



UNIVERSITETET I  
NORDLAND

**Hvordan kan sykepleiere hjelpe pasienter å mestre sterk angst,  
i forbindelse med en KOLS – forverring?**

Kurskode: SY180H

Emnenavn: Bacheloroppgave i sykepleie

Dato: 26. April 2013

Kandidatnr.: 47

Totalt antall sider: 42

## **Innholdsfortegnelse**

Innholdsfortegnelse .....	i
1.0 INNLEDNING .....	1
1.1 Presentasjon av tema og problemstilling .....	1
1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling .....	2
1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen .....	2
1.4 Oppgavens hensikt .....	3
1.5 Oppgavens disposisjon .....	3
2.0 METODE .....	4
2.1 Vitenskapsteoretisk forankring .....	4
2.2 Valg av metode .....	4 - 4
2.3 Kildesøking .....	5
2.3.1 Problemstilling .....	5
2.3.2 Pensumbøker .....	5
2.3.3 Selvvalg litteratur .....	6 - 6
3.0 TEORI .....	8
3.1 Kronisk obstruktiv lungesykdom .....	8
3.1.1 Årsak .....	8 - 9
3.1.2 Forekomst .....	9
3.1.3. Symptomer og tegn .....	9
3.1.4. Diagnose .....	9 - 10
3.1.5 Behandling .....	10
3.1.6 Komplikasjoner .....	10
3.1.7 KOLS – forverring .....	11
3.1.7.1 Symptomer på KOLS - forverring .....	11
3.1.7.2 Behandling under KOLS - forverring .....	11
3.1.7.3 Konsekvensen av en KOLS - forverring .....	11
3.1.8 Prognose og forebygging .....	11 - 12

3.1.9 Konsekvenser av å ha KOLS .....	12
3.2 Angst .....	12
3.2.1 Forekomst.....	13
3.2.2 Symptomer .....	13
3.2.3 Typer angstlidelser .....	13
3.2.4 Angstnivåer .....	13 - 13
3.2.5 Behandling .....	14
3.2.6 Angstens konsekvenser .....	14 - 15
3.3 Sykepleieteori.....	15
3.3.1 Benner og Wrubel omsorgsteori .....	15
3.3.1.1 Betydningen av omsorg.....	15 - 16
3.3.1.2 Menneskesyn - å være en person.....	16
3.3.1.3 Symptomets mening.....	16 - 17
3.3.1.4 Hvordan menneske opplever og mestrer stress og sykdom.....	17 - 18
4.0 DRØFTING .....	19
4.1 En opplevelse fra praksis.....	19
4.2 Ved å mestre angst hos pasienter med KOLS, kan sykepleieren bedre livskvaliteten for pasienten, og redusere helsekostnader i samfunnet.....	19
4.3 Sykepleieren kan hjelpe pasienten å mestre sterk angst ved å gi omsorg.....	20
4.4 Sykepleieren kan danne et grunnlag for å hjelpe pasienten til å mestre sterk angst, ved å gi omsorg som skaper trygghet og tillit .....	20 - 21
4.5 Ved at sykepleieren forstår pasientens situasjon, kan hun hjelpe pasienten å mestre sterk angst.....	21 - 22
4.6 Hvordan en sykepleier kan opptre og hjelpe pasienten å mestre angsten i en akutt situasjon.....	22 - 23
4.7 Ved å forstå hva som oppleves som stress og mestring, kan sykepleieren hjelpe pasienten å mestre sterk angst.....	23 - 25
4.8 Sykepleieren kan hjelpe pasienten å mestre sterk angst, ved å lytte og bekrefte...	25 - 26

4.9 Ved at sykepleieren bruker sin pedagogiske funksjon, kan hun hjelpe pasienten å mestre angsten.....	26 - 27
4.10 Ved å anvende sin organisatoriske kompetanse kan sykepleieren hjelpe pasienten å mestre sin angst.....	27 - 28
4.11 Sykepleieren kan hjelpe pasienten å mestre sterk angst, gjennom problemfokustert mestring og emosjonsfokustert mestring.....	29
4.12 Å være omsorgsfull er ikke nok.....	30
4.12.1 Oksygenbehandling.....	30
4.12.2 Forstørvæske.....	30
4.12.3 Antibiotika.....	31
4.12.4 Steroider.....	31
4.12.5 Observasjoner.....	31
4.12.6. Ernæring og fysisk aktivitet.....	31
4.13 Utskrivelse.....	31 - 32
5.0 AVSLUTNING.....	33
Litteraturliste.....	34 - 40
Vedlegg 1 .....	41 - 44

## 1.0 INNLEDNING

Dette er en avsluttende oppgave ved bachelor studie i sykepleie. Oppgavens teoretiske innhold vil være om KOLS, angst og mestring. Det vil drøftes hvordan sykepleiere kan hjelpe pasienter å mestre sterk angst i forbindelse med en KOLS – forverring.

Oppgaven har et omfang på 9875 ord.

### 1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

KOLS er en folkesykdom som er i stadig fremvekst over hele verden (Helsedirektoratet, 2012). Mellom 250 000 og 300 000 mennesker i Norge har trolig KOLS, og på verdensbasis er KOLS den fjerde ledende årsaken til død (GOLD, 2011., Helsedirektoratet, 2012). KOLS er en sykdom med flere komorbiditeter, og angst (i tillegg til depresjon) er den vanligste og minst behandlede komorbiditeten (Helsedirektoratet, 2012., Maurer, Rebbapragada, Goldstein, Kunik, Yohannes & Hanania., 2008). Forekomsten av angst varierer ifra 10 % - 19 % hos pasienter med stabil KOLS, og mellom 9,3 % - 58 % hos pasienter som nylig er skrevet ut av sykehuset på grunn av en KOLS – forverring (Maurer et. al., 2008). Ubehandlet eller for dårlig behandling av angst har store konsekvenser både for pasienten og helseøkonomien. Den fører til økt hyppighet av sykehusinnleggelseser, langvarig liggetid, økte konsultasjoner med fastlegen, økt dyspné, fysiske begrensninger og resulterer i fravær av sosiale aktiviteter, isolasjon, og er forbundet med dårligere livskvalitet og tidligere død (Helsedirektoratet, 2012., Maurer et. al., 2008., Moll, Lange & Dahl, 2011., Willgoss, Yohannes, Goldbart & Fatoye., 2012).

Oppgaven vil rette fokus på hva sykepleiere som jobber på sykehus kan gjøre for å hjelpe pasienter med KOLS – forverring å mestre sterk angst.

Dermed har jeg kommet frem til denne problemstillingen:

*Hvordan kan sykepleiere hjelpe pasienter å mestre sterk angst, i forbindelse med en KOLS - forverring?*

## **1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling**

Grunnen til at jeg vil skrive om dette temaet, er at jeg har vært i praksis på en medisinsk avdeling, hvor jeg møtte mange pasienter med KOLS. På slutten av praksisen skrev jeg et refleksjonsnotat, som handlet om en pasient som opplevde sterk angst ved en KOLS – forverring. Jeg så i forbindelse med oppgaven og i samtale med pasienten hvor stor påvirkning angsten hadde på ham, og jeg undrer meg til den dag i dag om hvorfor ikke angsten blir tatt mer på alvor. Jeg så ikke at pasienten fikk noe behandling spesifikt rettet mot angst eller tiltak for å hjelpe pasienten å mestre den. Jeg vil derfor skrive en oppgave som kan gi meg mer kunnskap om temaet, en bedre forståelse av sammenhengen mellom KOLS – forverring og angst, og hvordan sykepleiere kan hjelpe pasienter og mestre angsten. Jeg vil rette fokus på det å se mer enn bare de fysiske utfordringene, men også de psykiske utfordringene pasienten kan oppleve ved en sykdom.

## **1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen**

Jeg har valgt å konsentrere meg om pasienter innlagt på sykehus. Fokuset er personer med KOLS som opplever en KOLS – forverring, med påfølgende sterk angst.

Siden KOLS berører så å si alle aspekter ved mennesket vil jeg komme inn på andre problemstillinger forbundet med KOLS, men de vil ikke stå i hovedfokus. Jeg tar ikke for meg andre komorbiditeter som kan opptre som følge av, eller i tillegg til KOLS, som for eksempel lungekreft, arteriosklerotiske hjertekarsykdommer, anemi og luftveissykdommer (Moll, Lange & Dahl, 2011., Helsedirektoratet, 2012). Komorbiditeten depresjon vil nevnes siden angst og depresjon ofte sees sammen (Maurer et. al., 2008).

Jeg har valgt og avgrenset til pasienter som er i stadium 3 – 4 av sykdomsutviklingen, siden det er her de opplever KOLS – forverringer hyppigst (Moll et. al., 2011). Jeg avgrenser ikke i forhold til kjønn da tiltakene kan være relevante uansett hvilket kjønn personen er i (Helsedirektoratet, 2012).

Jeg bruker forkortelsen KOLS, som står for kronisk obstruktiv lungesykdom. Sykepleieren blir ofte betegnet som ”hun”, pasienten som ”han”, Benner og Wrubel som ”teoretikerne” og praksis på medisinsk avdeling, som ”praksis”.

## **1.4 Oppgavens hensikt**

Jeg ønsker å lage et produkt som retter seg hovedsakelig mot sykepleiere, men som også andre helsefagarbeidere og de som berøres av sykdommen kan ha interesse av lese, og som kan være lærerikt. Hensikten er også å rette mer oppmerksomhet mot KOLS og hvor viktig det er å se den psykiske plagen angst, som kan opptre i forbindelse med sykdommen.

Gjennom fordypning i temaet ønsker jeg å få mer innsikt i hva KOLS og angst er, og hvordan disse henger sammen. Hvordan sykepleieren kan hjelpe KOLS pasienter å mestre angsten. Og også hvordan jeg best mulig kan jobbe med denne gruppen pasienter når jeg er ferdigutdannet.

Jeg vil vise mine evner til å kunne finne ny kunnskap. Søke etter, kritisk granske og vurdere vitenskapelige forskningsartikler. Hensikten er også å vise mine evner til å skrive en fordypningsoppgave, trekke inn relevante sykepleieteoretikere, trekke inn relevant litteratur fra pensum og selvvalg litteratur, og kunne drøfte mine funn fra litteraturen opp mot problemstillingen.

## **1.5 Oppgavens disposisjon**

Oppgaven viser faglig innsikt innenfor et begrenset problemområde, og tar for seg et tema som er aktuelt i dagens helsetjeneste. Oppgaven består av fem kapitler. Videre i oppgaven, vil jeg i kapittel to presentere hva metode er, hvilken vitenskapsteoretisk forankring og hvilken metode jeg anvender i oppgaven. Videre i kapittelet beskriver jeg hvordan jeg har funnet litteraturen jeg bruker i oppgaven. I kapittel tre, presenteres oppgavens teoridel, der KOLS og angst, samt Benner og Wrubels sykepleieteori blir beskrevet. I kapittel fire, drøfter jeg mine funn fra teorien opp mot problemstillingen, i tillegg til at jeg anvender eksempler og observasjoner fra praksis, supplerende forskning og litteratur for å belyse problemstillingen ytterligere. I kapittel fem avslutter jeg med å trekke frem de funnene jeg har gjort i lys av teorien og drøftingen.

Oppgaven består som nevnt av eksempler og observasjoner, disse er fra et middels stort sykehus i Norge, hvor pasientene er anonymisert.

## **2.0 METODE**

En metode er ifølge Dalland et redskap i møte med noe vi vil undersøke. Den sier noe om hvordan vi burde gå frem for å etterprøve eller fremskaffe kunnskap. Dalland henviser til Vilhelm Aubert, som ofte blir sitert i spørsmål om hva en metode er (Dalland, 2012).

Vilhelm Aubert definerer metode som:

*”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”* (Dalland, 2012:111).

### **2.1 Vitenskapsteoretisk forankring**

Mitt metodevalg springer ut fra en forklarende og en forstående kunnskapsforståelse. For å svare på problemstillingen i oppgaven kreves det kunnskap om hele mennesket (positivisme) og forståelse for pasientens situasjon (hermeneutisk vitenskap) (Dalland, 2012).

### **2.2 Valg av metode**

Innenfor samfunnsvitenskapen skiller man mellom kvantitative og kvalitative metoder. De kvantitative metodene tar sikte på å forme informasjon eller data, om til målbare enheter som kan beskrive fenomener ved hjelp av tall. Mens kvalitative metoder tar sikte på å fange opp meninger og opplevelser, og benyttes for å få data som karakteriserer et fenomen (Dalland, 2012).

Opgaven tar utgangspunkt i en kvalitativ metode, og er basert på en litterær oppgave. Det betyr at man studerer litteratur om virkeligheten, der de skriftlige kildene vil være relevante i forhold til problemstilling min (Ibid).



Jeg mener at pasientens tanker og opplevelser rundt problemstillingen vil komme best mulig frem ved at jeg anvender litteratur og artikler som belyser temaet, samt mine observasjoner fra praksis. Og jeg tror at mitt kunnskapsnivå innen temaet vil øke når jeg får satt meg godt inn i fagstoff fra bøker og forskningsartikler. En ulempe kan være at jeg lett kan bli påvirket av forfatterens syn, eller misforstå meningen om forfatteren skriver på et annet språk, enn norsk, som er mitt morsmål (Ibid).

## **2.3 Kildesøking**

Kildesøking handler om å beskrive hvordan man kommer frem til den litteraturen som brukes for å belyse problemstillingen på best mulig måte (Dalland, 2012).

Opgaven er basert på pensumlitteratur fra studiets tre år og selvvalgt litteratur, som er relevant i forhold til problemstillingen.

### **2.3.1 Problemstilling**

Det hele startet med å formulere problemstillingen. Dermed kunne jeg trekke ut de elementene jeg visste var relevante, for deretter og finne litteratur om dem.

### **2.3.2 Pensumbøker**

Pensumbøkene jeg har valgt å bruke har jeg kjøpt ettersom vi har brukt dem i sykepleiestudiet. Om det har kommet nye utgaver av boken, har jeg skaffet meg den nyeste versjonen, slik at den er så oppdaterte som mulig. Jeg har da sjekket om det er en nyere versjon av boken gjennom skolens bibliotek katalog på internett, Bibsys Ask, for deretter og låne boka gjennom biblioteket. I litteraturlisten har jeg laget en oversikt over pensumbøkene jeg har valgt å bruke. Grunnen til at jeg bruker dem er fordi de er gode kilder i forhold til problemstillingen. De fleste av disse bøkene er skrevet for helsearbeidere, noe som gjør at forfatteren skriver om temaet sett i en helsearbeiders øyne. De aller fleste er også skrevet av helsearbeidere. Bøkens utgivelsesår varierer, men jeg har prøvd å holde meg til så ny litteratur som mulig.

### 3.2.3 Selvvalg litteratur

For å finne relevante bøker, og offentlige dokumenter, har jeg brukt skolens bibliotekskatalog på internett, Bibsys Ask, for deretter å finne de i skolens bibliotek. Om boken jeg ville ha ikke var der, har jeg reservert den, eller fått bibliotekaren til å bestille den fra et annet bibliotek for meg. Her brukte jeg søkeordene;

- KOLS/COPD
- Kronisk obstruktiv lungesykdom/ Chronic obstructive pulmonary disease
- Lungesykdommer/ Pulmonary diseases
- Angst/ Anxiety
- Mestring/ Coping/ Management
- Mestringsteorier/ Coping - strategies
- Sykepleieteoretikere/ Nurse theorists
- Benner og Wrubel

Lover og forskrifter er funnet via internett og på troverdige sider, slik som lovdata.no eller regjeringen.no.

For å finne artikler har jeg søkt i forskjellige databaser. Disse fant jeg ved å bruke bibliotekets nettside for fagressurser, samt helsebiblioteket.no. Her ligger de mest relevante databasene for sykepleie, og helsestudier, samt aktuelle oppslagsverk, aktuelle tidsskrifter og nyttige nettsider. Jeg har også brukt bibliotekets artikkelsøk, hvor man kan søke i flere databaser på en gang. Jeg har søkt i alle databasene som inneholder helsefaglige kilder. I de internasjonale databasene var søketreffene høye, mens i de nasjonale databasene var det få treff. Jeg brukte søkeord som;

- KOLS/COPD
- Kronisk obstruktiv lungesykdom/ Chronic obstructive pulmonary disease
- Angst/ Anxiety
- Mestring/Coping/Management

- Pustebesvær/Dyspné/ Breathlessness
- Sykepleie/ Nursing
- Prevalence
- Risk factors
- Cigarette smoking
- Norway
- Research Needs
- Gender differences

Jeg har satt sammen ordene med AND eller OR ved søk. Og brukt kriterier hvor det skal være fulltekst, den skal være peer- reviewed, ikke eldre enn 5 år, og på engelsk eller nordisk språk. Dette har ikke alltid latt seg gjøre og da har jeg vurdert i forhold til IMRAD - malen om de er gode nok til å brukes. Andre måter jeg har funnet artikler på, er å se på de artiklene som jeg anser som gode, og deretter bruke artikler fra litteraturlisten dens. Artikkelens tittel og sammendrag bestemte om jeg leste videre eller ikke. Jeg har prøvd å holde meg til primærlitteratur, i form av originalartikler og teoretiske artikler, men også andre artikler er blitt anvendt.

For å få en oversiktlig oversikt over noen av de søkene jeg har foretatt, har jeg laget en tabell som viser hvordan jeg har kommet frem til de artiklene jeg bruker i oppgaven (vedlegg 1).

## **3.0 TEORI**

Jeg vil her belyse den teori og den sykepleieteorien som er relevant i forhold til min problemstilling.

### **3.1 KOLS**

Begrepet KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom) er en samlebetegnelse på tilstander hvor det foreligger en luftveisobstruksjon som ikke lar seg fullt reversere og normalisere.

Luftstrømsobstruksjonen er langsomt progredierende, og forbundet med en varierende grad av obstruksjon, økende sekretproduksjon (kronisk obstruktiv bronkitt) og/eller ødeleggelse av vev i respiratoriske bronkioler og alveoler (emfysem) (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise, 2009). KOLS klassifiseres etter fire stadier, fra stadium 1 (mild) til stadium 4 (svært alvorlig) (Almås, 2010., GOLD, 2011).

#### **3.1.1 Årsak**

Det er mange årsaker til KOLS, og røyking er desidert den viktigste. Norske studier har anslått at 67 % av kols-tilfellene i Norge skyldes røyking (Johannessen, Omenaas, Bakke & Gulsvik, 2005).

Andre årsaker som også kan medvirke til å få sykdommen er:

- Langvarig og høy yrkesmessig eksponering for skadelig støv og/eller gasser og kjemikalier.
- Passiv røyking.
- Utendørs luftforurensning.
- Innendørs forurensning.
- Genetikk (Alfa1 – antitrypsin mangel).
- Barn som har hyppige lungeinfeksjoner gjennom oppveksten får redusert lungefunksjon og oftere kronisk lungesykdom i voksen alder.
- Astma.

(Almås et. al., 2010., Jacobsen et. al., 2009).

### **3.1.2 Forekomst**

KOLS har i løpet av de siste tiårene utviklet seg til en folkesykdom. Forekomsten er økende i resten av verden slik som den er i Norge, og er den hyppigste årsaken til død, etter hjerte – kar sykdommer og ondartete svulster. Mellom 250 000 og 300 000 personer har trolig KOLS i Norge, men mindre enn halvparten er ikke diagnostisert med sykdommen, og vet ikke at de har kols. Bortimot 2000 personer i Norge dør hvert år på grunn av kols (Helsedirektoratet, 2012).

Forekomsten øker ved økende alder og er den hyppigste årsaken til innleggelse i indremedisinske avdelinger (Jacobsen et.al., 2009., Johannessen et.al., 2005). Ifølge forskning synes kvinner å være mer sårbare røykebelastning enn menn, hvor kvinner oftere får lungesyntomer og større relativt fall i FEV1 (Langhammer, Johnsen, Holmen, Gulsvik & Bjermer., 2000., Langhammer, Johnsen, Gulsvik, Holmen & Bjermer., 2003). Kvinner utvikler også lettere alvorlige grader av KOLS på grunn av tobakksrøyking i ung alder (Sørheim et.al., 2010).

### **3.1.3. Symptomer og tegn**

Det typiske tegnet eller symptomet for et menneske med KOLS, er kronisk produktiv hoste, særlig om morgenen. Det kan også høres en karakteristisk pipelyd under ekspirasjonsfasen, som også er forlenget, hvis personen har tydelig obstruksjon av perifere lungeavsnitt. Ved infeksjoner vil også akutt forverring oppstå. Og ved fysiske anstrengelser vil personen oppleve dyspné, og i stadium 3-4 vil personen kunne oppleve dette ved beskjedne anstrengelser og i hvile (Hjalmarsen, 2012., Jacobsen et. al., 2009).

### **3.1.4. Diagnose**

Diagnosen stilles ut ifra spirometri og anamnesen, som viser et karakteristisk obstruktivt mønster med redusert FEV1 og PEF. Det høres ofte svekket respirasjonslyd og pipelyder ved stetoskopi. Hvis pasienten har emfysem vil thorax være utvidet og tønneformet, og ved

perkusjon finner en hypersonor lyd, manglende hjertedemping og utvidete lungegrenser. Ofte viser røntgen flate diafragma grenser og økt luftholdighet. Det er nedsatt TLCO (Hjalmarsen, 2012., Jacobsen et. al.2009).

### **3.1.5 Behandling**

Formålet med behandlingen er å redusere symptomene, forlenge livet og bedre livskvaliteten. Den beste behandlingen for mennesker med KOLS er å slutte å røyke. Om personen blir utsatt for disponerende faktorer i miljøet bør dette utbedres (Hjalmarsen, 2012., Jacobsen et.al., 2009).

Bronkodilaterende inhalasjonsbehandling som salbutamol (Ventolin og Salbuvent), terbutalin (Brecanyl), eller ipratropinbromid (Atrovent) gis ved behov. Når sykdommen forverrer seg kan inhalasjon av langtidsvirkende antikolinergika (Atrovent og Spriva) eller beta2 – agonister gis. Ved infeksjon eller tegn på infeksjon gis det antibiotika. Supplerende kan fysioterapi og oksygentilførsel være nødvendig (Ibid).

For pasienter over 65 år og de med alvorlig KOLS anbefales influensa – og pneumokokkvaksine. Ved kronisk respirasjonssvikt kan langtidsoksygenbehandling gis. Å fjerne enkeltstående emfysemlærer på lungeoverflaten (bullakirurgi) og lungetransplantasjon kan være aktuelt hos enkelte (Ibid).

### **3.1.6 Komplikasjoner**

Bronkopneumoni og respirasjonssvikt med utvikling av pulmonal hypertensjon og cor pulmonale er de vanligste komplikasjonene. Hvis en emfysemlære revner/sprekker, slik at det oppstår fri kommunikasjon mellom pleurahulen og luftveiene, vil det oppstå en pneumothorax (Jacobsen et. al., 2009). De kliniske kjente sykdomskomplikasjonene til KOLS er osteoporose, søvnforstyrrelser, kronisk hjertesvikt, metabolsk syndrom, kreftsykdom, skjelettmuskelatrofi og kacheksi (Hjalmarsen, 2012).

### **3.1.7 KOLS – forverring**

Sykdommen er også preget av hyppige forverringer (eksaserbasjoner), hyppigst i stadium 3 – 4, og er som oftest forårsaket av nedre luftveisinfeksjoner eller luftforurensning (Moll et. al., 2011).

#### **3.1.7.1 Symptomer under KOLS - forverring**

Ekspektoratet vil ofte bli seigere, mer purulent og volumiøst. Pasienten vil også oppleve dyspné, produktiv hoste, pipelyder og feber (Moll et. al., 2011). Symptomet dyspné eller åndenød, er en ubehagelig opplevelse av og ikke få puste nok. Pasienten kan få en følelse av lufthunger og å bli kvalt og død, og dette kan føre til angst (Almås et.al., 2010., Blix & Breivik., 2006).

#### **3.1.7.2 Behandling under KOLS - forverring**

Behandlingen av en forverring baserer seg på alvorlighetsgraden. Ved alvorlig KOLS - forverring behandles pasienten på sykehuset med antibiotika, oksygenterapi, systemiske steroider, forstøver. Behandling av respirasjonssvikt og eventuelt med non invasiv ventilering (NIV) kan også være aktuelt. Under sykehusoppholdet er det viktig at både forebyggende – og vedlikeholdsmedisinering, fysioterapi og trening pågår, selv når pasienten er sengeliggende. Dette vil føre til at pasienten kommer raskere tilbake til stabil fase. Etter sykehusoppholdet kan lungerehabilitering være ytterst aktuelt, da dette reduserer reinnleggelser, minsker dødeligheten og bedrer livskvaliteten (Hjalmarsen, 2012).

#### **3.1.7.3 Konsekvensen av en KOLS - forverring**

Forverringene fører til nedsatt livskvalitet, nedsatt allmenn tilstand, dårligere prognose og økt dødelighet (Moll, Lange og Dahl, 2011). 50 % av KOLS - forverringene er udiagnostiserte og ubehandlet ved innleggelser (Hjalmarsen, 2012).

### **3.1.8 Prognose og forebygging**

Prognosen ved KOLS avhenger om personen klarer å slutte å røyke og komplikasjonene. Tobakksforebyggende arbeid har helsemyndighetene hovedansvaret for i Norge. Den beste måten å forebygge KOLS på er å redusere/eliminere tobakksrøyking, for å forebygge

forverring av sykdommen. Psykologisk stress som angst kan også forverre sykdommen, derfor er tiltak for å redusere stress viktig (Hjalmarsen, 2012., Jacobsen et. al., 2009).

### **3.1.9 Konsekvenser av å ha KOLS**

KOLS er en alvorlig og sammensatt sykdom, og vil redusere pasientens livsutfoldelse og livskvalitet. Pasients fysiske funksjon vil reduseres, samtidig som sykdommen vil gi psykososiale konsekvenser. Mange personer med KOLS opplever også underernæring, på grunn av økt respirasjon som fører til økt energiforbruk. Samtidig kan de også oppleve overvekt, siden dyspnéen blir forverret ved anstrengelser, noe som kan føre til immobilitet (Almås et. al., 2010). Sykdommen kan gi flere komorbiditeter, deriblant angst og depresjon, som er de vanligste og minst behandlede (Maurer et. al., 2008., Helsedirektoratet, 2012).

## **3.2 Angst**

Respirasjonssystemet er tilknyttet hver eneste celle og organ i kroppen. Om respirasjonen blir besværet og det blir tungt å trekke pusten kan man oppleve angst (Blix og Breivik, 2006).

Angst er ikke nødvendigvis patologisk (sykelig). Det å være menneske innebærer å oppleve angst. Filosofen Søren Kirkegaard mener at angst primært er et sunt psykisk fenomen. Det bør ses på som et forsvarsverk eller et varslingsystem. Angsten reflekterer hvordan individet forholder seg til det «farlige» i dem selv. Angsten kan dermed beskrives som et signal (signalangst) om en indre eller ytre fare eller trussel (Malt et. al., 2012).

Patologisk eller sykelig angst foreligger når angsten blir mer langvarig og sterkere enn det individet kan mestre, eller når angsten blir urimelig sterk overfor objekter eller i situasjoner hvor den ikke lenger har en fornuftig funksjon (Ibid).



### **3.2.1 Forekomst**

I følge Karlsen (2012) rammer forskjellige former for angstlidelser en av fire nordmenn i løpet av livet. Maurer et. al. (2008) sier at forekomsten av angst varierer ifra 10 % - 19 % hos pasienter med stabil KOLS, og mellom 9,3 % - 58 % hos pasienter som nylig er skrevet ut av sykehuset på grunn av en KOLS – forverring.

### **3.2.2 Symptomer**

Angsten består både av kroppslige endringer, handlinger og en subjektiv opplevelse av angst. Angsten er en følelse av overhengende fare, og tankene vi tenker om det som skal skje, vil ha stor betydning i forhold til hvordan vi opplever situasjonen. Fysiologisk kan angsten føre til en økning i glukoseinnholdet i leveren, økt adrenalinutskillelse i organismen, tiltagende respirasjonsstyrke/ dyspné, tiltagende pulsfrekvens, temperaturforandringer og blodtrykksforandringer (Hummelvoll, 2012., Kringlen, 2008).

### **3.2.3 Typer angstlidelser**

Kringlen (2008) deler angstlidelser inn i panikkangst, generalisert angst, sosial angstlidelse (eller sosial fobi), og fobier. Panikkangst kjennetegnes av plutselige angstanfall. Mens ved generalisert angst er tilstanden uavbrutt over tid, og til stede mer eller mindre hele tiden. Intens frykt i sosiale situasjoner og redsel for å trekke oppmerksomhet ovenfor andre noe som kjennetegner sosial angstlidelse. En irrasjonell eller overdreven systematisk redsel for en identifiserbar stimuluskategori, for eksempel for hunder, høyder eller tunneler, kjennetegner fobier.

### **3.2.4 Angstnivåer**

Hummelvoll (2012) referer til Peplau som deler angsten opp i ulike nivåer fra mild angst til panikk.

Mild angst: Angstnivået relateres til spenninger som oppleves i dagliglivet. Persepsjonsfeltet er utvidet. Personen blir ytterligere årvåken og bevisst, læringsevnen øker, og personen kan gjenkjenne angsten (Ibid).

Moderat angst: Persepsjonsfeltet blir noe innskrenket. Personen oppfatter mindre enn før, oppmerksomheten kan konsentreres på ny om en annen person hjelper til det, ved arbeid og anstrengelse kan personen få en viss følelse av kontroll, og angsten kan ledes tilbake til mild angst (Ibid).

Sterk angst: Persepsjonsfeltet er sterkt redusert. Personen er desorientert, ikke alle klarer å skjønne at det dreier seg om angst, klarer ikke falle til ro og opplever redsel (Ibid).

Panikk: Persepsjonsfeltet er redusert til en detalj. Personen oppfatter ikke noe særlig annet enn angsten, er rådvill og intenst selvpopplukt og det kan oppstå følelse av uvirkelighet, forvirring, tankeflukt og frykt (Ibid).

### **3.2.5 Behandling**

Det er hovedsakelig tre behov som sykepleieren må prøve å dekke for å hjelpe mennesker med sterk angst. Det er behovet for trygghet og sikkerhet, angstreduksjon og kunnskap om angsten. Sykepleieren må ha kunnskaper om pasientens forståelse av angst og hvordan han forsøker å mestre den, for og skape trygghet og sikkerhet. Det kreves at sykepleieren er rolig for å redusere angstopplevelsen og for å stimulere til situasjonskontroll hos pasienten. Pasienten trenger også kunnskaper om angsten og dens innvirkning (Hummelvoll, 2012).

Farmakologiske tiltak, særlig antidepressiva og benzodiazepiner, brukes ofte til å behandle angst hos pasienter med KOLS (Cafarella, P. A., Effing, T W., Usmani, Z – A. & Frith, P. A., 2012). I studien til Usmani, Z – A., Carson, K.V., Cheng, J. N., Esterman, A. J. & Smith B. J. (2011) kommer det også frem at bruk av SSRI preparater også kan benyttes.

### **3.2.6 Angstens konsekvenser**

Pasienten kan få kroppslige plager som muskel – og skjelettlidelser som kan utvikle seg til fibromyalgi. Angstlidelser kan også gi kroniske spenninger som kan føre til utmattelsestilstander, vedvarende aktivering kan føre til økt irritabilitet, vedvarende fysiologisk aktivering kan disponere personer til å utvikle hjerte – og karsykdommer, en

subjektiv følelse av nedsatt hukommelse, søvnproblemer, redusert konsentrasjonsevne, misbruk av rusmidler og i tillegg føre til depresjon (Malt et. al., 2012).

I forbindelse med en KOLS kan ubehandlet eller for dårlig behandling av angst har store konsekvenser både for pasienten og helseøkonomien. Den fører til økt hyppighet av sykehusinnleggelseser, langvarig liggetid, økte konsultasjoner med fastlegen, økt dyspné, fysiske begrensninger og resulterer i fravær av sosiale aktiviteter, isolasjon, og er forbundet med dårligere livskvalitet og tidligere død (Helsedirektoratet, 2012., Maurer et. al., 2008., Moll, Lange & Dahl, 2011., Willgoss, Yohannes, Goldbart & Fatoye., 2012).

### **3.3 Sykepleieteori**

Jeg har valg å bruke sykepleieteorien til Benner og Wrubel, siden den er relativt ny, og tar utgangspunkt i en virkelig sykepleieekspertise, slik den praktiseres dag for dag. Mestring og stress er også vesentlige begrep i deres teori, slik det er i min oppgave (Benner & Wrubel, 1989).

#### **3.3.1 Benner og Wrubel omsorgsteori**

Patricia Benner (født i 1934) og Judith Wrubel (født i 1942) er to amerikanske sykepleiere som sammen ga ut boka *The primacy of caring*, som på norsk kan oversettes til; *Det grunnleggende ved omsorg*. Teorien springer ut fra Heideggers fenomenologiske virkelighetsforståelse av mennesket (Benner & Wrubel, 1989., Kristoffersen et. al. 2011).

Benner og Wrubel mener at omsorg er grunnleggende både i menneskers liv og i sykepleie. Sentrale elementer i teorien deres er om hva det vil si å være menneske, og hvordan menneske opplever og mestrer stress og sykdom. Dette er viktig å forstå, og et grunnleggende utgangspunkt for sykepleierens omsorg (Benner & Wrubel, 1989).

##### **3.3.1.1 Betydningen av omsorg**

Omsorg er ifølge Benner og Wrubel det menneske bryr seg om, og dermed har omsorg for; for eksempel andre mennesker, arbeid, dyr, interesser eller vår egen helse. Det vi bryr oss om er så grunnleggende viktig for oss, at teoretikerne mener at det er det som definerer en person.

Det en bryr seg om er det som gir livet mening og verdt å leve, samtidig som det gjør livet sårbart, vis død, sykdom eller stress inntre (Benner & Wrubel, 1989).

I sykepleien er også omsorg grunnleggende. En essensiell forutsetning for at sykepleieren skal kunne gi pasienten omsorg, er at sykepleieren bryr seg om pasienten og involverer seg i forhold til ham, hans sykdom og situasjon. På den måten vil hun kunne få tak i de ressursene og mulighetene som ligger i situasjonen både for pasienten, pårørende og sykepleieren selv. Det at sykepleieren bryr seg om pasientene sine, gjør henne i stand til å se hva som er viktig for pasienten i den situasjonen han er i. Det danner grunnlag både for tilegnelse av generell kunnskap og for forståelse av den spesielle pasientens situasjon (Ibid).

Om sykepleieren ikke bryr seg om pasienten eller involverer seg i forhold til ham, mener Benner og Wrubel at sykepleieren verken kan helbrede eller lindre pasientens plager. Et omsorgsfullt forhold til pasienten danner den tillit som er essensiell for at pasientene skal kunne motta hjelp og føle at han får omsorg. For å skape et forhold med pasienten er det viktig at sykepleieren er helt til stede. Å vise omsorg gjennom blick, kroppsspråk, berøring og tonefall (Ibid).

### **3.3.1.2 Menneskesyn - å være en person**

Benner og Wrubel har et holistisk menneskesyn, som vil si at man ikke kan se kropp og sinn adskilt, eller skille mellom personen og situasjonen/ konteksten. De mener at kropp og sinn, slik som personen og konteksten, gjensidig påvirker hverandre, og at man ikke kan forstå en person om man overser denne påvirkningen.

### **3.3.1.3 Symptomets mening**

Benner og Wrubel mener at ethvert symptom bør bli hørt og forstått i seg selv, og ikke bare være et middel for diagnostisering. Å gi pleie og omsorg ut ifra de symptomene mennesket har, er å ivareta deres menneskelige verdighet. Dette kan sykepleieren gjøre ved å lytte, bekrefte, veilede, berolige pasienten eller endre situasjonen på måter som muliggjør nye

kroppslige responser. Sykepleieren må også aktivt gå inn og hjelpe pasientene til å skape nye forståelsesmåter.

#### **3.3.1.4 Hvordan menneske opplever og mestrer stress og sykdom**

I teorien er begrepene stress og mestring sentrale. De bygger på arbeidet til Lazarus og Folkmans mestringsteori, men har selv utviklet egne definisjoner på stress og mestring (Hanssen & Natvig, 2007).

De definerer stress slik:

*«Et brudd i mening, forståelse og ubesværet funksjon slik at fare, tap eller utfordring oppleves, og sorg, tolkning eller nye ferdigheter er påkrevd» (Hanssen & Natvig:53).*

Og mestring definerer de som:

*« Det en gjør med bruddet i mening, forståelse eller ubesværet funksjon, skapt av stress» (Hanssen & Natvig, 2007:53).*

Benner og Wrubel sier at for å finne ut hva pasienter opplever og mestrer stress og sykdom, må man ta utgangspunkt i den enkeltes pasient opplevelse. Man må forstå hvordan pasienten opplever stress og mestring, ved å se på aspekter som; kroppslig intelligens, tidsaspekt og historie, hva som er av betydning for den enkelte og hva som kjennetegner situasjonen (Hanssen og Natvig, 2007).

Kroppslig intelligens menes med hvordan pasienten forstår kroppen sin. Som sykepleier er det viktig å spørre pasienten hvordan han opplever kroppen sin, og hvordan kroppen reagerer i gitte situasjoner (Ibid).

Ved tidsaspekt og historie, mener de det er relevant og trekke frem hvordan pasientens livshistorie og fortid, påvirker pasientens nåtid. Hvordan det preger pasientens opplevelse av sykdommen og hvilke forventninger han har til fremtiden (Ibid).

Betydningen for den enkelte og hva som er viktig for personen, vil kjennetegne hvem personen er. Dette vil legge til rette for at sykepleieren vil kunne få en utvidet forståelse for hva som oppleves som stress, og hvordan dette mestres og eventuelle nye muligheter for mestring (Ibid).

Hva som kjennetegner situasjonen, utfra den enkeltes pasient ståsted er en forutsetning å vite, siden de fleste opplever samme situasjon ulikt. En kroppslig intelligens, pasients livshistorie og hva som har betydning for den enkelte vil i følge Benner og Wrubel influere på hvordan en opplever en bestemt situasjon (Ibid).

Benner og Wrubel mener at om pasienten bryr seg om noe og dermed opplever mening i situasjonen og tilhørighet, og i tillegg har håp, kan sykepleieren hjelpe pasienten å skape nye og flere muligheter til å mestre, ved å veilede, fortolke og trene ham i å lære nye ferdigheter, eller rett og slett ved å gi omsorg (Benner & Wrubel, 1989).

Benner og Wrubel sier også at meningsløshet og manglende tilhørighet er de viktigste truslene mot mestring. Og, at for å kunne gi god sykepleie er det ikke nok og bare være omsorgsfull. Teoretikerne understreker at sykepleie både er instrumentell og ekspressiv. For å kunne hjelpe pasienter er det viktig å mestre de nødvendige ferdighetene og å inneha god (Ibid)

## 4.0 DRØFTING

Jeg vil her drøfte det materiale jeg har presentert i lys av teorien, og hva funnene forteller i forhold til problemstillingen; *Hvordan kan sykepleieren hjelpe pasienter å mestre sterk angst, i forbindelse med KOLS - forverring?* I tillegg vil jeg trekke inn ny teori, forskning, egne observasjoner, eksempel fra praksis og egne synspunkter for å belyse problemstillingen ytterligere.

### 4.1 En opplevelse fra praksis

*”Pasienten puster raskt og overfladisk, dråper av svette renner nedover pannen og kroppen er anspent. Han tar seg til brystet. Jeg får ikke puste, sier han”.*

Jeg var i praksis på en medisinsk avdeling. En mann i 70 – årene kommer inn med en mulig KOLS – forverring. Pasienten var redd og engstelig, og følte at han skulle kveles. Det kom godt frem at pasienten opplevde sterk angst i denne situasjonen, da personen var desorientert, ikke klarte å falle til ro og opplevde redsel, som Hummelvoll (2012) forklarer i kapittel 3.2.4. Videre i oppgaven vil jeg ha dette eksempelet i bakhodet, når jeg drøfter hva man kan gjøre for pasienter som er innlagt på sykehuset med KOLS – forverring og som opplever sterk angst.

### **4.2 Ved å mestre angst hos pasienter med KOLS, kan sykepleieren bedre livskvaliteten for pasienten, og redusere helsekostnader i samfunnet.**

I lys av kapittel 3.1.9 vil mennesker med KOLS oppleve mange konsekvenser som følger med sykdommen, deriblant kan de oppleve angst. Angst, i tillegg til depresjon, er som nevnt den vanligste og minst behandlede komorbiditeten ved KOLS. I kapittel 3.2.6 ser vi at om personer med KOLS, i tillegg har angst vil dette gi ytterligere konsekvenser. Ikke bare for personen, men også for helseøkonomien. Ved at sykepleieren hjelper pasienten å mestre angsten, kan hun hjelpe ham til blant annet bedre livskvalitet, i tillegg til å redusere sykehusinnleggelse, konsultasjoner hos fastlegen og liggetid på sykehuset.

### **4.3 Sykepleieren kan hjelpe pasienten å mestre sterk angst ved å gi omsorg**

I lys av Benner og Wrubels sykepleieteori kan sykepleien hjelpe pasienten å mestre angsten ved å gi omsorg. Dette innebærer at sykepleieren bryr seg om pasienten og involverer seg i forhold til ham, hans sykdom og situasjon. På den måten vil hun kunne få tak i de ressursene og mulighetene som ligger i situasjonen både for pasienten, pårørende og sykepleieren selv. Det at sykepleieren bryr seg om pasientene sine, gjør henne i stand til å se hva som er viktig for pasienten i den situasjonen han er i. Det danner grunnlag både for tilegnelse av generell kunnskap og for forståelse av pasientens situasjon.

I lys av dette mener jeg, at om sykepleieren skal kunne gi omsorg på denne måten, må sykepleieren kunne se og forstå den individuelle pasienten. Hummelvoll (2012) sier at for å gi en individuelt tilpasset sykepleie og behandling, må en benytte en feminologisk tilnærming, hvor en ser pasientens aktuelle situasjon ut ifra vedkommets perspektiv. Kristoffersen et. al., (2011) sier at sykepleieren må se alle pasienter som unike og enestående. En må se pasientens sykdomsopplevelse i lys av pasientens personlighet, livshistorie og livssituasjon.

Å se den individuelle pasienten, ikke bare som en sykdom eller diagnose som kommer inn på sykehuset, men en hel person som lever med en sykdom, utfordringer i hverdagen, og som opplever situasjonen forskjellig fra alle andre er essensielt. Og etter min mening, og observasjoner i praksis kan sykepleieren som ser og bryr seg om pasienten på denne måten, gi pasienten håp og hjelp til å mestre angsten.

### **4.4 Sykepleieren kan danne et grunnlag for å hjelpe pasienten å mestre sterk angst, ved å gi omsorg som skaper trygghet og tillit**

Benner og Wrubel sier at et omsorgsfullt forhold til pasienten, vil danne den tillit og trygghet som er essensielt for at pasienten skal kunne motta hjelp og føle at han får omsorg.

Kristoffersen et. al. (2011) sier derimot at erfaring og kunnskap vil bidra til at sykepleieren opptrer omsorgsfullt, rolig og effektivt på samme tid. Og dermed fremmer trygghet og tillit til pasienten.



Uansett, vil et forhold som skaper trygghet og tillit, være spesielt viktig i innleggingsfasen av sykehusoppholdet, etter min mening. Benner og Wrubel sier at dette skapes ved at sykepleieren er helt til stede, gjennom blikk, kroppsspråk og tonefall. Blix og Breivik (2006) og Kristoffersen et. al. (2011) sier i overensstemmelse, at ved sykepleie til pasienter som opplever åndenød og angst, slik som i det innledende eksempelet, må sykepleieren fremme trygghet og tillit for å hjelpe pasienten å mestre angsten.

En stresset sykepleier kan fort gi uttrykk for at situasjonen er ute av kontroll, og det er det motsatte av hva pasienten trenger. Alle pasientens krefter må brukes på respirasjonsarbeidet, det er derfor avgjørende at pasienten føler han er i trygge hender og at sykepleierne vet hva de skal gjøre og ikke selv er engstelige (Ibid). Hummelvoll (2012) sier også opplevelsen av trygghet er viktig for de som opplever angst. Derfor er det viktig at sykepleierne er rolige og skaper et trygt miljø rundt pasienten, dette vil også være med å bidra til å danne et fundament til han skal arbeide med å mestre angsten.

#### ***4.5 Ved at sykepleieren forstår pasientens situasjon, kan hun hjelpe pasienten å mestre sterk angst***

Benner og Wrubel mener det er viktig og forstå pasientens situasjon. Derfor synes jeg det vil det være viktig å finne ut hva som skaper angsten, og hvordan den påvirker pasienten. Slik at sykepleieren har et best mulig utgangspunkt for forstå pasienten og hans situasjon, og dermed til å hjelpe ham å mestre angsten.

Blix og Breivik (2006), sier kapittel 3.2 at respirasjonssystemet er tilknyttet hver eneste celle og organ i kroppen. Om respirasjonen blir besværet, og det blir tungt å trekke pusten, kan mange oppleve angst. Andenæs (2007) sier også at angst ofte er forbundet med frykten for og ikke få puste. Videre sier Almås et. al. (2010) at opplevelsen av og ikke få puste, er noe av det som gir størst angst hos et menneske. I kapittel 3.1.7.1 sier Moll et. al. (2011) at dyspné er et av symptomene ved KOLS – forverring. Samtidig er symptomet dyspné også et symptom på angst, som vi ser i kapittel 3.2.2. Markussen (2009) sier også at dyspné er subjektivt og hovedsymptomet på en mulig akutt forverring av KOLS, og at dyspnéen ved en forverring kan ha utløst opplevelsen av angst og panikk, som påvirker åndenøden ytterligere.

Benner og Wrubel er opptatt av at ethvert symptom, må bli hørt og forstått i seg selv, og ikke bare bli et middel til diagnostisering. I praksis opplevde jeg at dyspnéen, i følge kollegaer, var et klart tegn på en KOLS – forverring. Mens følgen av selve symptomet ble sjeldent tatt opp, følgen som kan være angst. Dette synes jeg er synd, for som nevnt innledende og i lys av kapittel 3.2.6 ser vi at hos KOLS – pasienter som opplever angst, vil angsten ha en betydelig innvirkning på pasientenes liv, i tillegg til helseøkonomien. Derfor er det viktig og være oppmerksom på hva symptomet dyspné kan gjøre med pasienten og at angst kan oppstå.

Angsten fører ofte pasienter inn i en ond sirkel. Almås et. al (2010) og Kristoffersen et. al. (2011) sier at angst og åndenød er nært forbundet med hverandre, og alltid bør sees i sammenheng, siden angst og åndenød gjensidig forsterker hverandre. Willgoss et.al. (2012) sier forholdet mellom angst og dyspné i deres studie, ble beskrevet som en ond sirkel av flere pasientene, der de opplevde en nedadgående spiral av økende åndenød og angst. Disse hendelsene var husket med frykt, delvis på grunn av sin forutsigbare, men ukontrollerbar natur. En av informantene beskriver det som en ond sirkel. Der pusten blir dårlig, slik at man blir engstelig, så blir man redd, og pusten blir verre, noe som gjør en mer redd. KOLS mater angsten og angst mater frykten.

I lys av kapittel 3.2, er det å oppleve angst i forbindelse med en KOLS – forverring, i bunn og grunn veldig naturlig. Symptomet dyspné kan være et tegn på at kroppen får for lite oksygen, og angsten signaliserer at det er fare på ferde, dermed virker angsten som et sunt psykisk fenomen. Men hvis angsten blir sterkere enn det pasienten klarer å mestre, og ikke lenger har en fornuftig funksjon, kaller Kringlen (2008) angsten for patologisk. Dette skjer i det Almås et. al. (2010), Kristoffersen et. al. (2011) og Willgoss et. al. (2012) beskriver som en ond sirkel. I lys av kapittel 3.2. og 3.2.4 er det å oppleve angst, en naturlig del av det å være menneske, derfor kan man ikke eliminere angsten fullstendig bort. Men om sykepleieren forstår pasientens situasjon, kan hun hjelpe pasienten å redusere angsten til mild eller moderat angst, slik at den blir kontrollerbar.

#### ***4.6 Hvordan en sykepleier kan opptre og hjelpe pasienten å mestre angsten i en akutt situasjon***

Kristoffersen et. al. (2011) og Almås et. al. (2010) sier at det stilles store krav til sykepleieren som skal ta vare på pasienter i en situasjon hvor pasienten opplever dyspné og angst.

Kristoffersen et. al. (2011) mener at i en slik akutt situasjon må den psykiske og støttende oppgaven gå hånd i hånd med den medisinske assisterende. Den medisinske delen utdypes i kapittel 4.12.

Ved sykepleie til pasienter som opplever åndenød og påfølgende angst, må sykepleieren vise pasienten oppmerksomhet, forsikre pasienten at en hele tiden er i nærheten, berolige, legge en kald klut på pannen, bedre sengeleie (det vil si stillinger som gir lungene mulighet for ekspansjon, slik at trykk fra mageinnhold mot diafragma reduseres, og støtter hjelpemuskulaturen). Og ikke minst gi noen trøstende eller bekreftende ord, og tilbud om en hånd å holde i. Noen opplever at også fysisk berøring er beroligende i slike situasjoner, som å bli strøket rolig langs ryggen. Dirigering av pusten og veiledning i enkle pusteteknikker som diafragmapusting og leppepusting, kan i tillegg bidra til en roligere respirasjonsfrekvens og dermed bedre gassutvekslingen. Informasjon må gis etter hvert som prosedyrer utføres, slik som prøvetaking, tilkoping av utstyr og medisiner. I tillegg kan farmakologiske tiltak spesielt rettet mot angsten være aktuelt, som nevnt i kapittel 3.2.5. En bør ikke stille spørsmål til pasienten som krever mer enn et nikk eller rist, eller trette han med inngående forklaringer. Ofte kan det være lurt å være mer enn en sykepleier i den akutte situasjonen, slik at man klarer å forholde seg rolig (Kristoffersen et. al., 2011).

Et trent øye vil fort kunne se om pasienten har angst ved innleggelsen, vis sykepleieren ser etter det. Men for de som ikke har et trent øye kan man bruke flere screeninginstrumenter. Et screening verktøy for å finne ut om pasienter har angst, og som er anbefalt for pasienter med KOLS, er Hospital Anxiety and Depression scale (HAD.) (DiNicola et.al., 2013). I tillegg kan man bruke Depression Anxiety Stress Scale og Beck Anxiety Inventory (Maurer et. al., 2008).

#### ***4.7 Ved å forstå hva som oppleves som stress og mestring, kan sykepleieren hjelpe pasienten å mestre sterk angst***

I kapittel 3.3.1.4 mente Benner og Wrubel at for å finne ut hva som oppleves som stress og mestring, må man ta utgangspunkt i den enkeltes pasientens opplevelse. En kroppslig intelligens, pasients livshistorie og hva som har betydning for den enkelte vil i følge Benner

og Wrubel influere på hvordan en opplever en bestemt situasjon, slik som en forverring av sykdommen.

I lys av kapittel 3.3.1.4 forklarte de kroppslig intelligens som hvordan pasienten forstår kroppen sin. Som sykepleier sier de at det er viktig å spørre pasienten hvordan han opplever kroppen sin, og hvordan kroppen reagerer i gitte situasjoner (Hanssen og Natvig, 2007). Her kan sykepleieren spørre pasienten, slik jeg forstår det, om hvordan han opplever kroppen reagerer ved en KOLS – forverring, eller om de klarer og forstå når angsten influerer ytterligere på respirasjonen ved forverringen. Hvordan føler de kroppen har forandret seg etter sykdommen, hvilke begrensninger de føler kroppen gir, og hvordan de mestrer utfordringene. Om pasienten har behov for det, kan det være viktig og informere pasienten om hvordan kroppen teoretisk sett forandret seg i forhold til sykdommen, hvordan han kan leve sammen med sykdommen og dra nytte av de ressursene han har, for å få best mulig livskvalitet. Hvordan angsten er en naturlig følge av det og ikke få puste, og hvordan han kan bruke ulike mestringsteknikker for å mestre angsten som oppstår ved en KOLS – forverring, eller i andre situasjoner hvor åndenød oppstår, som ved fysisk aktivitet eller sosiale situasjoner, slik at pasienten ikke legges inn på grunn av et rent angstanfall, som han tror er en forverring av sykdommen.

Ved tidsaspekt og historie, mener de det er relevant og trekke frem hvordan pasientens livshistorie og fortid, påvirker pasientens nåtid. Hvordan det preger pasientens opplevelse av sykdommen og hvilke forventninger han har til fremtiden. Om pasienten her forteller om en vanskelig fortid, og den påvirker nåtiden i den grad at pasienten syntes det er vanskelig å mestre sykdommen, kan sykepleieren prøve å finne ut hvordan han mestret det som var vanskelig i fortiden, for kanskje å finne ressurser pasienten kan dra nytte av. Om pasienten ser mørk på nåtiden, kan sykepleierens viktigste oppgave være å fremme håp, og gjerne med å bruke det som er av betydning for den enkelte. Om pasientens fortid har vært bekymringsløs, vil kanskje sykdommen ha gitt pasienten en veldig nedgang i livskvalitet, men pasienten vil muligens ha mange ressurser og mye som er av betydning for pasienten. Å finne ut hva som preger pasientens opplevelse av sykdommen, kan være relevant for å kunne gi best mulig behandling, det er ikke sikkert pasienten og sykepleieren har samme formodninger om hva som er det viktigste og behandle. I tillegg sier Benner og Wrubel at det er viktig å finne ut hvilke forventninger pasienten har til fremtiden. Informasjon om hvordan døden til en KOLS – pasient kan arte seg, eller hvilken form for behandling som gjøres ved livets slutt kan være

aktuelt. Helsedirektoratet (2012) sier at ved svært alvorlig KOLS er prognosen og symptombelastningen sammenlignbar med avansert lungekreft, men at den palliative omsorgen til pasienter med KOLS ikke har fått dekkende oppmerksomhet. Til tross for forbedret fokus på problemet, er det ennå en stor klinisk utfordring å lindre symptomer i livets slutfase (Helsedirektoratet, 2012). Hjalmarson (2012) skriver at behovet for informasjon er stort. Om livets slutt, men også om prognose og behandling fremover, men at mindre en 20 % får anledningen til å få denne informasjonen.

Betydningen for den enkelte og hva som er viktig for personen, vil kjennetegne hvem personen er. Dette vil legge til rette for at sykepleieren kan få en utvidet forståelse for hva som oppleves som stress, og hvordan dette mestres og eventuelle nye muligheter for mestring. Som jeg tolker det kan sykepleieren finne ut om det er for eksempel familie, god økonomi, være trygg eller det å kunne ta vare på seg selv, som er av betydning for den enkelte. Når sykepleieren finner ut dette kan hun lettere se hva som oppleves som stress, hvordan pasienten mestrer det og hvordan sykepleieren kan fremme nye muligheter for mestring.

Ut ifra Benner og Wrubels teori vil det å se den enkelte pasienten, som et unikt individ med en fortid, nåtid, fremtid, verdier og en egen oppfattelse av kroppen og sykdommen, hjelpe sykepleieren å finne ut hva pasienten opplever som stress og mestring, og hvordan den enkelte opplever en gitt situasjon og dermed brukes som en rettesnor for hvordan sykepleieren velger å hjelpe pasienten å mestre angsten på

#### ***4.8 Sykepleieren kan hjelpe pasienten å mestre sterk angst, ved å lytte og bekrefte***

Å høre hvordan pasienten selv opplever situasjonen mener jeg i likhet med Benner og Wrubel er viktig. Å bruke deres teori, som jeg tolket i kapittel 4.7 vil hjelpe som en rettesnor blant annet i samtale, og for å finne ut hva som skaper stress og mestring, i tillegg til og synliggjøre de(n) mestringsstrategiene som kan være hensiktsmessig å anvende for hver enkelt pasient. Andenæs (2007) sier også at det er viktig å bekrefte og støtte pasienten om han i utgangspunktet velger gode mestringsteknikker. Jeg mener at deres teori vil gi sykepleieren gode muligheter til å gi en god, omsorgsfull og individuellbasert behandling

Å høre med pasienten hvilke muligheter han opplever han har for å mestre, mener som nevnt teoretikerne er aktuelt. Om pasienten bryr seg om familien sin for eksempel, og føler omsorg for dem, vil dette kunne være en mulig ressurs for oppnåelse av mestring. Om pasienten opplever meningsløshet og manglende tilhørighet vil dette være den største trusselen mot å oppnå mestring, som Benner og Wrubel sier. Men om pasienten bryr seg om noe og dermed opplever mening og tilhørighet i situasjonen, og i tillegg har håp, kan sykepleieren hjelpe pasienten å skape nye og flere muligheter til å mestre, ved å lytte, bekrefte, veilede, undervisning og trene ham i å lære nye ferdigheter.

#### ***4.9 Ved at sykepleieren bruker sin pedagogiske funksjon, kan hun hjelpe pasienten å mestre angsten***

Benner og Wrubel mener at for å hjelpe en pasient og mestre, kan sykepleieren blant annet veilede og undervise.

For at sykepleieren skal kunne hjelpe pasienten må sykepleieren ha kunnskaper om angsten, men også KOLS. Ut i fra dette synes jeg det er viktig å videreformidle denne kunnskapen om pasienten har behov for det, dette fordi jeg mener, i likhet med det Hummelvoll (2012) i kapittel 3.2.5 , at sykepleieren kan hjelpe pasienten å mestre angsten, om han har en dyp forståelse av angsten og sykdommen.

I min praksis, så jeg liten form for undervisning eller tilrettelagte samtaler, i forhold til sykdommen. De fleste som var innlagt hadde hatt sykdommen i lang tid, men siden KOLS er av den art at den stadig utvikler seg og stiller nye krav til mestring, synes jeg det er viktig at sykepleieren bruker sin pedagogiske funksjon, og legger til rette for samtaler og eventuelt undervisning, veiledning og informasjon om sykdommen og angsten. Her er det også rom for å finne mer ut av hva pasienten bryr seg om, hva som gir mening og hvilke ressurser pasienten har til rådighet.

Moll et. al. (2011) og Hummelvoll (2012) sier som Benner og Wrubel at pasientopplæringen bør relateres til hvordan den individuelle pasienten opplever sykdommen og angsten, slik at undervisningen blir relevant for pasienten. Formålet med samtalen og informasjonen vil i tillegg være å styrke pasientens egenomsorg og evne til å mestre at angsten ikke eskalerer til en patologisk angst. Til å forbedre livskvaliteten, å sikre tidlig oppdagelse av symptomer (ved

f.eks. forverring), øke effekten av behandlingen, forebygge videreutvikling av sykdommen og dermed minske forbruk av helsevesenet (Moll et.al., 2011). Gammersvik og Larsen (2012) sier at utvikling av mestring bare er mulig når pasienten opplever at han styrer og har kontroll. Opplevelse av å styre og å ha kontroll vil påvirkes om pasienten opplever brukermedvirkning, forutsigbarhet og sosial støtte. I studien til Bjørnsland, Wile-Larsson og Kvigne (2012) sier informantene at sykepleieren fremmet brukermedvirkning ved å vise forståelse og omsorg, ved at de var kjent med pasienten og hadde tid til dem. De opplevde brukermedvirkning når de selv var tydelige på egne behov og bevisst egen kunnskap. Mens de opplevde at travelhet og mangel på respekt fra sykepleieren hemmet brukermedvirkning, samt at pasientenes pusteproblemer, lav tiltro til seg selv og manglende krefter også hemmet medvirkningen.

Sykepleieren bemyndigelse når det gjelder pasientinformasjon kommer til uttrykk blant annet i Lov om helsepersonell § 10 (1999), hvor loven sier at den som yter helsehjelp, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 3 – 2 (1999), som handler om pasienters rett til informasjon. I St.meld. 47 (2008-2009), står det i tillegg at pasienten/brukeren skal få større medvirkning, hvor det også skal legges til rette for at pasienten lettere kan ta valg som fremmer helse og mestring. Ved informasjon og veiledning tror jeg pasientene lettere kan velge de riktige mestringsstrategiene og føle at de har medvirkning og dermed oppnår kontroll og mestring over angsten.

#### ***4.10 Ved å anvende sin organisatoriske kompetanse kan sykepleieren hjelpe pasienten å mestre sin angst***

Organisasjonens krav om effektivisering gir begrenset tid til å lære pasientene å mestre angsten. Om sykepleieren bryr seg om pasienten, og ser pasientens situasjon, ut i fra Benner og Wrubels teori, vil mange føle at tiden til å hjelpe pasienter å mestre angsten i løpet av et sykehusopphold ikke er tilstrekkelig. Derfor kan diskusjon om videre behandling være aktuelt. Hjalmsen (2012) sier i kapittel 3.1.7.2 at lungerehabilitering etter et sykehusopphold kan være ytterst aktuelt, da dette reduserer innleggelser, minsker dødeligheten og bedrer livskvaliteten til pasientene.

I Norge er det to ledende sykehus innen lungerehabilitering av KOLS, hvor de også har angst på dagsordenen (Glittreklinikken og Grandheim). I tillegg finnes flere aktuelle tjenester og tilbud; kolsskole, lærings- og mestringscenter via sykehuset (for pasienter og pårørende),

poliklinisk rehabilitering og telemedisin. Treningstilbud, mestringsgrupper, røykeslutt, opplæring og erfaringsutveksling finnes også, men behandlingstilbudene varierer fra kommune til kommune. Men dette avhenger også av at pasienten har resurser til å komme seg til behandlingen. Eventuelt kan hjemmesykepleien eller ambulanseteam også være nyttige etter oppholdet og for de som er mye engstelige og kan finne det betryggende med faste tidspunkter for tilsyn, og noen de kan ringe til om de trenger hjelp, eventuelt kan pasienten tildeles trygghetsalarm (Helsedirektoratet, 2012). Om pasienten kan komme til sykehuset ved behov (åpen innleggelse), kan også dette representere en faktor for trygghet (Almås et al. 2010). Henvvisning til psykolog, psykiater eller psykiatrisk sykepleier kan også være aktuelt (Hjalmarsen, 2012). I forhold til KOLS – forverring kan det også være aktuelt å opprette en egenbehandlingsplan, om de ikke har fått det ved tidligere innleggelser eller hos fastlegen. Denne kan brukes ved akutt forverring, der pasienten kan starte behandlingen selv (Helsedirektoratet, 2012).

En annen måte å sikre at pasienten kan jobbe videre med å mestre angsten etter sykehusoppholdet, og i hverdagen, er ved å utarbeide en individuell plan. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 (1999), sier at helseforetaket skal utarbeide en individuell plan om pasienten har behov for langvarige og koordinerte tilbud. Sykehuset må her samarbeide med andre tjenesteytere om den individuelle planen for å gi pasienten et helhetlig tilbud. Bruk av individuell plan er viktig for å ivareta brukermedvirkning, i tillegg til en helhet og tverrfaglig samhandling i rehabiliteringen (Helsedirektoratet, 2012). I tillegg kommer det frem i Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2. (2011) at de pasientene med behov for langvarige og koordinerte tjenester, skal tilbys en koordinator av kommunen. Koordinatoren skal sørge for oppfølging av den enkelte pasient, og i tillegg opprettholde samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Å oppnå best mulig funksjons – og mestringssevne, økt livskvalitet, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet er hovedformålet med rehabiliteringen (Almås et al. 2010). Mange studier har avslørt at lungerehabilitering med trenings- og mestringsøvelser reduserer angst og depresjon. Psykoterapi i tillegg til rehabilitering gir også mindre angst og depresjon (Helsedirektoratet, 2012) Rehabilitering handler ikke bare om å tilpasse seg hjelpemidler og trene seg opp igjen. Minst like viktig er det å bearbeide følelser, slik som angst, knyttet til sykdommen sier Frank og Hanssen (2013).



#### **4.11 Sykepleieren kan hjelpe pasienten å mestre sterk angst, gjennom problemfokusert mestring og emosjonsfokusert mestring**

Benner og Wrubel bygger på arbeidet til Lazarus og Folkmans mestringsteori. Jeg vil derfor vise hvordan sykepleieren kan hjelpe pasienten å mestre angsten ved å bruke Lazarus og Folkmans problemfokuserte og emosjonsforkuserte mestring (Hanssen og Natvig, 2007).

Lazarus og Folkmans problemfokuserte mestring er metoder hvor oppgaven er å endre eller håndtere det i miljøet som oppleves belastende. Den kan benyttes i situasjoner som er kontrollerbare og hvor man kan påvirke omgivelsene eller løse problemet (Ibid).

Det som oppleves belastende vil her være angsten som forsterker åndenøden ytterligere ved forverringen. Slik jeg oppfatter Lazarus og Folkman sin problemfokuserte mestring kan sykepleieren for eksempel gi bronkodilatorende medikamenter for å lette pusten, legge en kald klut på pannen eller dirigere pusten for å redusere angsten.

Lazarus og Folkmans emosjonsfokuserte mestring er preget av bevisste handlinger, som har til hensikt å endre eller håndtere egne følelser i forhold til det som oppleves belastende. De kan benyttes i situasjoner som ikke er kontrollerbare og hvor en må endre sin egen oppfatning, tenke annerledes, endre sine følelser, redefinere og omtolke sin situasjon (Ibid). Slik jeg oppfatter emosjonsfokusert mestring, kan et eksempel at sykepleieren sier «dette klarer du», «pust dypt og rolig» i en situasjon hvor angst oppstår. Og at sykepleieren kan overføre denne kunnskapen til pasienten.

I studien til Willgross et. al. (2012) kom det frem at det å snakke til seg selv var en viktig mestrings strategi. Gjennom en logisk og systematisk tankeprosess og refleksjon over tidligere hendelser, var pasienter i stand til å vurdere den relative risikoen av deres situasjon og til å ta positive skritt mot å unngå angst og panikkanfall.

Ved å bruke Lazarus og Folkman sine mestringsstrategier, kan sykepleieren redusere den sterke angsten til en signalangst, eller mild til moderat angst, og dermed hjelpe pasienten å mestre sin angst, etter min mening.

## **4.12 Å være omsorgsfull er ikke nok**

Benner og Wrubel mener at for å kunne gi god sykepleie er det ikke nok og bare være omsorgsfull. Teoretikerne understreker at sykepleie både er instrumentell og ekspressiv. For å kunne hjelpe pasienter er det viktig å mestre de nødvendige ferdighetene og å inneha god forståelse både for mennesker og for teknologi.

Som jeg tolker dette er det viktig å sørge for at pasienten psykiske behov står i fokus, men at pasientens fysiske behov også må ivaretas. I lys av kapittel 3.1.7.2 må pasienten få nødvendig medisinsk behandling, som oksygen, inhalasjonslegemidler og intravenøse medisiner. Sykehuset innlandet HF i Norge, har nå kommet med en behandlingslinje i forhold til KOLS, som utdyper disse tiltakene ytterligere (Rødølen, 2012).

### **4.12.1 Oksygenbehandling**

Det første behandlingstiltaket på avdelingen er oksygenbehandling. Jo mer respiratorisk påvirket pasienten blir, desto mer faller pO<sub>2</sub>, og desto mer stiger pCO<sub>2</sub> (Moll et. al., 2011). Oksygenbehandling skal være 1 – 2 l/min. på nesekateter, og en streber etter en O<sub>2</sub> metning på 85 – 90 % (Rødølen, 2012).

Oksygenbehandling er livreddende i en akutt situasjon, det er viktig at pasienten får tilstrekkelig med oksygen og at pO<sub>2</sub> holdes > 8 kPa, selv om pCO<sub>2</sub> stiger. Ved oksygenbehandling må en alltid ha i bakhodet at pasienter kan falle i en CO<sub>2</sub> – narkose, hvis de får tilført for mye oksygen. Hos pasienter med KOLS reagerer ikke reseptorene i glomus caroticum på CO<sub>2</sub> – opphopning. Reseptorene reagerer kun på O<sub>2</sub> – nivået, og pasientene blir tiltagende sløve under oksygenbehandlingen, som et uttrykk på pCO<sub>2</sub> – stigningen, noe som fører til nedsatt kraft til å hoste, og svekkelse av bevisstheden (Moll et. al., 2011).

### **4.12.2 Forstørvæske**

Sykepleier skal gi forstørvæske Ventoline (2,5 – 5 mg) og Atrovent (0,5 mg). Disse skal gis på forstøver apparat med luft (6 – 8 l/min.). Dette kan gjentas etter 15 minutter, og deretter hver time etter behov. Alternativt kan det brukes bronkodilatator spray med kolbe (Rødølen, 2012).

#### **4.12.3 Antibiotika**

Antibiotika skal gis der minst to av de følgende kriteriene er oppfylt (uavhengig av kroppstemperatur, CRP, osv.); økt dyspné, økt purulens i ekspektoratet eller økt ekspektorat. Ellers gis det etter vanlige retningslinjer ved lab – messig, klinisk og radiologiske tegn på infeksjon (Røddølen, 2012)..

#### **4.12.4 Steroider**

Det skal gis Prednisolon (30-60mg po) eller Solumedrol (40mg iv.) Behandlingen fortsettes vanligvis som en steroidkur, for eksempel Prednisolon 30 mg x 1 i 10 dager (Røddølen, 2012)..

#### **4.12.5 Observasjoner**

I tillegg må pasienten overvåkes nøye i forhold til observasjoner som respirasjonens frekvens, dybde og rytme, respirasjonsbevegelse, hoste, slimproduksjon og ekspektorat, respirasjonslyder, bruk av hjelpemuskulatur, uro, angst, bevissthetstilstand, hudfarge, smerter, negle – og fingerforandringer og pasientens fysiske – og ernæringsmessige tilstand. Hele tiden må det også vurderes om den medisinske behandlingen har ønsket effekt (Kristoffersen et. al., 2011).

#### **4.12.6. Ernæring og fysisk aktivitet**

Sykepleieren må gjøre det hun kan i forhold til å fremme pasientens ernæring og fysiske aktivitet, slik det også fremkommer i kapittel 3.1.7.2. Om sykepleieren ikke strekker til kan hun kontakte ernæringsfysiolog eller fysioterapeut (Moll et.al., 2011).

### **4.13 Utskrivelse**

I praksis begynte vi å tenke på utskrivelsen helt fra pasienten kom inn. Om pasienten muligens hadde behov for kommunale tjenester etter sykehusoppholdet, skulle pasienten tidligmeldes til kommunen innen 24 timer etter innleggelse. Det er kommunen som bestemmer hvilke tilbud pasienten får, men sykehuset kan komme med anbefalinger.

Ved utskrivelsen må sykepleieren bruke sin organisatoriske kompetanse, for å skape en videre behandling vis dette er aktuelt. Som sagt er det begrenset hvor mye en kan hjelpe pasienten å mestre angsten under et sykehusopphold. Derfor er det viktig å kunne gi pasienten behandlingsalternativer etter sykehusoppholdet, som jeg nevnte i kapittel 4.10. Som det kommer frem i St.meld.nr.47 (2008-2009) stilles det krav om fokus på et helhetlig og optimalt pasientforløp. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e. (1999) krever også samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Å se den individuelle pasienten vil også her være essensielt, hvilke tilbud han trenger, hvilke tilbud som best vil fremme hans mestringspotensiale, og om det praktisk kan utføres.

## 5.0 AVSLUTNING

Jeg har i denne oppgaven prøvd å finne ut hvordan sykepleiere kan hjelpe pasienter å mestre sterk angst i forbindelse med en KOLS - forverring. Siden alle mennesker er ulike er det vanskelig å gi noe eksakt svar på hvordan sykepleieren kan hjelpe pasienten å mestre angsten. Men ved å gi omsorg i den forstand at hun bryr seg om pasienten, og involverer seg i forhold til ham, hans situasjon og sykdom, vil det hjelpe sykepleieren å finne ut hva pasienten opplever som stress og mestring. Benner og Wrubels sykepleieteori kan dermed også brukes for å finne pasientens ressurser, hva som er av betydning for den enkelte pasient og dermed gir det grunnlag for hvordan sykepleieren kan hjelpe pasienten å mestre angsten.

I lys av drøftingen kan sykepleieren hjelpe pasienten å mestre sterk angst ved å legge til rette for god respirasjon. Dette kan sykepleieren gjøre ved å dirigere respirasjonen, bedre sengeleiet, fysisk berøre pasienten og gi ham medisinsk behandling. Andre måter sykepleieren kan hjelpe pasienten å mestre sterk angst på kan blant annet være at pasienten føler han er i trygge hender, at sykepleieren forholder seg rolig, beroliger, gi omsorg som skaper trygghet og tillit, viser pasienten oppmerksomhet, forsikrer ham at det alltid er kyndig hjelp i nærheten, trøster, gir ham en hånd og holde i, eller gir farmakologisk behandling, i form av antidepressiva, benzodiazepiner eller SSRI preparater. Sykepleieren kan også lytte, bekrefte, bruke sin pedagogiske funksjon, organisatoriske kompetanse, fremme forutsigbarhet, kontroll, egenomsorg, brukermedvirkning og bruke problemfokuset og emosjonsfokuserede mestringsstrategier for å hjelpe pasienten å mestre angsten.

Ved at sykepleieren ser pasientens angst og hjelper ham og mestre den, kan pasienten oppnå bedre livskvalitet, i tillegg til å redusere helsekostnadene i samfunnet.

Gjennom fordypningen i temaet har jeg sett at mennesker med KOLS også opplever angst i andre situasjoner enn ved en KOLS – forverring. Slik som ved aktivitet eller i sosiale situasjoner, og at angstlidelser som generalisert angst og panikkangst er fremtredende i forbindelse med sykdommen KOLS. Ofte tolker disse pasientene angstanfallet som en forverring av sykdommen, og fører dermed til sykehusinnleggelse (Cafarella et. al., 2013., Maurer et. al., 2008., Willgoss et. al., 2012). Dette er noe som også sees nærmere på siden det reduserer pasientens livskvalitet og øker helsekostnadene i samfunnet. Men på grunn av oppgavens begrensninger, har jeg valgt og ikke lagt vekt på dette i min oppgave.

# Litteraturliste

## ***Pensumlitteratur***

### **Bøker**

Almås, H., Stubberud, D.G., & Grønseth, R. (red.). (2010). *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Blix, E.S., & Breivik, S. (2006). *Basisbok i sykepleie - Om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hanssen, T. A. & Natvig, G. K. (2007). Stress og mestring. I: Gjengedal, E. & Hanestad, B.R. (red.). *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring*. (2. utg.). Oslo: Cappelen Forlag AS.

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – Ikke stykkevis og delt – Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Jacobsen, D., Kjeldsen, S.E., Ingvaldsen, B., Buanes, T., & Røise, O. (2009). *Sykdomslære - Indremedisin, kirurgi og anestesi*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kringlen, E. (2008). *Psykiatri*. (10. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

## Lover

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* LOV-1999-07-02 nr. 64. Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html>

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om Kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* LOV – 2011 – 06 – 24 nr. 30. Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-20110624-030.html>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter.* LOV 1999-07-02 nr. 63. Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html>

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* LOV- 1999- 07- 02 nr. 61. Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-061.html>

St. meld. Nr. 47 (2008 – 2009). (2009) *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid.* Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>

## Selvvalg litteratur

### Bøker

Andenæs, R. (2007). Å leve med lungelidelser - Stress, mestring og livskvalitet hos pasienter med kronisk obstruktiv lungelidelse (KOLS). I: Gjengedal, E. & Hanestad, B.R. (red.). *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursending*. (2. utg.). Oslo: Cappelens Forlag AS. (Kap. 6:208 – 232).

Antall sider: 25

Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring – Stress and Coping in Health and Illness*. California: Addison – Wesley Publishing Company. (Kap. 1: 1-5., Kap. 2: 27 – 50., Kap. 3: 57 – 96., Kap. 4: 104 – 125., Kap. 6: 195 – 208., Kap. 10: 365 – 398).

Antall sider: 139

Frank, K., & Hanssen, K. T. (2013). *DU SER JO SÅ GODT UT! – Kronisk sykdom bak fasaden*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (Kap. 1: 1-5).

Antall sider: 5

Hjalmarsen, A.(2012). *Lungerehabilitering – KOLS og andre lungesykdommer*. Litauen: Cappelen Damm AS. (Del 2: 70 – 144., Del 3: 170-194). (100 sider).

Karlsen, P.J. (2012). *Psykologi – inngangsporten*. Oslo: Universitetsforlaget. (Kap. 4:127).

Antall sider: 1

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A. (2011). *Grunnleggende sykepleie – Grunnleggende behov*. Bind 1 og 2. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (Kap. 2:31 - 72., Kap. 3: 83 – 127., Kap. 6: 207 – 270., Kap. 10: 61 – 87).

Antall sider: 178

Malt, U.F., Andreassen, O.A., Melle, I., & Årslund, D. (2012). *Lærebok i psykiatri*. (3.utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. (Kap 11: 257-311).

Antall sider: 55



Moll, L., Lange, P., & Dahl, B.H. (red.).(2011). *KOL – sykdom, behandling og organisation*. København: Munksgaard Danmark. (Kap. 14: 123 – 135., Kap. 18: 157 – 163., Kap. 17: 149 - 155., Kap. 19:165 – 169).

Antall sider: 32

### **Artikler m.m.**

Bjørnsland, B., Wilde-Larsson, B. & Kvigne, K. (2012). *Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus*. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning. Vol: 8 (1): 20 – 33. Tilgjengelig fra: <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/viewFile/2329/2151> Lest dato: 1. april. 2013.

Antall sider: 14

Cafarella, P.A., Effing, T.W., Usmani, Z-A. og Frith, P.A.(2012) *Treatments for anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A literature review*. Official Journal of the Asian Pacific Society of Respiology. Vol: 17 (4) s: 627–638. Tilgjengelig fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1843.2012.02148.x/pdf> Lest dato: 20 feb. 2013

Antall sider: 12

DiNicola, G., Julian, L., Gregorich, S.E., Blanc,P.D. og Katz, P.P (2013) *The role of social support in anxiety for persons with COPD*. Journal of Psychosomatic Research. Vol: 74 (2) s: 110 – 116 Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.09.022> Lest dato: 13. mars 2013.

Antall sider: 7

GOLD - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2011). *Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD*. Hentet fra:

[http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD\\_Report\\_2011Dec30.pdf](http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2011Dec30.pdf) Lest dato: 01.april.2013.

Antall sider: 90

Helsedirektoratet (2012) *Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging av personer med kols*. Helsedirektoratet. Hentet fra

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-og-veileder-for-forebygging-diagnostisering-og-oppfolging-av-personer-med-kols/Documents/IS-2029Revidert.pdf> Lest dato: 01.april. 2013.

Antall sider: 177

Johannessen, A., Omenaas, E.R., Bakke, P.S., & Gulsvik, A. (2005). *Implications of reversibility testing on prevalence and risk factors for chronic obstructive pulmonary disease: a community study*. Thorax. Vol: 60 (10):842-847. Tilgjengelig fra:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1747202/pdf/v060p00842.pdf>

Lest dato: 20.feb. 2013.

Antall sider: 6

Langhammer. A., Johnsen. R., Holmen. J., Gulsvik. A., & Bjermer. L. (2000). *Cigarette smoking gives more respiratory symptoms among women than among men. The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT)*. Journal of Epidemiology and Community Health. Vol: 54(12):917-922. Tilgjengelig fra:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1731608/pdf/v054p00917.pdf> Lest dato: 21. feb. 2013.

Antall sider: 5

Langhammer. A., Johnsen. R., Gulsvik. A., Holmen. T.L., & Bjermer. L. (2003). *Sex differences in lung vulnerability to tobacco smoking*. European Respiratory Journal. Vol: 21(6):1017-1023. Tilgjengelig fra: <http://erj.ersjournals.com/content/21/6/1017.full.pdf+html>

Lest dato: 21. feb. 2013.

Antall sider: 7

Markussen, K. (2009). *Kols gir angst*. Sykepleien. Vol: 97 (9): 70-71. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/198990/kols-gir-angst> Lest 03. mars. 2013.

Antall sider: 2

Maurer, J., Rebbapragada, V., Goldstein, R., Kunik, M.E., Yohannes, A.M., og Hanania, N.P. (2008). *Anxiety and Depression in COPD – Current Understanding, Unanswered Questions, and Research Needs*. CHEST. Vol:134 (6):438-568. Tilgjengelig fra: <http://journal.publications.chestnet.org/article.aspx?articleid=1086096>  
Lest dato: 01. april.2013.

Antall sider: 31

Røddølen, T. (2012). *Akutt alvorlig KOLS - forverring hos voksne*. (2.utg.). Sykehuset innladet HF. Tilgjengelig fra: <http://demo.datakvalitet.no/egg/dok/dok28449.pdf#toolbar=0> Lest dato: 15. mars. 2013.

Antall sider: 2

Sørheim, I-C., Johannessen. A., Gulsvik. A., Bakke. P. S., Silverma. E. K., & DeMeo. D. L. (2010). *Gender differences in COPD:are women more susceptible to smoking effects than men?* Thorax. Vol: 64:480-485. Tilgjengelig fra: <http://thorax.bmj.com/content/65/6/480.full.pdf> Lest dato:21. feb. 2013.

Antall sider: 6

Willgoss, T. G., Yohannes, A. M., Goldbart, J., & Fatoye, F. (2012). *“Everything was spiraling out of control”*: Experiences of anxiety in people with chronic obstructive pulmonary disease. Heart & Lung :The Journal of Acute and Critical Care. Vol:41 (6): 562–571. Hentet fra: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2012.07.003> Lest dato: 01.mars. 2013.

Antall sider:10

Usmani, Z – A., Carson, K. V., Cheng, J. N., Esterman, A. J. & Smith B. J. (2011).  
*Pharmacological interventions for the treatment of anxiety disorders in chronic obstructive pulmonary disease*. The Cochrane Library (11):1-37. Tilgjengelig fra:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008483.pub2/pdf> Lest dato: 1.  
April. 2013.

Antall sider: 38

**Sum antall selvvalgte sider: 842**

VEDLEGG 1

Database	Søkeord	Antall treff	Avgrensning(er)	Artikkelens forfattere	Artikkelens utgivelsesår	Artikkelens navn
SveMed+	chronic obstructive pulmonary disease	130	peer- reviewed og les online	Bjørslund, B., Wilde-Larsson, B. & Kvigne, K.	2012	Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus
PubMed	chronic obstructive pulmonary disease AND anxiety	553	Full tekst, peer – reviewed og ikke elder enn fem år.	Cafarella, P.A., Effing, T.W., Usmani, Z-A. og Frith, P.A.	2012	Treatments for anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A literature review.
Scopus	Anxiety AND COPD	362	Avgrenset med årstall, 2008 – i dag.	DiNicola, G., Julian, L., Gregorich, S.E., Blanc,P.D. og Katz, P.P.	2013	The role of social support in anxiety for persons with COPD.
PubMed	chronic obstructive pulmonary disease AND prevalence AND risk factors	698	Tilgjengelig gratis full tekst , ikke eldre enn ti år, mennesker	Johannessen, A., Omenaas, E.R., Bakke, P.S., & Gulsvik, A	2005	Implications of reversibility testing on prevalence and risk factors for chronic obstructive pulmonary disease: a community study.

Database	Søkeord	Antall treff	Avgrensning(er)	Artikkelens forfattere	Artikkelens utgivelsesår	Artikkelens navn
ProQuest	Cigarette smoking AND respiratory symptoms And chronic obstructive pulmonary disease AND Norway	271	Full tekst, peer – reviewed, søk i tittel	Langhammer. A., Johnsen. R., Holmen. J., Gulsvik. A., & Bjermer. L.	2000	Cigarette smoking gives more respiratory symptoms among women than among men. The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT).
Funnet gjennom annen artikkel (Gender differences in COPD:are women more susceptible to smoking effects than men?).				Langhammer. A., Johnsen. R., Gulsvik. A., Holmen. T.L., & Bjermer. L.	2003	Sex differences in lung vulnerability to tobacco smoking.
Svemed+	KOLS og angst	4		Markussen, K.	2009	Kols gir angst

Database	Søkeord	Antall treff	Avgrensning(er)	Artikkelens forfattere	Artikkelens utgivelsesår	Artikkelens navn
Scopus	Anxiety AND COPD AND Research Needs	22	Ikke elder enn fem år, søk i tittel	Maurer, J., Rebbapragada, V., Goldstein, R., Kunik, M.E., Yohannes, A.M., og Hanania, N.P.	2008	Anxiety and Depression in COPD – Current Understanding, Unanswered Questions, and Research Needs.
Scopus	Gender differences AND COPD	247	Ikke elder enn fem år, søk i tittel	Sørheim, I-C., Johannessen. A., Gulsvik. A., Bakke. P. S., Silverma. E. K., & DeMeo. D. L.	2010	Gender differences in COPD:are women more susceptible to smoking effects than men?
PubMed	chronic obstructive pulmonary disease AND anxiety	553	Full tekst, peer – reviewed, søk i tittel	Willgoss, T. G., Yohannes, A. M., Goldbart, J., & Fatoye, F.	2012	“Everything was spiraling out of control”: Experiences of anxiety in people with chronic obstructive pulmonary disease

<b>Database</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Avgrensning(er)</b>	<b>Artikkelens forfattere</b>	<b>Artikkelens utgivelsesår</b>	<b>Artikkelens navn</b>
Funnet gjennom annen artikkel (Treatments for anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A literature review).				Usmaini, Z – A., Carson, K. V., Cheng, J. N., Esterman, A. J. & Smith' B. J.	2011	<i>Pharmacological interventions for the treatment of anxiety disorders in chronic obstructive pulmonary disease.</i>