pasientens side var pustebesvær og kraftløshet. Samt liten tiltro på egne erfaringer og manglende kunnskap. Sykepleiere som hemmet medvirkning var travle sykepleiere og som ikke viste pasientene respekt.

Forfatterne i denne artikkelen har gjort rede for sitt ståsted og faglige bakgrunn. De har gjort rede for hvordan datainnsamling er blitt foretatt og beskrevet analysen fram til valgte kategorier som skulle settes søkelys på. Det ble avklart på forhånd med informantene hva studien gikk utpå og studien ble forelagt etisk råd. Forfatterne viser til i sin artikkel til andre kilder som underbygger deres hensikt med denne artikkelen. Svakheten med denne at det er få deltagere med, kun seks informanter. Et større antall informanter kunne gitt et mer nyansert bilde.

Denne fant jeg i søk på SveMed+, der jeg søkte på peer reviewed tidsskrifter. Søkeord på denne var på første søk og jeg brukte kun ordet *KOLS* og begrenset til år 2009-2013. Fikk opp 90 treff.

”Veien blir jo smal etter kvært” Lindgren, 2008. Dette er en mastergrad oppgave med en fenomenologisk tilnærming for å få en dypere forståelse av erfaringer med å leve med alvorlig KOLS. Der metode med kvalitativ forskningsintervju er blitt brukt. Det som fremkommer i mastergrad oppgaven er informantenes opplevelse av å leve med kronisk sykdom slik som KOLS. Det er gjennom informantenes egne ord om det å leve med KOLS som pasient i sykehus, i hverdagen og det å være et menneske med utfordringer det gir. Forfatteren av oppgaven gir rede for sitt ståsted og faglige bakgrunn. Hun forklarer hvordan framgangen av å

samle inn data har foregått og søkt etisk råd om godkjenning. Informantene har blitt forespurt og fortalt hensikten med mastergradoppgaven. Forfatteren viser til andre kilder i oppgaven for å vurdere sine synspunkter og funn. Svakheten er at kun fire informanter er med. Men dette er en mastergrad oppgave med fenomenologisk tilnærming for å belyse pasientens opplevelse av å leve med KOLS. Et større antall deltagere ville nok gitt et mer nyansert bilde.

Denne fant jeg etter søk i databasen Oria, tilknyttet Høgskolen, Jeg brukte søkeord på engelsk: *COPD* og *anxiety*. Satte søk til fagfelleverdert og år 2009-2013.

”Psychological characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary” Hynninen, Breitve, Wiborg, Pallesen & Nordhus, 2005. Dette er oversiktsartikkel som tar opp og vurderer forskning kritisk som allerede er presentert i vitenskapelige tidsskrifter. Der hensikten er å gi en oppsummering av de psykologiske egenskapene ved kronisk obstruktiv lungesykdom. For å se på resultatene assosiert mellom de psykologiske variablene og ulike aksepter av livet, sykdom og helse hos KOLS pasienter. Funnene i denne studien viser forhøyet forekomst av angst og depresjon hos befolkningen med KOLS diagnose. Funn viser de psykologiske faktorene og emosjonelle plagene knyttet til pasientens funksjonsnivå. Konklusjon er at disse faktorene er avgjørende for hvordan mennesker med KOLS erfarer sin sykdom og lever livet. Ved psykologiske plager i form av angst og depresjon ble opplevd livskvalitet og plager knyttet til funksjonsnivå vist som lav. Forfatterne av denne studien viser til hvordan de har kommet fram til utvelgelsen og kriterier lagt til grunn for artikkelen. Ved å vise søkeord og hvilke egenskaper artiklene måtte ha for å komme med. De gjennomgikk 81 publiserte studier etter utvelgelsen. De viser til kjønnsfordeling, antall personer som er med i de ulike gjennomgåtte studier. Databasen som de har søkt i er velkjente databaser som: MedLine, PsycINFO & Cochrane Library. Jeg fant denne forskningen i databasen Oria og brukte søkeord: *COPD*, *anxiety*. Søket satte jeg til fagfelleverdert og år 2005-2013.

”Self-efficacy as a predictor og improvement in health status and overall quality of life in pulmonary rehabilitation- A exploratory study” Bentsen, Wentzel-Larsen, Henriksen, Rokne & Klopstad Wahl, 2009. Dette er en kohortstudie der pasienter med KOLS ble fulgt opp i løpet av en tre måneders periode. Hensikten var for å vurdere utviklingen i helsestatus, generell livskvalitet, virkning av self-efficacy på helsestatusen og livskvaliteten i forhold til KOLS lungerehabilitering. Funnene i denne viser at pasientene opplevde signifikant reduksjon av psykososiale konsekvenser grunnet sin sykdom. Det er også funnet forbedring i luftveisplager og totalt bedre livskvalitet etter lunge rehabiliteringsprogrammet de deltok i.

Forfatterne av denne artikkelen viser sitt ståsted hvor de er tilknyttet kjente sykehus/universitet i Norge. Studien ble utført over en treårs periode der 100 KOLS pasienter blir fulgt opp før og opptil tre måneder etter lungerehabiliterings program. Studien viser hvor mange som faller fra etter hvert og på hvilke grunnlag de ikke kunne være deltagende i denne studien. De viser til hva forskjellen mellom gruppene er og alle er blitt forespurt og informert i forkant hva studien går utpå. De viser til hvilke kriterier som ble lagt til grunn for inkludering/ekskludering av deltagere. Denne studien ble godkjent av etisk komité. Hovedkonklusjonen er klar og resultatene av studien kan gjenfortelles med en setning. Resultatene sammenfaller med andre studier med samme hensikt. Denne forskningen fant jeg etter å ha lest en fagartikkel i Sykepleien. Jeg fant denne i referanselisten og mener den er relevant for min oppgave. Jeg hentet den ut på Google Scholar inne på Høgskolens database.

3.0 Teoribakgrunn

I denne delen vil jeg presentere teori knyttet til min problemstilling og gi en beskrivelse av begrepene: Hva er KOLS, symptomer, årsaker, diagnose, prognose, behandling.

3.1 Hva er kronisk obstruktiv lungesykdom

Kronisk obstruktiv lungesykdom der forkortelsen KOLS blir brukt i omtalen i litteraturen. Dette er en sykdom som rammer luftveiene og sykdommen kan ikke helbredes og bli frisk av. Det er lindrende behandling for å lette symptomer/plagene som oppstår og forsinke sykdomsutviklingen.

Hele hensikten med respirasjonssystemet er den livsviktige gassutvekslingen av O₂-rik luft fra atmosfæren, ned i luftveiene og til lungene der gassutvesklingen skjer. Da ved at den O₂-rike luften diffunderer fra alveolene og over i blodet som fraktes rundt til alle cellene i kroppen slik at livsviktige prosesser kan foregå uavbrutt. Og motsatt vei, CO₂ fraktes fra blodet og tilbake til lungene der utåndingen av CO₂ skjer. Ved KOLS er denne gassutvekslingen innskrenket, noe som vil gi økt luftveismotstand. Sykdommen som karakteriseres ved progredierende irreversibel luftveisobstruksjon. Gulsvik & Bakke (2004) presiserer også at KOLS brukes som en samlebetegnelse for kronisk obstruktiv bronkitt og emfysem. Videre definerer de kronisk bronkitt ved en tilstand med langvarig hoste, oppspytt

som har vedvart mer en tre måneder årlig i løpet av to år. Som etter hvert fører til varierende grad av obstruksjon med økende sekretproduksjon som kjennetegner sykdommen.

Emfysem definerer ovennevnte forfattere er en patologisk anatomisk tilstand som kjennetegnes ved ødeleggelse av vev i respiratoriske bronkioler og alveoler.

For å beskrive emfysem grundigere vil jeg bruke Skjønsberg (2010) beskrivelse: Lungevevet blir mindre elastisk og dette gir luftveisobstruksjon og redusert gassutvekslingsareal. Det dannes etter hvert store emfysemlærer i lungevevet, dette gir tap av alveoler og konsekvensene er redusert gassutveksling og dårlig oksygenering av blodet.

I følge Helsedirektoratet (2012) består KOLS av tre komponenter: Innsnevring av luftveiene (obstruksjon), betennelse (kronisk bronkitt) og ødelagte lungealveoler(emfysem).

Brodtkorb (2010) forklarer obstruksjonen skyldes den glatte muskulaturen i luftrørgrenene irriteres og gir økt muskeltonus. Dette vil gi utslag ved at det blir tungt å puste ut og ekspirasjonstiden forlenges. Pasienten må ta i bruk ekstra muskelkraft ved å ta i bruk diafragma og interkostalmusklene. Dette vil oppleves som tranghet i brystet.

Betennelsen forklarer Brodtkorb (2010) vil gi slimproduksjon og ødem i slimhinnene. Da blir luftrørgrenenes indre diameter trangere og motstanden mot luftstrømmen øker. Det vil også oppstå hoste. De ødelagte lungealveolene(emfysem) reduserer gassutvekslingen i lungene, lungene blir stivere og brystkassen får en tønnelignende fasong.

3.2 Symptomer

Symptomene til KOLS kommer gradvis over flere år og pasientene tilpasser seg tungpust ved å redusere aktivitetsnivået (Helsedirektoratet, 2012). Hynninen (2013) presiserer i sin doktoravhandling at symptomer som morgenhoste og oppspytt er normalt de første tegnene på KOLS og er først merkbar først flere år etter eksponering av røyking som er hovedårsaken til KOLS. De sentrale symptomene er luftveisinfeksjoner, tetthet i brystet, hoste og økt slimproduksjon. Videre forklarer Hynninen (2013) at dyspné sammen med luftveisobstruksjon er de kliniske kjennetegnene på KOLS. Fra å oppleve tungpust ved anstrengelse vil pasienten etter hvert oppleve tungpust ved beskjeden aktivitet. Sykdommen vil ha periodiske svingninger av symptomene, men etter hvert vil symptomene slik som dyspné, hoste og slimproduksjon utvikle seg til gradvis forverring over tid. I følge Helsedirektoratet (2012) er det normalt at pasientene får episoder med eksaserbasjon, der symptomene er akutt forverring av de symptomene pasienten har i det daglige. Dyspné,

nedsatt lungefunksjon og eksaserbasjon fører til en negativ syklus for pasienten. Som resulterer i fysisk inaktivitet, nedsatt utholdenhet og muskelsvakhet. Dette fører til sykdomsprogresjon, uførhet, nedsatt livskvalitet og tidlig død (Hynninen, 2013). Videre presiserer Hynninen (2013) at frykten for dyspné kan oppleves som sosialt stigmatiserende for pasienten. Som kan utarte seg ved tilbaketrekking fra aktiviteter og sosial deltagelse, som igjen fører til isolasjon og passivitet. Pasienten kan oppleve denne sirkelen som invalidiserende. Både på det fysiske livet, sosiale relasjon og pasientens følelsesmessige liv.

3.3 Årsaker til kronisk obstruktiv lungesykdom

Hovedårsaken til KOLS er sigarettøyking. I følge norske studier er det anslått at rundt 67 % av tilfellene av KOLS skyldes røyking. Slik som sigaretter, pipe, sigar og rulletobakk. Minst 30 % av røykerne utvikler KOLS. Det å bli utsatt for passiv røyking over tid er også en disponibel faktor (Helsedirektoratet, 2012).

Helsedirektoratet (2012) har også med årsaker relatert til diverse yrker, der eksponering av støv og kjemikalier er utløsende faktorer. Samt forurensing av luften innendørs. Ved forbrenning av trevirke, organisk avfall, kull og matlaging uten avtrekk. Den siste faktoren er spesielt hos kvinner i utviklingsland. Høy utendørs luftforurensing er også en årsaksfaktor. Utenom disse miljøfaktorene er genetisk faktor en komponent for KOLS. Da mangel på alfa 1-antitrypsin i blodet som medfører gradvis tap av lungenes elastiske egenskap. Videre er individer med tidligere astma disponerte for luftstrømsobstruksjon. Samt tidligere lungetuberkulose hos eldre voksne nå, assosiert med luftstrømsobstruksjon.

3.4 Diagnostisering av kronisk obstruktiv lungesykdom

Skjønsberg (2010) presiserer at diagnosen KOLS stilles utefra kliniske funn og anamnese Slik som nevnt ovenfor ved symptomer som langvarig hoste med ekspektorat, dyspné og spesielt risikofaktoren tobaksrøykere og risikofaktoren yrkeseksponering av støv og kjemikalier. Gullsvik & Bakke (2004) forklarer at spirometri er avgjørende for diagnostiseringen av KOLS. Ved dette er påvisningen av luftstrømsobstruksjon ved fosert ekspirasjon. Det vil si evnen til å puste kraftig ut er redusert i forhold til forventet verdi hos lungefriske personer.

Ved spirometri måles alvorlighetsgraden av sykdommen i luftveiene og gir dermed grunnlag for GOLD- kriteriene (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease). Det vil si at KOLS klassifiseres etter GOLD-kriteriene som angir hvilke grad av KOLS pasienten har. (Helsedirektoratet, 2012). FEV1 er den mengden luft man klarer å tømme lungene for i løpet av et sekund.

GOLD-kriteriene går ut på å gradere KOLS i fire grader:

Stadium I: Mild KOLS – FEV1- over 80 % av forventet lungekapasitet.

Stadium II: Moderat KOLS – FEV1- mellom 50 og 80 % forventet lungekapasitet.

Stadium III: Alvorlig KOLS- FEV1- mellom 30 og 50 % forventet lungekapasitet.

Stadium IV: Svært alvorlig KOLS – FEV1- under 30 % av forventet lungekapasitet.

Spirometri gir både diagnostisk, behandlingsmessig og prognostisk informasjon for videre oppfølging av KOLS pasienter og andre vanlige undersøkelser som røntgen toraks, bronkoskopi og 6 minutters gangtest, en test hvor langt pasienten klarer å gå på 6 minutter der oksygenmetning, puls og dyspné måles (Oksholm, 2008). Dette er også viktig ved diagnostisering av KOLS.

3.5 Prognose ved kronisk obstruktiv lungesykdom

KOLS er en progredierende lungesykdom. De fleste pasienter med alvorlig KOLS utvikler en langsom forverring av sykdommen med høy mortalitet. Det varierer fra person til person i hvor fort utviklingen av lungesykdommen går. Leveutsiktene er naturligvis dårligere hos pasienter med rask og irreversibel fall i FEV1. Pasienter som legges inn på sykehus grunnet KOLS eksaserbasjon har en mortalitetsrate på 25 % de neste to årene, høyere hos menn enn hos kvinner (Gulsvik & Bakke, 2004).

Dette kan nok skyldes at pasientene ikke oppnår tilfredsstillende restitusjon i lungekapasiteten innen en ny forverring av KOLS oppstår.

3.6 Behandling av kronisk obstruktiv lungesykdom

Behandlingen av KOLS er avhengig av hvilken fase av sykdommen pasienten befinner seg i (Markussen, Haaland Wang & Mo Norstein, 2001).

Den overordnede målsettingen for behandlingen er å hindre videre utvikling av sykdommen, lindre symptomer og bedre pasientens arbeidskapasitet og kondisjon (Mjell, 2011).

Det å redusere risikofaktoren røykestopp som er den hyppigste årsaken til KOLS, er nesten absolutt.

Mjell (2011) presiserer hjørnestein i behandling er opplæring i egenbehandling. Som kan innbefatte opplæring i hvordan pasienten selv kan finne rette løsninger for å lette på respirasjon. Det være seg ulike kroppsstillinger som kan lette på respirasjonen, pusteteknikker som leppeblåsing, læring om sin KOLS sykdom og hvordan leve med dette. Der blant annet rehabiliteringsprogram med fysisk trening og øvelser er et viktig element. Oppfølging av eventuell overvekt som også medfører tungpust er viktig å ta tak i. Samtidig er også mange KOLS pasienter undervektige og respirasjonsmusklene til undervektige blir svakere ved lav kroppsvekt (Sorknæs, 2001). Disse trenger oppfølging med tanke på ernæringsinntak.

Andre aktuelle behandlinger er legemidler som utvider bronkiene, slimløsende behandling og glukokortikoider som anvendes ved inflammasjon. Det er også aktuelt med vaksiner mot influensa og vaksine mot pneumo-kokk-pneumoni (Sorknæs, 2001).

Samtidig presiserer Mjell (2011) at langtids oksygenbehandling er aktuelt ved kronisk respirasjonssvikt som vedvarer i minst tre til fire uker på tross av optimal medikamentell behandling. Og kirurgisk behandling kan også bli aktuelt der det er oppstått lungesvikt og lungetransplantasjon må til. Men også fjerning kirurgisk av emfysebullea for å kunne bedre ventilasjonen til gjenværende lungevev.

4.0 Å leve med kronisk sykdom

I tillegg til å ha kunnskapen om KOLS er et viktig element å ha kjenneskap til det å leve med en kronisk sykdom. Min kjenneskap til KOLS pasienter er at de opplever at deres KOLS har stor innvirkning på deres fysiske og psykiske liv. Det skaper en god del hemninger der obstruksjonen setter grense for pasientens sosiale og hverdagslige liv.

Beskrivelsen til en informant i Lindgren (2008) sin mastergrad forteller noe om hvordan det er å leve med en kronisk sykdom slik som KOLS: *"Å bli mer og mer hjelpeløs(...) og æ som var sterk og styrte med alt mulig og klarte mæ på egenhånd bestandig."* Viser litt hvordan pasienten opplever forandringer med egen helse og de forandringer en slik diagnose er å leve med for pasienten.

I følge Gjengedal & Hanestad (2007) viser det seg, å gi en dekkende definisjon på kronisk sykdom kan være vanskelig. Dette grunnet store variasjoner sykdomspanoramaet og fordi nye

sykdommer stadig dukker opp. Men en definisjon som refereres til i litteraturen i følge Gjengedal & Hanestad (2007) er definisjonen til Strauss mfl. (1984):

Alle avvik fra det normale som har en eller flere følgende karakter: at de er permanente, medfører varig funksjonshemning, er forårsaket av irreversible patologiske endringer, som krever særskilte rehabiliteringsprogram og forventes å kreve langvarig veiledning, observasjon og pleie (s.11):

Denne definisjon kan brukes til KOLS pasienter men den er ikke dekkende for alle sykdommer som går under kronisk sykdom, for eksempel er den ikke dekkende for de som lider av kroniske smertetilstander.

Det Hem & Eide (2009) viser til er at personer med KOLS har betydelig dårligere levekår enn sammenlignbare grupper. Det viser seg at denne pasientgruppen peker på endret rolle i familien og utvikling av negativ selvoppfatning som et problem. Samt helse relatert utvikling og i forhold til utdanning, arbeid og inntekt. KOLS pasienter kommer også dårligere ut i forhold til det å ha sosialkontakt.

Andenæs (2007) presiserer at KOLS i framskredne faser vil påvirke pasienten både fysisk og psykisk, som vil føre til mange plager og begrensninger som reduserer livskvaliteten. Situasjoner som KOLS pasienten tidligere ikke hadde problemer med å håndtere vil etter hvert oppleves som stressende og stille krav til mestring. KOLS påvirker alle livs områder, både arbeid og familieliv. Ekteskaplige relasjoner, forhold til barn, følelsesmessige faktorer og avhengighet til andre. Men også psykologisk stress grunnet dyspné som denne pasient gruppen opplever og stress situasjoner relatert til innleggelse i sykehus ved eksaserbasjon. Samt behovet for kunnskap til sin egen sykdom kan være med på å mestre det å leve med en kronisk sykdom slik som KOLS. (Gjengedal & Hanestad, 2007). Det som fremkommer hos Lindgren (2008) er de tap KOLS medfører pasientens liv: Tap av aktivitet, kontroll, selvstendighet, selvfølelse, roller, sosialt liv med familie, venner og interesser. At "livets vei" blir smalere alt etter som sykdommen forverres. Er noen nevnte faktorer som relateres til det å leve med en kronisk sykdom slik som KOLS.

4.1 Kronisk obstruktiv lungesykdom og angst

De aller fleste pasienter med KOLS, særlig de i stadium III og IV, kan angi angst, usikkerhet og bekymring som vesentlig. Dette relatert til dyspné. Angsten medfører hurtig, overflatisk

respirasjon, som forverrer respirasjonen som i utgangspunktet er obstruktiv. Som igjen vil forverre angsten så vel som åndenød. Det er ikke bare dyspné som gir angst, men pasientens opplevelse for fremtiden og usikkerheten rundt prognosene for egen lungesykdom som belastende (Vejlgaard & Rasmussen, 2007). Det som kommer fram hos Vejlgaard & Rasmussen (2007) så er det ikke angsten rettet mot dyspné som er det mest tyngende. Men tankene på deres framtid og hvordan prognosene for KOLS som veier tyngst.

Andenæs (2001) gir forklaring på at angsten kan være knyttet til den akutte situasjonen. Der ord som bekymring, nervøsitet og redsel for å bli kvalt er blitt brukt. Ved panikk i den akutte situasjonen mister pasienten kontrollen over seg selv og pasientene i denne studien kunne medgi at ved slike anfall var de ikke i stand til å bruke tidligere innlærte pusteteknikker. Det som var i fokus ved anfall var konsentrasjonen i å få nok luft til lungene.

Der jeg har erfart pasient som fikk dyspné uttrykke i redsel: *”Gjør noe, jeg er helt stiv om brystet, det klemmer om halsen, jeg får ikke til å puste.”*

Det som Sorknæs (2001) også presiserer mot den beskrevne pasientopplevelsen, er at dyspné er voldsomt ubehagelig og medfører sterk angst. Angst forverrer dyspneen og en ond sirkel er i gang. Å oppleve kraftig dyspné er ifølge henne en fornemmelse av å bli kvalt og være seg fryktelig angst skapende. Videre presiserer hun at dyspné øker respirasjonsfrekvensen og pasienter bruker all sin konsentrasjon på å puste. Pasienter er urolig, har ikke overskudd til å si noe eller til å være vennlig og vil ha vansker med å handle hensiktsmessig.

Det er dette som i litteraturen beskrevet som ”anxiety-dyspnea-anxiety cycle” (Markussen, 2009). Dyspné er subjektivt og er relatert til mulig forverring av sykdommen. Men samtidig kan dette være et symptom på angst eller et reelt anfall av dyspné kan føre til angst eller panikk. Denne beskrevne sirkelen kan være vond å bryte for pasienten. Da han ikke helt klarer å skille mellom hva som er årsaken, er det dyspné anfall eller er det et anfall av angst som er årsaken.

4.2 Angst

Angst er på en måte grunnvalutaen i vårt følelsesliv. Følelsene som sinne, glede, nysgjerrighet, skyld, skam, tristhet, misunnelse og sjalusi kan lett forveksles med angst (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Angst kan gripe slik inn i følelseslivet at den overstyrer andre følelser, tanker og handlinger.

Angstfølelsen gir en rekke bivirkninger i kroppen ved at det blir økt adrenalinutskillelse, økt puls, hurtigere respirasjon, temperaturendringer og blodtrykksforandringer. Dette kan skje og gi utslag ved at følelsene blir preget av psykisk smerte og ubehag. Og handlingene av dette kan bli preget av uro og unnvikelse (Skårderud et al., 2010).

Slik som Kvaal (2010) forklarer kan angst være en vanlig psykisk reaksjon på en stresset livssituasjon, for eksempel ved sykehusinnleggelse og ved sykdom. For angsten kan oppstå som et resultat av en trussel mot den enkeltes velvære, selvbilde og identitet.

Holst (2007) legger til grunn at angsten er en individuell følelse som vil gi utslag i store individuelle forskjeller i et menneskes opplevelse av angst.

Da med tanke på angsten ikke skapes av individet, men de tankemessige mønstrene som knyttes til angsten og som fokuserer på faresignalene. Faren er at angsten kan utvikle seg til et vedvarende symptom slik at det blir en uhensiktsmessig mestring når angstproblemene ikke finner en løsning (Håkonsen, 2009).

Panikkangst er det samme som akutt angstanfall. Det som kjennetegner panikkangst er anfall av alvorlig angst, opplevd som panikk. Som ikke har grunnlag i en spesiell situasjon eller omstendighet. De er uforutsigbare og kan komme uten forvarsel. Symptomene kan være hjertebank, brystmerter, kvalningsfølelse, svimmelhet. Det kan relateres til en sekundær frykt for å dø, miste kontrollen eller bli gal (Skårderud et al., 2010).

Generalisert angst versus panikkangst. Er generalisert angst er noe som ikke er knyttet opp til bestemte situasjoner eller omstendigheter. Den er mindre dramatisk. Det er en vedvarende engstelse mot helt normale hverdagslige hendelser. Slik som å engste seg for at vedkommende eller en nær slektning kan bli syk. Generalisert angst er da mer fritt flytende og de sentrale symptomene kan forandre seg. Det kan seg være nervøsitet, skjelving, muskelspenning, svetting, ørhet, svimmelhet og ubehag i mageregionen (Skårderud et al., 2010).

Panikkanfall eller akuttangstanfall er noe de fleste med framskredet KOLS kjenner til og som relaterer dette til dyspné. Og at panikkangst er spesielt traumatiserende når det oppstår på natten eller når de er alene (Vejlgaard & Rasmussen, 2007).

Likjær (2007) omhandler angsten som en tilstand som ikke er lett å forstå, men hva angsten viser og hvordan den forstås i sammenheng med det å være menneske, er det egentlige i angsten.

4.3 Trygghet

Det å gi emosjonell støtte i form av trygghet er et viktig fundament i relasjon mellom pasient og sykepleier. Det at sykepleieren har en dypere forståelse av hva det innebærer å være trygg/utrygg og hvilke omsorgshandlinger som kan lede til at en pasient og hans nærmeste kan føle trygghet i forhold til sykepleieren viktig (Segesten, 2010).

Det å se hele pasienten og ivareta så vel som de fysiske som psykiske aspektene i en pasientsituasjon. Pasienter som lever med en kronisk sykdom som KOLS der prognosene er progredierende er det å utøve sykepleie som også tar sikte på de psykiske aspektene en faktor. Sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Yrkesetiske retningslinjer, 2011).

Ordet trygghet favner så mangt, det kan være seg i gjerningene, i tonefallet, faktene i kroppsspråket, stillheten og det usagte (Thorsen, 2011). Det jeg erfarte i praksis hos pasient med KOLS som opplevde forverring, var den varme hånden, en arm rundt skulderen ga en trygghets givende effekt.

I følge Andersson sine tre hoveddimensjoner av trygghet, trygghet som følelse, indre trygghet og ytre trygghet (referert i Thorsen, 2011). Indre trygghet som framkommer ved en positiv oppvekst og i en forankring i et livssyn. Den ytre trygghet relateres til våre relasjoner til omverden. Men disse dimensjonene står ikke hver for seg, de påvirker hverandre og står i eksistens sammen.

Andersson delte den ytre tryggheten i ulike dimensjoner (referert i Thorsen, 2011): Relasjonstryggheten knyttes til gode og nære relasjoner slik som familie, venner og andre som står et menneske nær. Det å oppleve tilgjengelighet, at andre er der når de trengs er innen for relasjonstrygghet. Da denne er preget av åpenhet, gjensidighet, forståelse, ærlighet, akseptasjon og evnen til å nå hverandre

Kunnskaps- og kontrolltrygghet kan være å inneha kunnskap og vite hva som gjelder, vite sin egen rolle og begrensing. Hva av krav som gjelder og hva som kan forventes av både pasient og sykepleier. Å ha kunnskaper til å håndtere ulike situasjoner og handle utefra det som er riktig.

Det at pasienten vet at sykepleier har kunnskap og kontroll til å håndtere for eksempel dyspné er med å gi trygghet. Og at pasienten får en god og forklarende informasjon. Ligger under denne kategorien.

Stole- på- andre- trygghet kan relateres til sykepleieren som har et stort ansvar. Pasienter kommer i situasjoner som kan være truende og da må sykepleieren ha tilegnet seg ferdigheter

og kunnskaper for å håndtere situasjoner der for eksempel andre er totalt avhengig av hjelp. Da at pasienten kan stole på å få den hjelpen som trengs, av de som er satt til å gjøre det og som mestrer sitt arbeid.

4.4 Håp

Håpet er angstens mottrekk (Ilkjær, 2007). Et håp om bedring, at situasjonen blir lettere å takle for pasienten er nærliggende. Eide & Eide (2007) forklarer håp med at det innebærer positive forventninger til hva som er mulig på kort eller lengre sikt. Ikke nødvendigvis at problemer og vanskeligheter skal løses men at man har tillit til at fremtiden har noe ved seg som kan oppleves som meningsfylt.

Slik jeg forstår Bastøe (2007) kan håp være det å ha forventning til noe, at håp er en indre sterk følelse, en overbevisning om noe.

Fagermoen (1992) presiserer at når pasienten føler håpløshet, har han ingen forventninger om bedring eller noe som kan hjelpe. Da er situasjonen slik for pasienten at den ikke har noe å se fram til, alle sine reserver både fysisk og psykisk brukt opp.

Da er håpet av vesentlig betydning for å holde ut og for å gjennomleve lidelse og plage (Hummelvoll, 2006).

For å mestre episoder med dyspné, som kan virke veldig truende for menneskets eksistens. Er det å gi håp om støtte og hjelp avgjørende. Hummelvoll (2006) presiserer at håpet er av stor betydning for å komme seg gjennom lidelse og plager. Dette er noe Travelbee (1999) også legger vekt på, at det er den profesjonelle sykepleierens rolle å hjelpe syke mennesker å oppleve håp og mestre sykdom og lidelse. At håp er knyttet til forventningen om at andre vil komme til hjelp når ens indre ressurser ikke strekker til. Når pasienten har håp befinner han seg i en avhengig posisjon der hjelp fra andre blir akseptert. Men at håp også er framtidsrettet, ved at livssituasjonen skal endre seg når den oppleves som ikke tilfredsstillende.

Travelbee (1999) presiserer også at håp er rettet mot valg, selv om valgmulighetene ikke er tiltalende står pasienten fritt til å velge og dette kan gi følelse av kontroll. At håp også kan knyttes til ønsker, som kan være urealistiske. Men i selve håpet om å ønske ligger tanken på for eksempel hvordan realisere håpet. Det å bære håp er også en form for mot, for en person som håper har mot. Det Travelbee legger i dette er, mot er evnen til å innse sin egen utilstrekkelighet og frykt og like fullt stå på for å nå sine mål selv om utsiktene er små for oppnå det en håper på. Det at håp også er nær sammenheng med tillit og utholdenhet, der tillit

er den trygge troen på at mennesker er i stand til å yte hjelp og vil gjøre det i et nødens øyeblikk.

4.5 Mestring

Travelbee (1999) la til grunn at sykepleie er å hjelpe syke mennesker med å gjenvinne helsen eller komme seg etter en akutt sykdomsfase er vesentlig tilfredsstillende i dagens sykepleie. Mange syke mennesker vil aldri komme til å bli friske, og må lære å leve med en langvarig sykdom. Som KOLS pasienter å mestre erfaringer med sykdom og lidelse. Det å finne ut hvordan sykepleieren kan hjelpe det enkelte individ å mestre sin progredierende KOLS.

Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011) dette er nedfelt som et arbeidsverktøy vi skal jobbe sammen med pasienten.

Håkonsen (2009) forklarer mestring ved at mennesker finner en strategi eller en måte å forholde seg til for å løse en situasjon eller hendelse. Finne en måte å takle det som har medført mistriksel, ubehag eller en trussel mot ens integritet.

For å presisere mestring mot en annen definisjon som Eide & Eide (2007) innehar, definerer de mestring at det forutsetter og innebærer en tillit til at situasjonen i noen grad vil la seg bringe under kontroll. Og de bringer også inn det å gi psykologisk og eksistensiell støtte, altså tilstedeværelse som en viktig faktor.

Reitan (2010) presiserer at mestring ikke kan sidestilles med problemløsning, for enkelte problemer fins det ingen løsning på, bare mestring muligheter.

Psykologene Lazarus & Folkman har to hovedkategorier for mestring, problemløsende mestring og følelsesfokusert mestring (Andenæs, 2001).

Problemløsende mestring dreier seg om de handlinger som er rettet mot å endre noe ved pasienten selv eller den aktuelle situasjonen. Hensikten er å løse problemet som å fjerne eller forandre faktorer som utløser pusteproblem. Følelsesfokusert mestring er rettet mot kognitive løsninger som tar sikte på å endre selve opplevelsen av stressituasjonen. For eksempel å unngå å tenke på det som oppleves som truende. Realitetene fjernes ikke, men bare pasientens følelser (Andenæs, 2001).

For å oppnå best mulig mestring og funksjonsevne, selvstendighet og delaktighet sosialt og i samfunnet. Er det å utføre tidsavgrenset, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler der flere aktører samarbeider for å gi nødvendig assistanse til brukeren ved å fremme egen innsats

viktig. Det å medvirke til et verdig liv og like sjanser for personer med funksjonsproblemer eller kronisk sykdom en faktor av betydning (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998).

Bredland, Linge og Vik (2002), forklarer at det er viktig å ta hensyn til hvordan pasienten selv ønsker å ha det, ikke at antagelser skal legges til grunn for vurdering. Det å ha fokus at pasienten er et autonomt menneske. Finne ut hvordan situasjonen og sykdommen oppleves og hva som er viktig og vesentlig.

Å møte pasienten med respekt, ta pasientens perspektiv på alvor og la han få beholde en så stor innflytelse på egen situasjonen som mulig (Eide & Eide, 2007). Orem belyser det å utøve egenomsorg krever reflekterte, bevisste handlinger som påvirkes av den enkeltes kunnskaper og ferdigheter. Samt at under visse forhold kan et individ av bestemte grunner velge å la være å iverksette nødvendige egenomsorgsarbeid. Det kan være seg av grunner som angst, frykt eller andre prioriteringer (Cavanagh, 1999). Det Reitan (2010) presiserer med å bruke strategier, er til for å endre ubehaget i opplevd situasjon. Da å redusere intensiteten i følelsene som følger med opplevelsen av for eksempel å ikke få puste. Eller ved å endre meningsinnholdet, da ved at pasienten kan få kontroll over seg selv, følelser og situasjonen. Som igjen fører til mestring opplevelse for pasienten.

5.0 Sykepleieteori

Forholdet mellom mennesker generelt, og samhandlingen mellom sykepleier og pasient spesielt, er viet stor oppmerksomhet i nordisk sykepleie. Filosofi og etikk har fått sin plass i kunnskapsgrunnlaget. Utgangspunktet for sykepleie er kunnskap og forståelse for pasienten. For å forebygge sykdom og eventuelt sette seg inn i tiltak tidlig i sykdomsforløpet må en ha kunnskap om pasientens ressurser, opplevelse og reaksjoner på eventuell sykdom eller skade (Knutstad, 2008).

Jeg har valgt å vektlegge Travelbees sykepleieteori mot oppgavens problemstilling som mest aktuell. Men presenterer også Orems sykepleieteori på grunnlag av egenomsorgssvikt som pasienter med KOLS vil kunne oppleve da sykdomsforløpet er progredierende.

5.1 Joyce Travelbee

Travelbee sin teori fokuserer på sykepleiefagets mellommenneskelige dimensjon. Hun mente at for å forstå hva sykepleie er og bør være, må man ha forståelse av hva som foregår mellom

pasient og sykepleie. Hvordan dette oppleves og hvilke konsekvenser dette har for pasienten (Kirkevold, 1998).

Det som er Travelbee (1999, s.29) sitt syn på sykepleie og som er vesenlig for hennes sykepleie definisjon er at:

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringer.” (s.29)

Travelbee spiller at det enkelte møte mellom sykepleieren og den syke påvirker hverandre i en stadig prosess, det å identifisere og være i stand til å frambringe forandringer på en målrettet, innsiktsfull og omtenkstom måte er en sykepleieaktivitet.

Travelbee (1999) definerer to hovedfunksjoner for profesjonellsykepleie: det å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse. Å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å finne mening i sykdom og lidelse.

For en person som har blitt diagnostisert med KOLS, vil det kanskje til tider være en utfordring å finne mening med å leve med sykdommen. Spesielt i tider da situasjonen kan virke håpløs, smertefull og med mye angst. Her kommer sykepleieren absolutt inn i bildet ved å vise mellommenneskelighet og forståelse for den syke. Det er ikke en tilstand som vil bedre seg, tvert om vil vedkommende mest sannsynlig gå gjennom flere stadier, ofte med akutt forverring, og følelsen av å ikke få puste vil være sterkt tilstede.

Travelbee (1999) skriver:

Sykdom bør betraktes som en naturlig, alminnelig erfaring i livet. Det betyr *ikke* at en skal framstille sykdom som et positivt gode, eller at sykdom er å foretrekke framfor god helse. Men sykdom er en erfaring som *kan* ha en selv aktualiserende betydning for den syke, forutsatt at han eller hun får hjelp til å finne mening i sykdomserfaringen. (s.37)

Travelbee definerer sykepleie i flere aktuelle kategorier som kan brukes og relateres til de aller fleste stadiene som KOLS pasienter blir å gjennomgå. Det å gi helsefremmende sykepleie, der kjernen i all helsefremmende undervisning er om nødvendig å hjelpe for eksempel en KOLS pasient å finne mening i sykdommen. De tiltakene som settes i verk, er for å bevare helsen og kontrollere symptomene (Travelbee, 1999). Travelbee karakteriserer også håp mot ulike sammenhenger for pasienter for å gjennomleve sykdom som nevnt i kap.4.4.

5.2 Dorteia Orem

Sentralt i Orem's sykepleie modell er de såkalte egenomsorgsbehovene. Hun beskriver åtte punkter som er vesentlig for egenomsorg. Uavhengig av den enkeltes alder, helsetilstand, utviklingsnivå eller omgivelser. Disse åtte punktene er de universelle egenomsorgsbehovene eller egenomsorgskrav (Cavanagh, 1999).

Blant annet behovet for å opprettholde tilstrekkelig tilførsel av luft som er vesentlig for alle mennesker, som står sentralt i forhold til oppgavens problemstilling. KOLS medfører dette problemet med utilstrekkelig oksygen til lungene. Nevner også det å ha sosialkontakt, behovet for trygghet mot farer for liv, menneskelig funksjon og velvære. Samt behovet for å fremme funksjon og utvikling innenfor sosiale grupper, i samsvar med menneskelig potensial, kjente begrensinger og ønsket om positivt selvbilde. Dette er noen av de åtte egenomsorgsbehovene og jeg nevner de som er relevante for denne oppgaven.

Disse egenomsorgskravene er essensielle områder som den enkelte må være i stand til å mestre for å kunne utøve egenomsorg. Egenomsorg kan forklares som individets evne og vilje til å utføre aktiviteter som er nødvendige for å leve og overleve og at de iverksettes frivillig og tilsiktet av individet (Cavanagh, 1999).

I sykepleie er det ikke slik at alle har egenomsorgsevne og klarer å imøtekomme de universelle egenomsorgskravene. I sykepleie kan perspektivet, et behov for assistanse fra utenforstående til å opprettholde sin egenomsorgsevne.

Orem har i sin sykepleiemodell med nettopp dette. Det kan foreligge faktorer når et individ blir skadet, har funksjonssvikt eller er under legebehandling. Som da vil ha behov for å opprettholde egenomsorgsbehovene med assistanse (Cavanagh, 1999).

Slik som kan skje hos pasienter med KOLS. Der pasienten opplever endringer i sin helsetilstand og ikke er i stand til å møte de universelle og helsesviktrelaterte egenomsorgskravene. Som kan oppleve egenomsorgssvikt og har behov for assistanse til å opprettholde de universelle egenomsorgskravene.

Det vesentlige for utarbeidelsen av teorien om egenomsorgssvikt var å klargjøre hva som er sykepleiefagets særegne ansvarsområde (Kirkevold, 1998).

Orem har definert sykepleiesystem som kan være relevant med tanken på problemstillingen i oppgaven. Med denne tenker jeg på der jeg som sykepleier kan bruke hennes tolking i forhold til møte med pasienter i ulike faser av sitt sykdomsforløp. KOLS pasienter kan oppleve behov for ulik hjelp ettersom hvor i sykdomsforløpet de er.

Helt kompensierende sykepleie består i at sykepleieren utfører og overtar pasientens egenomsorg. Pasienten er ofte ute av stand til å dekke sine egne universelle egenomsorgsbehov. Sykepleieren må ivareta disse inntil pasienten, hvis mulig til pasienten kan gjenoppta sin egenomsorg eller har lært å tilpasse seg en eventuell egenomsorgssvikt (Cavanagh, 1999). Dette kan være aktuelt der pasienten opplever forverring og trenger hjelp til å opprettholde de grunnleggende egenomsorgsbehov.

Delvis kompensierende sykepleie er når sykepleieren innehar en kompensierende rolle, men at pasienten er bedre involvert i sin egenomsorg, både i avgjørelse og handlinger (Cavanagh, 1999). Her kan sykepleie til KOLS pasienten være å assistere ved behov, der pasienten opplever begrensinger i sine egenomsorgsbehov. Som for eksempel hjelp til å utføre og lære inhalasjonsteknikk, lære pasienten å puste med leppepust når pasienten opplever åndenød.

Støttende og undervisende sykepleie, passer inn der pasienten er i stand til å ivareta sin egenomsorg. Men som trenger å lære å tilpasse seg nye situasjoner men som trenger assistanse fra sykepleier (Cavanagh, 1999). Her kan det å gi kunnskap om KOLS til pasienten slik at pasienten får kunnskap om hvordan han på best mulig måte kan leve med sin irreversible diagnose.

6.0 Hvordan kan sykepleier redusere angst hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom

I dette kapitlet vil jeg drøfte og finne svar på min problemstilling med bakgrunn i teori, funn i forskning, fagartikler og erfaring fra sykehuspraksis.

6.1 Å gi omsorg i form av trygghet

En pasient som jeg erfarte i praksis som klamret seg om halsen og uttrykte i redsel: *"Gjør noe, jeg er helt stiv om brystet, det klemmer om halsen, jeg får ikke puste."*

Pasienten opplevde uttrygghet og angst som følge at han ikke fikk puste. Vejlgaard & Rasmussen (2007) skriver at angst ved å ikke få puste er et velkjent problem for KOLS pasienter. Opplevelse med dyspné er i seg selv skremmende for disse pasientene, da det nærliggende for å leve er å puste. Det er det elementære for menneskets eksistens.

KOLS pasienter opplever angst, usikkerhet og bekymring ved episoder med dyspné. Som erfart i praksis og slik Vejlgaard & Rasmussen (2007) presiserer så fører dyspné til tungpust og angst medfører også hurtig overfladisk respirasjon. Disse to elementene sammen forverrer angsten så vel som dyspneen. Denne sirkelen kalles for "anxiety-dyspnea-anxiety-cycle" og kan være vond for KOLS pasienten å bryte (Markussen2009). Hun skriver og som jeg selv har erfart i møte med disse pasientene, kan det være vanskelig å skille mellom disse to faresignalene. Dette kan føre til pasienten søker etter trygghetssøkende strategier der han vil isolere seg og unngå faktorer som er faktorutløsende. Det jeg som sykepleier kan gjøre av tiltak er med enkle samtaleteknikker kartlegge hva som er utløsende faktor for pasienten. Da å få pasienten bevisst hva som er det egentlige problemet. Er det dyspné eller angst som er førende.

Da kommer Markussen (2009) med et tiltak som jeg mener er relevant for denne problematikken. Det å ta i bruk et enkelt screeningsverktøy som HAD- hospital anxiety and depression scale. Som med enkle grep og med få minutter kan kartlegge følelser. I hvilken grad disse følelsene er belastende. Er det en følelsesutløst dyspné som ikke krever medikamentellbehandling, kan jeg gjøre KOLS pasienten bevisst på det. Da er det ikke ekstradoser med medikamenter som jeg kan hjelpe pasienten med, men at pasienten har trygghet til meg som sykepleier og som støttende samtalepartner et avgjørende tiltak. Denne formen for trygghet er relasjonstrygghet (Thorsen, 2011).

Jeg må i møte med KOLS pasienten opptre rolig og ha en rolle som pasienten opplever som trygghetsgivende. Å oppleve dyspné og ha en fornemmelse av å bli kvalt er fryktelig angst skapende og Sorknæs (2001) beskriver videre at alt sykepleieren gjør for pasienten må tas hensyn til for å unngå forverrelse. Travelbee (1999) skriver at sykepleierens mål er å hjelpe pasienten med å mestre lidelse og sykdom. Det jeg opplevde i møte med KOLS pasienten er det å gi den varme hånden, en arm rundt skulderen og tilstede værelse kan gi en trygghetsgivende effekt i en episode med dyspné og angst. Travelbee (1999) mener at håp har sammenheng med tillit og trygghet/utholdenhet. Ved at tillit menes den trygge troen på at jeg som sykepleier er i stand til å yte hjelp i en slik nødens stund. Det ved at jeg som sykepleier kan fremme tiltak som trygger pasienten ved at jeg veileder med den kunnskapen og kompetansen jeg innehar. Slik Orem ser på dette er ved at jeg som sykepleier gir delvis kompensere sykepleie. Ved at jeg assisterer ved behov, der pasienten opplever begrensinger i sin egenomsorgsbehov, at jeg da instruerer i leppepust, inhalasjonsteknikker og er der for pasienten (Cavanagh, 1999).

Det som Mjell (2011) legger til grunn å hjelpe pasienten til ulike pusteteknikker, enten å instruere i leppepust, det å sitte for overbøyd med albue på knærne eller hjelpe pasienten i riktig leie i sengen i fowlers leie. At jeg der for pasienten, gir den tryggheten som stole- på- andre- tryggheten (Thorsen, 2011). Andenæs (2001) forklarer at pasienten i et panikkanfall er en urasjonell person som trenger guiding i hva som bør gjøres der og da. Pasienten er ikke i stand til å utføre innlærte pusteteknikker på egenhånd. Slik at jeg som sykepleier her er et viktig element for pasienten til å utføre det som er hensiktsmessig for bedre pusteteknikk. Slik jeg forstår Travelbee (1999) er den trygge troen på at jeg som sykepleier er i stand til å yte den hjelpen KOLS pasienten trenger. Med tanke på at jeg som sykepleier har tilegnet meg kunnskaper og ferdigheter til å håndtere en forverring av KOLS pasientens situasjon. Dette vil da være et trygghets givende tiltak fra meg som sykepleier til pasienten. Ved at han stoler på meg og at jeg er i stand til å iver sette tiltak som er hensiktsmessig.

I flere av studiene viser det seg at dette med KOLS og angst er nærliggende hverandre. Lindgren (2008) sine informanter viste til at angsten ikke bare er relatert til det å ikke få puste. Men de tap av å miste sin måte å leve på før sykdommen inntraff, det å miste kontroll over kroppen, bli hjelpsløs, avhengig av andre og sosialt isolert var noen av de elementene som medfører frykt og angst. I følge Vejlgaard og Rasmussen (2007) er panikkangst noe de fleste KOLS pasienter kjenner til ved forverring. Men sett opp mot Lindgren (2008) er generalisert angst som veier tyngst for de informantene hun refererer til. Da det å engste seg for framtiden, for de tap KOLS medfører og det å måtte begrense sitt liv grunnet sin progredierende lungesykdom. Veilgaard & Rasmussen (2007) skriver at det er ikke sykdommen i seg selv som er tyngst for pasienten å leve med eller angsten rettet mot dyspné som er den tyngste børen. Men tankene på framtiden og videre forløp av sykdommen som kan være en tung bær å bære for KOLS pasienten. Det som er nærliggende for meg som sykepleier er å hjelpe pasienten med å finne fram til praktiske løsninger i hverdagen som er til beste for pasienten. Der jeg kan fremme tiltak med praktisk hjelp i hjemmet og hjelpe pasienten med å finne de løsninger som er til beste for han. Det kan være hjelp til å administrere medisiner gitt av hjemmesykepleie, hjelp til å søke om hjemmehjelp til vedlikehold av husvask og til kles vask. Veilede og tilrettelegge hjelp til transport når pasienten skal til lege, fysioterapeut og lignende.

I studien til Hynninen, Breitve, Wiborg, Pallelsen & Nordhus (2005) fremkommer det at emosjonelle plager og psykologiske faktorer slik som angst til pasienter med KOLS er et utbredt fenomen. Som påvirker livskvaliteten og hvordan pasienter klarer å håndtere sykdommen så vel som livet. I møte med KOLS pasienter jeg har hatt, er det å gi trygghet relatert til mestring. Det kan være et tiltak som kan ha positiv innvirkning på deres emosjonelle plager. Slik jeg opplevde en morgen i praksis, da jeg kommer inn til pasienten utbryter han: *"Å så godt å se deg, du har reddet dagen min."*

En slik uttalelse fikk meg til å reflektere hva mente pasienten med dette, hva var utløsende for en slik kommentar. Og min konklusjon er at jeg som student med god tid til den enkelte er med på å gi trygghet til å være der i nuet. Som kanskje resulterer i mindre angst og som er med på å forhindre situasjonsbetinget dyspné. Segesten (2010) forklarer mine refleksjoner og underbygger min tanke på at emosjonell støtte i form av trygghet er et viktig fundament i relasjon mellom meg og pasienten.

Det er som Thorsen (2011) forklarer at trygghet kan være så mye som pasienten kan oppleve som en trygghets søkende strategi. Der jeg med mitt tonefall, min væremåte i kropp og handlinger, det sagte og usagte kan formidle trygghet eller uttrygghet. De ulike typene av trygghet kan ikke sees på hver for seg i møte med en KOLS pasient. De står i relasjon til hverandre. Jeg mener at definisjonene på ytre trygghet, som relasjonstrygghet, kunnskaps- og kontrolltrygghet og stol-på-andre trygghet er utslagsgivende for hvordan jeg som sykepleier formidler trygghet til en KOLS pasient. Den viktigste tryggheten jeg som sykepleier kan gi KOLS pasienten er at jeg er der for han, slik at vi sammen kan kommunisere på en måte han forstår og som gir pasienten emosjonellstøtte ved at jeg bryr meg.

Nettopp dette fremkommer også i studien til Bjørnsland, Wilde-Larsson & Kvigne (2012).

Pasienter med KOLS kan oppleve episoder med eksaserbasjon og de kan være så dårlige at de må innlegges på sykehus. Informantene i denne studien kunne fortelle at sykepleiere som hadde tid til dem, som lyttet og hvis det var en sykepleier de kjente fra før av. Ga dette pasienten trygghet. Dette underbygger mitt syn at ved å gi omsorg med trygghet og forståelse kan være nyttig i behandlingen av pasienter med KOLS. Det hjelper ikke slik jeg ser det å bare ivareta med medikamentell behandling og fokus på de ytre fysiske faktorene. Men å fremme tiltak ved å ha fokus på pasientens psykiske helse er en like viktig behandling. Nettopp det at pasienten har tiltro og trygghet til meg som sykepleier.

Og Travelbee (1999) svarer mot denne ved å si at det å bli kjent med pasienten er en like gyldig og nødvendig aktivitet som det er å utføre prosedyre og ytre fysisk pleie. Der den mellommenneskelige prosessen spiller inn i lindring av KOLS pasienten.

I en fagartikkel i sykepleien beskriver Botnen, Flon, Haraldsen, Hestvåg, Solberg & Hommelstad (2003) at trygghet er forbundet med at pasienten føler seg ivaretatt. Det å utvikle et forhold til pasienten som ivaretar tilliten mellom pasient og sykepleier er viktig for å kunne gi muligheter for trygghet til KOLS pasienten. Der kommunikasjon og kompetanse er essensiell for å kunne skape tillit. Som erfart selv gir dette pasienten en følelse av å være akseptert og respektert. Pasienten vil da oppleve at han har innvirkning og kontroll på seg og sitt liv og kan da være medbestemmende. Som igjen vil kunne føre til selvkontroll og redusere faktorer som kan utløse angst hos en KOLS pasient. Dette underbygger også Wahl & Hanestad (2002) at sykepleietiltak til en pasient med KOLS dreier seg mer en behandling og pleie knyttet til patologi. Der den vesentlige behandlingen er tiltak rettet mot psykologisk og/eller sosial karakter, er sykepleierens viktige funksjon til denne pasientgruppen.

Det Orem presiserer, det overordnede målet for pasienten, for å opprettholde egenomsorgsbehovet, er å få tilstrekkelig med luft. Det er ikke til å komme bortefra da det er det eneste forenlige muligheten for å opprettholde livet. Ved at jeg som sykepleier her må hjelpe pasienten med å oppfylle egenomsorgsbehovet relatert til helsesviket som dyspné medfører. Jeg som sykepleier må hjelpe en KOLS pasient med å gi helt kompensierende sykepleie slik at han får puste. Det kan være både medikamentell og oksygen behandling. Men dette først etter ordinasjon fra lege.

Ilkjær (2007) presiserer og som støtter mine assosiasjoner til pasienten med KOLS, er at angstens mottrekk er håp.

6.2 Sykepleieren kan understøtte og styrke pasientens håp

Slik pasienten som opplevde et dyspné anfall nevnt i kapittel 6.1, er noe som kan skje opptil flere ganger i pasientens sykdomsforløp. At jeg gir konsis og informative opplysninger som kan fremme pasientens forståelse av hva KOLS innebærer. Men samtidig kunne gi informasjonen ved at det er et håp, at det ikke er vedvarende problem.

Håp kan være så mangt, for kronisk syke som KOLS pasienter, kan håpet være et håp om bedring. En positiv antagelse om endringer, ikke at de skal bli friske og fri fra sin obstruktiv progredierende lungesykdom. Men at problemer kan løses og en tro på framtiden har noe positivt ved seg (Eide & Eide, 2007) Håpet kan gjøre mennesker i stand til å takle vanskelige

situasjoner, nederlag og lidelser (Travelbee, 1999). Hun mener håp gir den syke motivasjon og energi det kreves for å overvinne vanskelige situasjoner.

Men håp er også sammenhengende med tillit og utholdenhet (Travelbee, 1999). Slik at jeg som sykepleier bringer tilbake håp på en ærlig og forstående måte. Det å være utholdende er en evne som må prøves om og om igjen. For å lindre og lette på plagene så må nettopp denne egenskapen være tilstede hos KOLS pasienten. Foruten motivering av håp om lettere tider og bedring i respirasjonen, vil i følge Travelbee (1999) pasienten miste motet og gi opp. Jeg som sykepleier må da jobbe med pasienten slik at håpet og viljestyrken krever en innsats. Det er slik jeg forstår Travelbee (1999) et sykepleietiltak, å være der for KOLS pasienten å fremme livsmot og utholdenhet.

Slik jeg opplevde i praksis en eldre KOLS pasient som ble oppmuntret til å slutte med sigarettbruk, noe som er strekt anbefalt. Han ønsket ikke å få hjelp til dette. Røyken var hans gode og mente selv at han ikke hadde noe å leve for da håpet om fremtiden var blitt borte med diagnosen av sykdommen. Håpet er som Travelbee (1999) beskriver relatert til valg. Pasienten må selv tro på de valg som står åpne for han. Pasienten har friheten til å velge å bestemme selv. Men hun presiserer at det er sykepleierens oppgave å hjelpe pasienten å finne tilbake håpet, når han opplever håpløshet. Jeg som sykepleier må fremme tiltak for pasienten at det er til det beste for han og hans KOLS å slutte å røyke. At det vil være med å redusere symptomene som KOLS medfører og motivere til å delta på kurs for røykeslutt.

Lindgren (2008) forteller i studien at informantene pendlet mellom håp, tvil og håpløshet. Der det kommer fram at livsmot og livsvilje er en sterk drivkraft og ønsket om å leve og akseptere sin nye livssituasjon var felles for disse informantene.

KOLS er som nevnt en sykdom som pasienten ikke kan bli frisk fra. Pasienter vil oppleve episoder der håpet kan virke svakt. Episoder med dyspné er en naturlig del av forløpet. Slike episoder er skremmende for pasienten. Hummelvoll (2006) mener for å gjennomleve lidelse og plage har håpet stor betydning. Travelbee (1999) forklarer at håp er nærliggende til tillit der jeg som sykepleier må kunne bringe troen til en KOLS pasient som opplever en slik situasjon, at jeg er i stand til å yte hjelp og vil gjøre det. Håp er som hun forklarer noe som er i sammenheng med tillit. For viser jeg KOLS pasienten at jeg kan og vil hjelpe når behovet er der, kan jeg bli tillit verdig fra pasientens side.

Med dette skaper jeg rom for mellommenneskelig relasjon der jeg som utøvende sykepleie hjelper pasienten med å mestre lidelse og sykdom. Slik jeg forstår Travelbee (1999) er og bør sykepleie være en mellommenneskelig prosess. Ved at jeg som sykepleieren forstår hva som skjer mellom sykepleier og pasient. At jeg er i stand til å hjelpe den syke med å mestre, lindre og om nødvendig finne mening i dette. Ved at jeg sammen med pasienten kan finne en mening med å slutte å røyke og støtte pasienten under en slik avvenningsperiode.

I følge Lindgren (2008) var ikke informantenes håp bare framtidsrettet, det kunne dreie seg om håp for neste timen eller dagene. Det å komme seg gjennom en episode med dyspné var et håp der og da. Den kampen og ønsket om å leve og finne mening med livet. Som etter en eksaserbasjon blir kroppen svakere og man lever nærmere døden og usikker framtid. Da å understøtte håpet til KOLS pasienten for å finne mestring videre på veien en sentral del av det å yte sykepleie. Foruten håp kan alt virke håpløst. Er håpet borte kan det være vanskelig å motivere til mestring. Det å se mulighetene og finne mening tross for en slik progredierende sykdom. Slik sett kan håpet sees som menneskets sterkeste drivkraft.

6.3 Kunnskap og veiledning for å mestre kronisk obstruktiv lungesykdom

Et møte med en KOLS pasient i praksis som etter undersøkelser hadde fått beskjed at hans lungesykdom hadde eskalert og han spør da ”*Hva er veien videre nå...*”

Det jeg som sykepleier i følge De Yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2011) skal understøtte håp, mestring og livsmot til pasienten. Det ved at jeg sammen med pasienten kan finne strategier for hvordan han kan lære seg å leve med sin progredierende lungesykdom.

Slik som Håkonsen (2009) forklarer at mennesker må finne sin måte eller strategi for å komme seg gjennom en situasjon eller hendelser. Jeg som sykepleier må sammen med pasienten finne hva som er riktig for den enkelte. Da alle mennesker har ulike forutsetninger for å komme seg gjennom en slik kronisk sykdom som KOLS.

Mestring kan ikke sidestilles til en KOLS pasient at den vil løse problemet. Da enkelte problemer relatert til KOLS ikke kan løses siden sykdommen er irreversibel og man da bare kan finne måter å leve videre med diagnosen. Reitan (2010) beskriver dette slik at jeg kan

støtte meg til denne tanken på å finne mestring sammen med pasienten. Uansett hvilke strategi man velger å bruke, er den primære hensikten med strategier å finne mestring. De følelsene som kan følge en dyspné episode eller eksaserbasjon er å fjerne ubehaget, redusere intensiteten og at pasienten kan få kontroll over seg selv og følelsene en slik situasjon medfører.

KOLS pasienter jeg traff i praksis har fortalt at det å leve med en kronisk sykdom som de har, medfører en rekke hindringer i deres liv. Der valgene de foretok seg avhenger av hva pusten tålte. Andenæs (2007) viser til i sin studie at dette er noe som følger pasienter med KOLS i deres sykdomsforløp. Der de må lære seg å mestre sitt liv med sykdommen da den har satt begrensinger som reduserer livskvaliteten. Da KOLS påvirker deres muligheter til arbeid og familieliv. Som virker inn på relasjon til ektefeller og barn. Der deres sosiale liv blir innskrenket for de har ikke krefter til å være deltagende. De kan oppleve begrensinger siden de er avhengig av andre for å gjennomleve hverdagen.

Travelbee (1999) legger til grunn at sykepleie er å hjelpe KOLS pasienter å gjenvinne helsen eller komme seg etter en akutt sykdomsfase er vesentlig. Ved at jeg som sykepleier hjelper pasienten å mestre erfaringer med sykdommen og de lidelsene som følger med. Ved at jeg må være meg bevisst, at jeg sammen med KOLS pasienten kartlegger hans ønske for behov og hjelp (Bredland, Linge & Vik, 2002). Og har som tilsiktet fokus at pasienten er et autonomt menneske og må møtes med respekt. Ta pasientens problemer på alvor og la pasienten få ha så stor innflytelse på egne valg som mulig (Eide & Eide, 2007). Dette ved at jeg sammen med pasienten finner løsninger som han kan mestre der og da, om det er mest hensiktsmessig å spise før han tar fatt på andre gjøremål for dagen. Eller om pasienten vil ha hjelp til stell før frokost.

Dette skal vi respektere. For mennesker har rett og skal respekteres for sine avgjørelser. Dette er nedfelt i pasientrettighetsloven der pasienten skal være medbestemmende. Men sett oppi mot Travelbee skal den profesjonelle sykepleieren gå inn for å nettopp hjelpe en pasient som lider av en kronisk sykdom å mestre sykdommen og lidelsen men også finne mening i disse erfaringene. Dette er som Travelbee (1999) beskriver den profesjonelle sykepleierens vanskeligste oppgave.

Orem viser til i sin sykepleieteori som kan være en vei for KOLS pasienter å lære å mestre sin angst og leve med sin irreversible luftveissykdom. Er ved at jeg som sykepleier gir støttende og undervisende sykepleie. Slik at pasienten er i stand til å ivareta sin egenomsorg så langt han klarer det selv, dette kan det være en god mestring strategi.

Og dette underbygger Gjengedal & Hanestad (2007) ved at behovet for kunnskap om sin egen sykdom kan være til hjelp for å mestre det å leve med KOLS.

I studien til Lindgren (2008) fremkommer det blant hennes informanter og som underbygger min teori på sykepleie for å redusere angst hos pasienter med KOLS. For at de skal takle å leve med sin KOLS er behovet for tilrettelegging og kunnskap om sin diagnose et viktig tiltak jeg som sykepleier må tilrettelegge. Da må jeg som sykepleier fremme tiltak ved å finne hva pasienten har behov for i sin fase av sykdomsutviklingen. Jeg kan gi KOLS pasienten kunnskap i egen sykdom gjennom samtaler, men også henvise videre der jeg mener jeg ikke har kompetanse til. Slik som Orem presiserer at jeg som sykepleier gir støttende og undervisende sykepleier. Da ved at jeg gir kunnskap til KOLS pasienten om hvordan han best mulig kan leve med sin irreversible diagnose. At jeg gir tiltak i form av støttesamtaler for hvordan pasienten kan leve på en hensiktsmessig måte. Tiltross for begrensingene KOLS medfører, slik at pasienten klarer å ivareta sin egenomsorg. At jeg kartlegger den enkeltes behov for hva som er riktig for akkurat den pasienten (Bredland, Linge & Vik, 2002). Det å bli sett og hørt og gi psykologisk støtte er viktig for KOLS pasienten.

Dette med kunnskap fremkommer også i studien til Bjørnsland, Wilde-Larsson & Kvige (2012). Der pasientene ved økt kunnskap om egen sykdom medvirket til at de var tydelige på egne behov og bevisst egen kunnskap, som førte til at pasientene opplevde å ha medvirkning til egen helse. Det fremkommer i studien at når sykepleieren er tilstedeværende, etterspør pasientens meninger og erfaringer. Gir tiltrekkelig informasjon som pasienten forstår og som er meningsfull er det med på å gi en likeverdig relasjon for KOLS pasienten. Dette er med å gi mestring til pasienten. Det motsatte av dette vil gjøre KOLS pasienten utrygg og de klarte ikke å være klare på egne behov når sykepleieren ikke var imøtekommende, innbydde til samtale eller etterspurte pasientens meninger. Dette ga utslag i utrygghet som resulterte til problemer med å takle angst og dyspné.

Travelbee (1999) forklarer at sykepleierens oppgave er å planlegge, tilrettelegge og lede interaksjonen med en pasient med KOLS på en måte som tjener sykepleierens mål og hensikt. Ved at jeg som utøvende sykepleier til KOLS pasienten kan forstå hva denne pasienten kommuniserer og bruke denne informasjonen i planleggingen av sykepleieintervensjonen. Slik at jeg vet om det er en kommunikasjon der og hva som kommuniseres mellom meg som sykepleier og pasienten. For slik hun presisere er hele målet med en slik interaksjon å lære

den syke å kjenne og fastslå og ivareta den sykes sykepleiebehov. Som her ved økt kunnskap om sin egen sykdom. Ved dette vil jeg kunne fremme tiltak i hvordan kunnskap og undervisning til pasienten vil kunne foregå. Om pasienten er i stand til å ta i mot informasjon og veiledning.

Det er som Wahl & Hanestad (2002) presiserer, dette må planlegges og ta hensyn til i hvilke fase av KOLS sykdommen pasienten finner seg i. Der dette med psykososial invertering som jeg har erfart med KOLS pasienter er av betydning for deres mestring av sykdommen. For hensikten med sykepleieinvertering til kronisk syke er å være med på å forme sykdommens kurs, men samtidig være til slik nytte at det optimaliserer livskvaliteten til KOLS pasienten.

I studien til Bentsen, Wentzel-Larsen, Henriksen, Henriksen & Rokne (2009) fremkommer dette med tro på egen mestring fram. Der opplæring i sykdommen KOLS som pasienten lever i sitt daglige liv. Denne studien viser en signifikant reduksjon i psykososiale konsekvenser av sykdommen KOLS etter å ha deltatt i lunge rehabiliteringsprogram. Denne tilretteleggingen og undervisningen går ut på undervisning, trening og psykososial støttesamtaler. KOLS pasienter fikk individuelle økter med sykepleier og fysioterapeut med spesialfelt på lungesykdommer. Pasientene opplevde at treningen bidro til å redusere muskelsvakheter som oppstår når de begrenser sin aktivitet grunnet dyspné og tretthet. Dette ga seg positivt utslag i forbedret livskvalitet. Den self-efficacy følelsen ble høyere da KOLS pasienten opplevde kontroll på hans evne til å utføre eksakt adferd eller endre tankemønstre slik at symptomer på KOLS kunne takles og det ga forbedret livskvalitet.

Dette vil igjen resultere i mulig færre innleggelse i sykehus når pasienten opplever mestring og kontroll over sin sykdom. Ved at de selv kan bidra til å ivareta sin egen helse. Dette er med på å gi økt tro på seg selv.

I Hynninen (2013) sin doktoravhandling kommer det fram at kognitiv adferdsterapi kan være til hjelp mot angst og depresjoner hos KOLS pasienter. Gruppebehandling med kognitiv adferdsterapi ga utslag ved at medlemmene fikk en følelse av tillit og støtte fra andre medlemmer som fremmet det å kunne mestre angst og depresjon. Kombinert gruppebehandling med kognitiv adferdsterapi og pasientopplæring økte pasientens self-efficacy følelse. Det fremkommer også at det å gi støttesamtaler og at KOLS pasienter var med i støttegrupper kunne bidra til reduksjon av angst og depresjoner til en viss grad. Slik jeg forstår dette kan sammenhengen være at KOLS pasientene finner læring og forståelse gjennom hverandre som et tiltak for hvordan lære seg å håndtere angst og depresjon.

Disse studiene samsvarer med samtalene jeg har hatt med KOLS pasienter gjennom min praksis, der de forteller at kunnskap om egen sykdom, at de vet hva som kan ventes rundt neste sving kan være med på å gi de positive håp og at de mestrer sin sykdom med påfølgende symptomer slik som dyspné, angst og ved alvorlig eksaserbasjon på en mer hensiktsfull måte. Slik jeg oppfatter de yrkesetiske retningslinjene for sykepleie, skal jeg fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig tilpasset informasjon og forsikre meg at pasienten med KOLS har forstått det som blir sagt.

Mestring for KOLS pasienten ved å få økt kunnskap, er slik jeg forstår Eide & Eide (2007) å gi pasienten et håp at symptomer de sliter med vedrørende sin lidelse, vil la seg kunne bringe under kontroll. Men at jeg som sykepleier må kunne gi psykologisk og eksistensiell støtte, dette er noe disse pasientene behøver. Den profesjonelle sykepleierens rolle er å hjelpe syke mennesker til å oppleve håp for å mestre sykdom og lidelse (Travelbee, 1999).

7.0 Konklusjon

Jeg har med denne oppgaven prøvd å belyse hva jeg som sykepleier kan gjøre for å redusere angst hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom.

Det er mange utfordringer denne pasientgruppen har relatert til sin sykdom. Deres liv får en annen betydning når hensynet i alt de foretar seg, er hensynet til hva deres respirasjon tåler i ulike situasjoner. Jeg har ikke gått inn på alle sidene vedrørende KOLS. Siden mitt fokus har ligget på det psykososiale området. Jeg vet av erfaring at pasientene trenger mye guiding i ulike pusteteknikker, på ulike medisinske behandlinger, på ulike måter å få tilført oksygen. Men dette avgrenset jeg, da jeg etter min praksis erfarte dette området er i fokus i behandlingen av KOLS pasienter.

Jeg fattet interesse for pasienten bak sykdommen og undret meg og reflektert på hvordan de opplever livet med seg selv og sin sykdom. Hva han tenker er viktig for å takle sine symptomer som følger ved anfall av dyspné. Det som rører seg innenfor den fysiske kroppen er en faktor som ikke alltid er lett for helsepersonell å gripe tak i.

Så etter min bearbeidelse med oppgaven og forskning jeg har lest, er den psykiske helsen et viktig element å ha fokus på i behandlingen av KOLS pasienter. Helse er ikke bare hvordan den fysiske helsen, men også den psykiske helsen til pasienten. Det å ivareta hele pasienten som det unike individet det er, med å ha fokus på helheten.

Slik den ene studien der informanten kunne fortelle at det ikke er tungpusten som er det verste å leve med, men de følelsesmessige og emosjonelle plagene som kommer ved tungpust.

Det er viktig med psykososial støtte, informasjon, at jeg som sykepleier har tid og er der for pasienten når han trenger det. At jeg er lyttende og spør pasienten om hans erfaringer og hvordan han opplever og har det.

Denne skriveprosessen har vært informativ da jeg har funnet linker opp mot mine erfaringer. Der det å lindre de fysiske plagene, ikke er ensbetydende med at pasienten lever bra med sin KOLS. Men de psykososiale inverteringstiltakene er like viktige for at KOLS pasienten kan føle seg ivaretatt av meg som sykepleier. At disse elementene ved å understøtte håp og gi trygghet og kunnskap er faktorer som kan være med på å lette angsten relatert til KOLS.

Jeg håper denne oppgaven kan være til nytte og at vi som helsepersonell kan prøve å se pasienten bak sykdommen og hvordan han egentlig har det.

Og jeg støtter min konklusjon mot studien til Hynninen, Breitve, Wiborg, Pallelsen & Nordhus (2005). Der de også konkluderer med at de psykologiske variablene relatert til KOLS pasienter bør tas med i betraktning i behandlingen. Slik som angst er tilleggs sykdom til KOLS. Men at det trengs strenge metodisk design studier for å kunne kartlegge de psykologiske variablene som kan følge med denne sykdommen.

Et sitat fra Corbin & Strauss, sitert i Wahl & Hanestad (2002) belyser min konklusjon slik:

Since cure is not possible, the supportive assistance should be seen as an ongoing process that includes a "trajectory" orientation. It should be in accordance with the change in clients' illnesses and families' living conditions, while always keeping in mind where clients have come from and where they might possibly go.

8.0 Litteraturliste

Andenæs, R (2001). Følelser og mestring hos pasienter med kronisk obstruktiv lungelidelse(KOLS). I E. Tangen & R. Jakobsen (Red.), *Sykepleie – Praksis og utvikling* (s.550-561). Oslo: J.W. Cappelens forlag a.s.*

Andenæs, R. (2007). Stress, mestring og livskvalitet hos pasienter med kronisk obstruktiv lungelidelse. I E. Gjengedal & B. R. Hanestad(Red.), *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursending*. (2utg., s. 208- 221). Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS.*

Bastøe, L. K. (2007). Reaksjoner og strategier i bearbeiding av sykdom og skade. . I T. E. Mekki (Red.). *Sykepleieboken 1 – Grunnleggende sykepleie* (3. utg.,s. 27-51). Oslo: Akribe.

Bentsen, S. B., Wentzel-Larsen, T., Henriksen, A. H., Rokne, B. & Klopstad Wahl, A. (2009). Self-efficacy as a predictor og improvement in health status and overall quality og life in pulmonary rehabilitation.

Lokalisert på:

<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.hihm.no/science/article/pii/S0738399109005977> *

Bjørslund, B., Wilde-Larsson, B. & Kvigne, K. (2012). Opplevelse av brukervedvirkning i sykehus. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 8(1), 20-33. Lokalisert på: <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/2329/2151> *

Botnen, B. M., Flon, H. d., Haraldsen, T., Hestvåg, H., Solberg. H. B. & Hommelstad. J. (2003). Sykepleie gjør forskjell. *Sykepleien*. 91(13):44-46.

Lokalisert på:

<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/119500/sykepleie-gjor-forskjell>. *

Bredland, E. L., Linge O. A., & Vik, k.(2002). *Det handler om verdighet. Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid*. (2. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk. *

Brodtkorb, K (2010). Respirasjon og sirkulasjon. I Kirkevold, M, Brodtkorb, K & Ranhoff, A. H (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (s. 319-332). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Cavanagh, S. J. (1999). *OREMs sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk*
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk AS.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fagermoen, M. S. (1992). Pasienten – et menneske. I H. Almås (Red.). *Klinisk sykepleie* (s. 25-34). Oslo: Universitetsforlaget. *
- Gjengedal, E & Hanestad, B. R. (2007). Om kronisk sykdom. I E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring*. (2utg., s. 10-26). Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS.*
- Gulsvik, A. & Bakke, P. S (2004). *Lungesykdommer - En basal innføring*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke. *
- Helsedirektoratet. (2012, november). *KOLS – Nasjonal faglig retningslinjer og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging*. (Rundskriv IS-2029). Oslo: Direktoratet. *
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1998). *Ansvar og mestring. Mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk*. (St.meld. nr. 21, 1998-1999). Lokalisert på: <http://www.regjeringen.no/nn/dep/hod/Dokument/proposisjonar-og-meldingar/stortingsmeldingar/19981999/stmeld-nr-21-1998-99-.html?id=431037>.*
- Hem, K.-G. & Eide, A.H. (2009). Levekår for personer med kols. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 129:1465-8. doi:10.4045/tidsskrift.09.28233.*
- Holst, I. J. (2007). Respirasjon. I T. E. Mekki (Red.). *Sykepleieboken 1 – Grunnleggende sykepleie* (3. utg.,s. 337-359). Oslo: Akribe.
- Hummelvoll, J. K (2006). *Helt – ikke stykkevis og delt* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Hynninen, M. (2013). *Anxiety, depression and sleep disturbance in chronic obstructive pulmonary disease (COPD)* (Doktorgradsavhandling). Bergen: Universitetet i Bergen.

Hynninen, K. M. J., Breitve, M. H., Wiborg, A. B., Pallesen, S. & Nordhus, I. H. (2005). Psychological characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease. Lokalisert på:

<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.hihm.no/science/article/pii/S0022399905000966> *

Håkonsen, K. M (2009). *Innføring i psykologi* (4utg.) Oslo: Gyldendal Akademiske.

Ilkjær, I (2007). Den døende pasienten. Døden som sosialt og sosiologisk-biologisk fenomen. I T. E. Mekki (Red.). *Sykepleieboken 1 – Grunnleggende sykepleie* (3. utg.,s. 671-709). Oslo: Akribe.

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Knutstad, U. (2008). I U. Knutstad (Red.). *Klinisk sykepleie – Sykepleieboken 3* (s. 9-20). Oslo: Akribe.

Kvaal, K. (2010). Angst og depresjon. I Kirkevold, M, Brodtkorb, K & Ranhoff, A. H (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (s. 383-394). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lindgren, S. (2008). *Veien blir jo så smal etter kvært. En studie av levd erfaring av å leve med alvorlig kronisk obstruktiv lungesykdom(KOLS)*. Lokalisert på bibsys oria: <http://munin.uit.no/handle/10037/1493> *

Markussen, H, Ø, Wang, I.-J. H & Norstein, G. M. (2001). Sykepleie til pasienter med lungesykdommer. I E. Tangen & R. Jakobsen (Red.), *Sykepleie – Praksis og utvikling* (s.522-549). Oslo: J.W. Cappelens forlag a.s.*

Markussen, K. (2009). Kols gir angst. *Sykepleien*, 97(09):70-71. Lokalisert på: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/198990/kols-gir-angst>. *

Mjell, J. (2011). Sykdommer i respirasjonsorganene. I S. Ørn, J. Mjell & Bach-Gansmo(Red.), *Sykdom og behandling* (s.209.241). Oslo: Gyldendal Akademisk.*

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006). *Sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning*. *

Norsk Sykepleieforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: NSF. *

Oksholm, T. (2008). Sykepleie til pasienter med lungesykdommer. I U. Knutstad (red.), *Sykepleieboken 3 – Klinisk sykepleie* (s.191 – 237). Oslo: Akribe.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient – og brukerrettigheter*. LOV 1999-07-02 nr.63. Helse – og omsorgsdepartementet. *

Reitan, A. M. (2010). Mestring. I U. Knutstad(Red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie – Sykepleieboken 2* (s.74-107). Oslo: Akribe.

Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?* Oslo: Gyldendal Akademisk.*

Segesten, K. (2010). Trygghet og utrygghet ved uklar og / eller alvorlig sykdom. I U. Knutstad(Red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie – Sykepleieboken 2* (s.125-136). Oslo: Akribe.

Skjønberg, O. H (2010). Lungesykdommer. I Jacobsen, D, Kjeldsen, S. E, Ingvaldsen, B, Buanes, T & Røise, O (Red.), *sykdomslære – indremedisin, kirurgi og anestesi* (2utg., s. 121-161). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Skårderud, F, Haugsgjerd, S & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken – Sinn - kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk. *

Sorknæs, A. D. (2001). Spesiell sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom. I H. Almås (Red.). *Klinisk sykepleie 1*. (3utg., s.284-365). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thorsen, R. (2011). Trygghet. I E.-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie – Bind 3. Pasientfenomener og livsutfordringer.* (2utg., s. 105-132). Oslo: Gyldendal Akademisk AS.*

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie.* Oslo: Gyldendal Akademisk. *

Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker... Om veiledning i empowermentprosessen.* Bergen: Fagbokforlaget Vigmosted & Bjørke AS.

Vejlgaard, T & Rasmussen, T. R. (2007). Palliativ indsats ved kronisk obstruktiv lungesykdom. I S. Kaasa(Red.), *Palliasjon – Nordisk lærebok* (2utg.,s. 605-617). Oslo: Gyldendal Akademisk.*

Wahl, A. k. & Hanestad, B. R. (2002). Psykososial intervensjon og kronisk sykdom. *Sykepleien.* 90(21b):38-41.

Lokalisert på:

<http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/121796/psykososial-intervensjon-og-kronisk-sykdom>. *