

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Pilestredet,
Fakultet for helsefag**

Kandidatnummer: 240 & 275

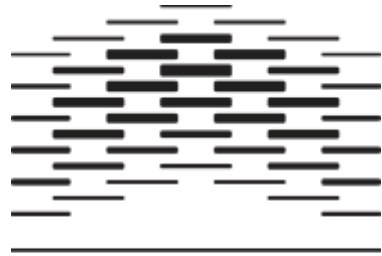
Eksamensnavn: SYBA3900 Bacheloroppgave

Dato: 16.03.2017

Klasse: SYPLGR klasse 3A

Kull: 2014-H

Antall ord: 10903



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Stress hos pasienter med KOLS

*Hvordan kan sykepleier redusere stress hos pasienter
med KOLS?*

Bacheloroppgave

Kull 2014-H

16.03.2017

Kandidatnummer: 240 & 275

Antall ord: 10903

*Livet kan være vanskelig å forstå,
man vet ikke alltid
hvilken vei man skal gå.*

*Husk da at veien blir til mens man går,
og at man blir rikere
av hver erfaring man får.*

- Ferdinand Finne (1986).

Sammendrag

Vi har i denne bacheloroppgaven tatt et dypdykk i stress hos pasienter med KOLS, og hvordan deres hverdag blir påvirket av sykdommens symptomer, og det faktum av at sykdommen preges av skam og stigmatisering.

Vi har valgt følgende problemstilling for oppgaven;

Hvordan kan sykepleier redusere stress hos en pasient med KOLS?

Valgt metode for oppgaven er et litteraturstudie der hensikten er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør, og hvordan en har kommet frem til kunnskapen. Vi fant fire forskningsartikler som belyser ulike sider av oppgavens problemstilling. Artikkelen tar for seg hvordan symptomene gir utfordringer i hverdagen og livet, med fokus på fysiske utfordringer og hvordan en på egenhånd har ervervet seg ulike strategier for å mestre sykdommen. Hjelp fra helsepersonell poengteres som viktig for å møte utfordringene. En artikkel tar for seg den psykiske belastningen ved sykdommen gjennom skam, selvbebreidelse og stigmatisering fra samfunnet.

Vi har ved hjelp av Lazarus & Folkmans teori om stress og mestring, samt Benner & Wrubels omsorgsteori, presentert ulike tiltak sykepleier kan iverksette for å redusere stress hos en pasient med KOLS som er innlagt på en lungemedisinsk avdeling, med forverring av sin tilstand. Problemområdene vi har avgrenset oss til er tilnærmingen til pasientgruppen, sykepleiers holdninger, tiltak ved hovedsymptomene åndenød, sekrethopning og angst.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0	Innledning	1
1.1	Presentasjon av problemstilling.....	2
1.2	Oppbygging av oppgaven.....	2
1.3	Hensikt med oppgaven.....	2
2.0	Metode	3
2.1	Litteraturstudie.....	3
2.2	Søkeprosessen.....	4
2.3	Presentasjon av forskningsartikler.....	4
2.3.1	Oppsummering.....	6
2.4	Kildekritikk.....	7
3.0	Referanseramme for oppgaven	8
3.1	Kronisk obstruktiv lungesykdom.....	8
3.1.1	Årsaker.....	8
3.1.2	Stadier.....	9
3.1.3	Konsekvenser for pasienten.....	9
3.1.4	Behandling.....	10
3.2	Lazarus og Folkmans teori om stress og mestring.....	11
3.3	Benner & Wrubels omsorgsteori.....	13
3.4	Aspekter ved sykepleie.....	15
4.0	Hvordan redusere stress hos pasienter med KOLS?	16
4.1	Sykepleietilnærming til pasientgruppen.....	17
4.2	Sykepleiers holdninger.....	19
4.3	Tiltak ved åndenød.....	25
4.4	Tiltak ved sekretopphopning.....	22
4.5	Tiltak ved angst.....	24
5.0	Avslutning	28

Litteraturliste

Vedlegg 1: Forskningsartikler

1.0 INNLEDNING

Kronisk obstruktiv lungesykdom er en progredierende irreversibel sykdom som fører til varig nedsatt lungefunksjon (Halding, 2011). På verdensbasis regner en med at sykdommen vil bli den tredje største dødsårsaken i verden innen 2020 (GOLD, 2017). I Norge blir KOLS regnet som en folkesykdom, og Helsedirektoratet (2016) estimerer at rundt 300 000 personer lider av KOLS og at 20 000 voksne får diagnosen hvert år i Norge. Risikoen for å utvikle sykdommen blir bestemt av et komplisert samspill mellom genetiske faktorer og langvarig eksponering for skadelige gasser, støv og tobakksrøyk. Åndenød er hovedsymptomet som trekkes frem og mange opplever angst i forbindelse med å ikke få puste tilstrekkelig. De som lever med sykdommen opplever ofte redusert livskvalitet og store krav til daglig egenomsorg. Pasienter beskriver sykdommen som en utfordring i hverdagen, da den i tillegg til fysiske utfordringer knyttes til stigmatisering, skam og skyldfølelse.

Hver fjerde pasient som innlegges i medisinske avdelinger, er en lungepasient (Hjalmarsen, 2012). Forskning viser at KOLS vil koste samfunnet 24 milliarder kroner de neste 20 årene. Kostnadene kan reduseres betydelig ved å forhindre symptomforverring. I 2005 utgjorde behandlingen av KOLS totalt 1,3 milliard kroner på samfunnsnivå, eller 0,7 % av totale utgifter til helse. Halvparten av kostnadene var relatert til medikamentbruk (Nielsen, 2009). Medisinsk behandling kan til en viss grad bedre symptomer og minske faren for akutte forverring og sykdomsprogresjon, men pasientens egen innsats er svært viktig for å bevare best mulig helse på tross av sykdommen (Halding, 2011).

Grunnen til at vi velger å skrive vår bacheloroppgave om dette temaet, er at KOLS er en økende folkesykdom, og at vi som fremtidige sykepleiere kommer til å møte denne pasientgruppen overalt i helsevesenet. Samtidig er det en sykdom som krever mye ressurser, og er en stor samfunnsøkonomisk kostnad. Vi finner det interessant å finne ut av hva som kan gjøres for at pasientene opplever en lettere hverdag, og som samtidig vil bespare samfunnet store kostnader.

1.1 Presentasjon av problemstilling.

Vi har valgt følgende problemstilling for oppgaven;

Hvordan kan sykepleier redusere stress hos en pasient med KOLS?

Vi har i denne oppgaven valgt å møte pasienter med moderat til alvorlig grad av KOLS som er innlagt på en lungemedisinsk avdeling med forverring av sin tilstand. Pasientene opplever at symptomene har blitt fremtredende, i form av økende åndenød og sekretopphopning. Pasienter med KOLS opplever mye angst på grunn av opplevelsen av å ikke få puste tilstrekkelig, og mange opplever stigmatisering og skam i lys av at sykdommen ofte er selvpåført. Vi mener dette er forhold som virker stressende på pasientene, og vi vil fokusere på hvordan sykepleier kan redusere dette stresset, med hensikt om at pasienten kan få en lettere hverdag. Som teoretisk rammeverk har vi valgt å benytte Lazarus & Folkmans teori om stress og mestring, samt omsorgsteorien til Benner & Wrubel, som har satt førstnevnte teori i et sykepleieperspektiv.

1.2 Oppbygging av oppgaven.

I metodekapittelet vil vi beskrive litteraturstudiet; vi vil forklare søkeprosessen, samt presentere resultater fra forskningsartiklene vi har funnet. Vi vil også presentere aktuell kildekritikk. I kapitlet om oppgavens referanseramme vil vi presentere all relevant teori for oppgaven. I drøftingsdelen vil vi belyse problemstillingen ut i fra valgt teori og forskningsartikler, og besvare oppgavens problemstilling. Til slutt vil vi komme med en oppsummering av oppgaven.

1.3 Hensikt med oppgaven.

Hensikten med å skrive en bacheloroppgave er i følge Thidemann (2015) å gi kunnskap, erfaring og innsikt i en selvvalgt problemstilling innenfor sykepleiefaget. Arbeidet skal lede til kunnskap, erfaringer og innsikt i tema, som innebærer å vise systematikk, grundighet og selvstendighet (Thidemann 2015). Videre er det en øvelse i å skrive akademisk og følge vitenskapelig tenkemåte, arbeidsmetode og dokumentasjon. Hensikten med dette arbeidet blir altså å fordype seg i selvvalgt tema, belyse problemstillingen gjennom forskning og selvvalgt litteratur, og å vise akademiske ferdigheter som en har utviklet gjennom sykepleierstudiet.

2.0 METODE

Metode er den systematiske fremgangsmåten en benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling (Thidemann, 2015). Sosiologen Vilhelm Aubert formulerer definisjonen på en metode slik; ”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap” (Aubert, 1985, s. 196).

Både kvalitativt og kvantitativt orienterte metoder bidrar, i følge Dalland (2012), på hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og av hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler. Videre forklarer han at kvalitative metoder tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle.

Ved å ha valgt en litteraturstudie, har vi satt oss inn i metodene som benyttes i de vitenskapelige artiklene vi har funnet. Dataen vi presenterer er samlet inn av andre, og kalles dermed sekundærdata (Thidemann, 2015).

2.1 Litteraturstudie.

Begrunnelsen for å velge én bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet på en faglig interessant måte (Dalland, 2012). Et litteraturstudie systematiserer ifølge Thidemann (2015) kunnskap fra ulike skriftlige kilder. Å systematisere innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk igjennom den og til slutt sammenfatte det hele. Hensikten er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør, og hvordan en har kommet frem til kunnskapen.

2.2 Søkeprosessen.

Arbeidet med å skaffe litteratur til oppgaven har vi gjort ved å søke manuelt i databaser. Vi valgte å avgrense oss til Høgskolen i Oslo og Akershus' utvalgte databaser, da disse er faglig relevante og gir oss tilgang til et bredere utvalg av artikler. Forskningsartiklene vi har valgt er funnet i databasen Cinahl. Databasen dekker sykepleie og tilgrensede fag, og holder forskningsartikler, bøker, bokkapitler, avhandlinger og konferanseabstrakter fra 1982 og fremover (Thidemann, 2015). For å tydeliggjøre litteratursøket og avgrense mengde litteratur, har vi foretatt visse inklusjonskriterier. Vi valgte å inkludere kvalitative studier som er fagfellevurdert, dvs. merket *peer reviewed* i søkefeltet. Dette sikrer oss kvalitetssikret forskning. Videre valgte vi å ekskludere artikler eldre enn 10 år, og som ikke er skrevet på et skandinavisk eller engelsk språk. Dette for å få en mest mulig oppdatert og relevant forskning. For å få aktuelle resultater for vår oppgave, valgte vi relevante søkeord tilknyttet problemstillingen. I første søk i Cinahl benyttet vi følgende engelsk søkeord: COPD, empowerment og coping. Søkeordene ble kombinert med *AND* og ga oss 13 forskningsartikler, hvorav vi valgte 1 av disse. I andre søk i Cinahl benyttet vi følgende engelske søkeord: COPD, coping og self care. Søkeordene ble kombinert med *AND* og ga oss 10 resultater, hvorav vi valgte 2 av disse. I tillegg har vi valgt å anvende en artikkel fra Anne-Grethe Halding sin doktorgradavhandling, som omhandler skam og stigma rundt KOLS. Grunnen til at vi valgte akkurat disse forskningsartiklene går ut på at disse belyser problemstillingen fra ulike vinkler; fra helsepersonells ståsted til hvordan pasientene selv opplever å leve med en kronisk sykdom som KOLS.

2.3 Presentasjon av forskningsartikler.

I dette kapitlet vil vi kort presentere resultatene fra valgte forskningsartikler, og begrunne hvorfor vi valgte akkurat disse. Til slutt vil vi komme med en oppsummering.

Artikkelen *Living with chronic obstructive pulmonary disease: developing conscious body management in a shrinking life-world* fremhever åndenød som hovedårsak til en endret livssituasjon da den reduserer muligheten til å utføre sosiale aktiviteter, fritidsinteresser, mobilitet og pasientens evne til å ta vare på seg selv. Som følge av fatigue, følte pasientene seg ubrukelige for andre, og de syntes det var skjelligende å føle behov for å hyppig

eliminere sekretet og ekspektorat som hoper seg opp. Pasientene syntes det var vanskelig å spise og puste samtidig, og mange opplevde også å få redusert appetitt, som igjen førte til vektreduksjon. Pasientene hadde laget seg strategier som innebar bevisst kroppskontroll. Dette gikk blant annet ut på å planlegge pauser for å få igjen pusten i forskjellige aktiviteter. Å presse kroppen i forhold til nødvendige aktiviteter som f.eks trening var også en form for kroppskontroll. Pasientene lærte å kjenne sine egne grenser, slik at åndenøden ikke ble for ille (Gullick, J. & Stainton, C. M., 2008). Grunnen for at vi valgte å inkludere denne artikkelen er fordi den ut i fra et pasientperspektiv belyser hvilke utfordringer en møter ved å ha KOLS, og hvordan de har funnet ulike strategier på å mestre hverdagen best mulig.

Artikkelen *Life with chronic obstructive pulmonary disease: striving for "controlled co-existence"* belyser uforutsigbarheten ved sykdommen og følelsen av å ikke få puste som de største utfordringene ved KOLS. Mange av pasientene prøvde ofte å skjule symptomene, da de kjente på følelsen om å ikke være sosialt akseptert i lys av at sykdommen er selvpåført. Mange uttrykte at det var skammen relatert til egenomsorgssvikt som hindret de i å søke hjelp fra helsevesenet, og viktigheten av at helsepersonell ikke ubevisst bygger opp denne skammen. For at pasientene skulle kunne leve i sameksistens med sykdommen var det viktig å vite hva som måtte gjøres, når og hvordan. Forfatterne trekker frem at helsepersonell har et ansvar for å hjelpe pasienter med KOLS til å lære hvordan de bedre kan mestre sykdommen, i stedet for at sykdommen kontrollerer pasienten. Videre konkluderer de med at egenmestringsprogram med fokus på å lære viktige ferdigheter og strategier for å mestre de utfordringene pasienten møter, gir positive resultater. En viktig helsepersonelloppgave er i følge forfatterne å styrke pasientene til å mestre sykdommen (Cooney, A., Mee, L., Casey, D., Murphy, K., Kirwan, C., Burke, E., Conway, Y., Healy, D., Mooney, B., Murphy, J. & the PRINCE team., 2013). Vi har valgt å anvende denne artikkelen fordi den tar for seg pasientenes egne opplevelser av utfordringene i hverdagen med KOLS, og hvilke symptomer som reduserer deres evne til å leve slik de gjorde før de fikk sykdommen. Artikkelen sier også noe om helsepersonells oppgave i forhold til disse utfordringene.

Artikkelen *Experiences of self-blame and stigmatisation for self-infliction among individuals living with COPD* presiserer at mange pasienter med KOLS føler seg helsemessig isolerte fra resten av samfunnet, på grunn av selvbebreidelse og samfunnets stigmatisering av KOLS som

en selvpåført sykdom. Pasientene følte skam gjennom skyldfølelse og mangel på støtte fra deres sosiale nettverk, fra helsevesenet og fra samfunnet generelt. Dette syntes å øke sykdomsfølelsen og ga et behov for defensive handlinger og en trang til å skjule symptomer eller be om unnskyldning, noe som igjen førte til daglige trusler mot selvfølelsen. Positive sosiale relasjoner og sosial støtte synes å være viktig for deres livskvalitet og personlig integritet. Studien konkluderer med at en bevissthet om stigmatisering av denne pasientgruppen, og økt kunnskap om alle risikofaktorer som gjør en disponibel for å utvikle sykdommen, kan bedre omsorgspersonens evne til å forstå utfordringene pasientene opplever (Halding, A.G., Heggdal, K., & Wahl, A., 2010). Vi valgte artikkelen på bakgrunn av at den ut i fra et pasientperspektiv belyser opplevelser av skam, skyldfølelse og samfunnets stigmatisering av sykdommen KOLS, noe som er relevant for vår problemstilling.

Artikkelen *Developing a structured education programme for clients with COPD* konkluderer med at sykepleiere som jobber i primærhelsetjenesten kan ha en nøkkelrolle i lungerehabilitering. Deres ekspertise er essensiell i utviklingen av rehabiliteringsprogram, og de var også i stand til å tilrettelegge programmet effektivt i sitt arbeide. Bakgrunnen for programmet er basert på empowerment, og aktivitetene er tilpasset for å gi pasientene kunnskaper, selvtillit og ferdigheter de trenger for å kunne mestre hverdagen på egenhånd. Studien konkluderer med at ved å styrke pasienten gjennom empowerment, påvirker en graden av selvkontroll og helseatferd i en positiv retning (Casey, D., Murphy, K., Cooney, A., Mee, L., & Dowling, M., 2011). Artikkelen har vi valgt på bakgrunn av at den belyser hvordan empowerment bidrar til å hjelpe pasientene til å få økt selvkontroll og forbedret helseatferd, og at sykepleierrollen er essensiell i dette arbeidet.

2.3.1 Oppsummering.

Vi valgte til sammen fire forskningsartikler til litteraturstudiet. Hver av disse belyser ulike sider ved oppgavens problemstilling, noe vi får nytte av i drøftingsdelen.

To av artiklene belyser pasientenes opplevelse av hvordan symptomene gir utfordringer i hverdagen og livet. Artiklene har hovedfokus på fysiske utfordringer og hvordan en på egenhånd har ervervet seg ulike strategier for å mestre sykdommen. Hjelp fra helsepersonell med egenmestringsprogram ses på som viktig for å møte utfordringene.

En artikkel tar for seg den psykiske belastningen ved sykdommen gjennom skam,

selvbebreidelse og stigmatisering fra samfunnet. Den siste artikkelen belyser sykepleiers rolle i utviklingen og tilretteleggingen av et rehabiliteringsprogram.

2.4 Kildekritikk.

Kildekritikk er å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes, det er metoden som brukes for å fastslå om kilden er sann (Dalland, 2012). I søket etter aktuell og god litteratur har vi i henhold til Dalland stilt oss spørsmålene: *Er dette relevant for vår problemstilling? Er litteraturen holdbar i dag? Er litteraturen troverdig?* Som en forsikring om at forskningsartiklene er kvalitetssikrede, utførte vi søkene slik at vi kun fikk fagfellevurderte artikler. Fagbøkene vi har anvendt har vi funnet på HIOAs' biblioteker. I følge Dalland (2012) er det i hovedsak to sider ved kildekritikk. Den første handler om hjelp til å finne frem til den litteraturen som best mulig kan belyse din problemstilling. Dette kaller Dalland for kildesøking eller litteratursøking. Den andre handler om å gjøre rede for den litteraturen vi har anvendt i oppgaven vår. Samtlige artikler vi har valgt å inkludere i litteraturstudiet, er skrevet av mennesker med sykepleierbakgrunn, og de er utgitt i sykepleiefaglige tidsskrifter. Artiklene er dermed skrevet i et sykepleieperspektiv. Vi har ikke snakket direkte med pasienter med KOLS, men vi har søkt informasjon og kunnskap fra fagpersoner innenfor området. Disse jobber på et spesialsykehus og rehabiliteringssenter for mennesker med lungesykdom. I følge Dalland (2012) er en sekundærkilde når en forfatter tolker andres arbeid, og henviser til disse i egen tekst. I forhold til Benner & Wrubel sin omsorgsteori, har vi i tillegg til primærkilden tatt i bruk to sekundærkilder. Dette på grunn av at Benner & Wrubel ordlegger seg på en måte som gjør det utfordrende, og ikke minst tidkrevende, å tolke og oversette i praksis. Når det gjelder Lazarus & Folkmans stress- og mestringsteori, har vi også her, i tillegg til primærkilden, anvendt sekundærkilder. Årsaken til dette er at vi enklere forstår deres teori når den er tolket og sett i sammenheng fra et sykepleieperspektiv.

3.0 REFERANSERAMME FOR OPPGAVEN

Vi vil her presentere valgt litteratur for oppgaven. Til å begynne med vil vi presentere ulike aspekter ved sykdommen KOLS. Videre vil vi presentere Lazarus & Folkmans stress- og mestringssteori, samt omsorgsteorien til Benner & Wrubel. Til slutt vil vi presentere viktige aspekter ved sykepleie, som vi finner relevant for vår oppgave.

3.1 Kronisk obstruktiv lungesykdom.

Kronisk obstruktiv lungesykdom er en samlebetegnelse på nedsatt lungefunksjon som følge av astma, kronisk bronkitt eller emfysem (Mjell, 2012). Langvarig irritasjon har ført til en kronisk inflammatorisk reaksjon i bronkiene, særlig i de perifere luftveiene. Inflammasjonen fører til at slimhinnene blir ødematøse, og økt antall slimproduserende celler fører til at det blir økt sekretproduksjon. Sekretet endrer sin fysiske egenskap ved at det blir seigere, noe som fører til at det lettere dannes slimplugg. Den inflammatoriske prosessen vil etter hvert føre til hypertrofi og konstriksjon av glatt muskulatur i bronkiene. Dette vil igjen føre til at det oppstår fibrose og avstengning av perifere luftveier. Støttevevet rundt bronkiolene blir skadet og etter hvert ødelagt noe som fører til ødelagte alveoler og redusert elastisk drag på de perifere luftveiene, slik at de lett klapper sammen under ekspirasjon. Dette vil føre til en forlenget ekspirasjon (Mjell, 2012).

3.1.1 Årsaker.

I følge Mjell (2012) er hovedårsaken til KOLS tobakksrøyking. Passiv røyking bidrar også til symptomer fra lungene, og til utvikling av KOLS. Andre årsaker er eksponering for støv og kjemikalier i arbeidssammenheng, når eksponeringen er langvarig og tilstrekkelig stor. Andre risikofaktorer er forurensing fra fossile brennstoffer. Matlaging og oppvarming i dårlig ventilerte boliger er en hyppig forekommende årsak til KOLS på verdensbasis. Hyppige lungeinfeksjoner i barndommen kan gi redusert lungefunksjon og hyppigere kronisk lungesykdom i voksen alder. Astma er også en risikofaktor for KOLS. Genetiske faktorer har dessuten betydning, Alfa-1-trypsin-mangel er påvist som en genetisk risikofaktor for utvikling av emfysem (Mjell, 2012).

3.1.2 Stadier.

KOLS deles inn i fire stadier. Ved stadium I har pasienten mild begrensning i luftveiene. Kronisk hoste og økt slimproduksjon kan forekomme. Mange er ofte ikke klar over at de har sykdommen på dette stadiet. Ved stadium II har pasienten moderat KOLS ytterligere forsnevring av luftveiene. Økt dyspné og forverring av hoste og allmenntilstand påvirker livsutfoldelsen. Stadium III klassifiseres som alvorlig KOLS. De fleste opplever økt tungpustethet og åndenød, begrenset fysisk kapasitet og utmattelse. Dette som følge av enda ytterligere forsnevring av luftveiene. Stadium IV, svært alvorlig KOLS, vil føre til at pasienten får en alvorlig luftstrømsbegrensning. Pasienten har kronisk respirasjonssvikt, og ofte høyresidig hjertesvikt, og økt risiko for karsykdommer. Pasienten vil også ofte ha symptomer som vekttap, muskeltap, osteoporose, anemi, depresjon og angst (Halding, 2011).

3.1.3 Konsekvenser for pasienten.

Symptomer ved KOLS kommer gradvis, som regel med kronisk hoste, økt slimproduksjon og tung pust ved anstrengelse. Dette kombinert med luftveisinfeksjoner, er vanlige grunner til at pasientene oppsøker lege (Mjell, 2012). Det er vanlig med gjentatte episoder med akutte bronkitter, noe som videre skader luftveiene ytterligere. Ekspektoratet er gjerne purulent, pussholdig og gulgrønt, og kan være tilstede hele dagen. Irriterte slimhinner i luftveiene kan også føre til gråhvitt ekspektorat som kan vedvare i månedsvis. Det å stadig føle behov for å hoste opp tykt ekspektorat oppleves som sjenerende og skamfullt for mange (Gullick & Stainton, 2008). Luftveisobstruksjonen vil gi økt motstand for luften som skal ut, noe som ofte fører til at pasientene utvikler angst, da det oppleves som skremmende å ikke få puste tilstrekkelig. Allerede ved moderat KOLS kan nedsatt fysisk aktivitet opptre, ved at personen slutter å utføre fysisk krevende aktiviteter og inntar en mer passiv livsstil (Hjalmarsen, 2012). Den tunge pusten og åndenøden begrenser kapasiteten i hverdagen, noe som går utover familieliv, arbeid, sosial tilhørighet og evne til å ta vare på seg selv. Sosial isolasjon med depresjon som følge, forekommer hyppig blant pasientgruppen (Halding, 2010). Ved alvorlig stadium øker grad av åndenød, og de indre organer påvirkes med nedsatt allmenntilstand og vekttap som følge (Hjalmarsen, 2012). Vektreduksjon kan også komme som følge av for lite energi til å orke å spise ved måltider. Mange med langvarig KOLS utvikler også høyresidig hjertesvikt, på grunn av hypoksi som er generell oksygenmangel i kroppen, og hyperkapni, for høy konsentrasjon av karbondioksid i blodet (Mjell, 2012).

3.1.4 Behandling.

Formålet med behandlingen av pasienter med kroniske lungesykdommer er å redusere symptomer, forbedre livskvalitet og forlenge livet. Behandlingen har endret seg over de siste førti årene fra å dreie seg om enkel medisinerings til vitenskapsbasert lungerehabilitering (Hjalmarsen, 2012). Medisiner som utvider bronkiene slik at luftgjennomstrømningen øker, såkalte bronkodilatorer, er sentrale som symptomatisk behandling. Disse gis ofte som adrenerge beta-2-agonister, korttids- eller langtidsvirkende, periodevis eller fast, avhengig av symptomer. For å dempe slimproduksjonen kan pasientene bruke inhalasjonssteroider, kortison, som også reduserer hevelsen i slimhinnene. Disse brukes gjerne som kombinasjonspreparat sammen med beta-2-stimulatorer (Mjell, 2012). I følge Hjalmarsen (2012) vil vaksinerings mot influensa redusere alvorlige forverringer og død med 50 % hos pasientgruppen. Ved å ta pneumokokkvaksine, vil en kunne forebygge livstruende forverringer, da disse bakteriene kan gi alvorlig lungebetennelse (Mjell, 2012). Opphopning av ekspektorat i luftveiene gir gode vekstvilkår for bakterier slik at disse kan utvikle seg. Faren for bakterielle infeksjoner er derfor stor hos pasienter med KOLS, og mange blir hyppig innlagt på sykehus med pneumoni. Slike bakterieinfeksjoner blir behandlet med antibiotika (Hjalmarsen, 2012). Annen viktig behandling er fysisk trening og røykestopp, som reduserer slim og mildner sykdomsforløpet, og det å lære seg å leve med sykdommen. Det kan være vanskelig å slutte å røyke på egenhånd, og mange har derfor behov for et strukturert røykeavenningsprogram.

Forebygging og sanering av irriteranter i hjemmemiljø og på jobb er nødvendig, og det kan være hensiktsmessig å omplassere seg i yrkeslivet (Hjalmarsen, 2012). Ved langt kommet og alvorlig KOLS, der lungene ikke lenger klarer å forsyne kroppen med tilstrekkelig oksygen, vil en ofte være avhengig av å oksygentilførsel hjemme. Dette vil være aktuelt for pasienter som ikke røyker, når saturasjonen i blodet blir for lavt (Mjell, 2012). Respirasjonssenteret hos pasienter med KOLS har vendt seg til unormalt høyt CO₂-nivå i kroppen og lavere oksygen-nivå enn hos lungefriske. Friske mennesker vil ha en trang til å trekke pusten når CO₂-nivået i kroppen er for høyt, men hos pasienter med KOLS vil respirasjonssenteret reagere når O₂-nivået i kroppen er for lavt. Det vil derfor være viktig å være bevisst over hvor mye oksygen en gir til en pasient med KOLS, da for mye oksygen kan føre til en CO₂-narkose. CO₂-narkose kan føre til at pasienten puster saktere og mer overfladisk, og i verste fall at pasienten slutter å puste (Hjalmarsen, 2012). Hjemmerespirator er aktuelt ved alvorlig nattlig hypoksemi eller søvnapné, altså om en i perioder har for lavt oksygeninnhold i blodet eller

åndedrettstopp på 10 sekunder gjentatte ganger gjennom natten. Lungetransplantasjon kan være livreddende hos enkelte av de aller dårligste pasientene (Hjalmarsen, 2012).

3.2 Lazarus og Folkmans teori om stress og mestring.

Den amerikanske psykologen Richard Lazarus har gjennom flere tiår utviklet en teori om stress og mestring. Deler av teorien er utarbeidet i samarbeid med kollegaen Susan Folkman. Teorien bygger på en kognitiv, fenomenologisk og transaksjonell forståelse av den situasjonen en person befinner seg i (Kristoffersen, 2011). Det betyr at det er personens egne tanker om situasjonen han er i som utgjør grunnlaget for hans opplevelse av stress. Lazarus og Folkman forklarer stress som et forhold mellom personen og omgivelsene som ut fra personens oppfatning tærer på hans ressurser og setter hans velbefinnende i fare. Stress er en emosjonell tilstand som oppleves som negativ og den ledsages av biokjemiske, fysiologiske og kognitive endringer og endringer i atferd. Stressreaksjoner utløses når en person opplever at en situasjon er farlig eller belastende. Forventningen om at en situasjon er farlig eller belastende, blir i denne sammenheng betegnet som stressvurdering (Kristoffersen, 2011). For de fleste mennesker er vurderingen av stress nært knyttet til at personens grunnleggende behov er truet eller mangelfullt ivaretatt. Opplevelsen av stress er sterkere jo mer sentrale de behov eller verdier som er truet, er for personen (Lazarus, 2009).

Lazarus og Folkman beskriver mestring som ulike typer atferd og psykiske prosesser som personen benytter for å fjerne, overvinne, redusere eller tolerere krav som oppstår i situasjoner der personens ressurser utfordres (Kristoffersen, 2011). Mestringsforsøket har alltid et mål om en hensiktsmessig tilpasning av situasjonen. Lazarus og Folkman forklarer at når en forsøker å mestre en konkret situasjon, foretar en først en primærvurdering. En tar utgangspunkt i egen kognitive vurdering eller oppfattelse av den aktuelle situasjonen, og tillegger situasjonen en mening ut fra eventuelle tidligere kjennetegn og indre faktorer hos en selv. Vurderingen kan resultere i en oppfattelse av at situasjonen enten er positiv, nøytral eller belastende. En positiv eller nøytral vurdering, betegnes ikke som psykologisk stress, ifølge Lazarus (2009). En belastende situasjon vil derimot kunne oppfattes som et tap, trussel eller en utfordring. Tap av sentrale verdier i livet er særlig belastende, for eksempel funksjonstap som følge av sykdom eller tap av nære personer. Når en person opplever en situasjon som vanskelig, utfordrer den menneskets viktige verdier og behov. Personer vil reagere og handle på forskjellige måter,

avhengig av hvordan en vurderer situasjonen. Om en person møter en ny og alvorlig situasjon, er det sannsynlig at en vil oppleve en sterk følelse av stress. Dette kan ifølge Lazarus (2009) utarte seg i sterke følelsesmessige reaksjoner som angst, sinne eller fortvilelse. Primærvurderingen leder over til sekundærvurderingen, som innebærer en vurdering av mulighetene for å kunne håndtere den aktuelle situasjonen (Kristoffersen, 2011). Personen vil her lete etter tidligere erfaringer fra liknende situasjoner, og finne ut om han har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter til å håndtere situasjonen. Dersom sekundærvurderingen fører til at personen erkjenner at han faktisk har muligheter til å mestre situasjonen, vil det føre til en revurdering. Situasjonen går altså fra å være en opplevelse av trussel til å fremstå som en utfordring.

Lazarus og Folkman skiller i hovedsak mellom to typer strategier for å mestre situasjoner som oppleves som stressende; *problemorientert mestring* og *emosjonelt orientert mestring*. Problemorientert mestring omhandler ulike strategier for å løse et problem eller håndtere vanskelige situasjoner. Personen holder seg aktivt og direkte til det situasjonen gjelder, for eksempel ved å søke informasjon fra ulike kilder før han bestemmer seg for et handlingsalternativ (Kristoffersen, 2011). For andre kan det være mer aktuelt å velge emosjonelt orienterte strategier. En slik mestringsstrategi tar sikte på å endre *opplevelsen* av en situasjon, i stedet for å endre selve situasjonen. I hovedsak prøver en å redusere ubehaget ved å dempe de følelsene som fører til opplevelsen av stress, eller ved å endre meningsinnholdet av situasjonen (Kristoffersen, 2011). Lazarus skriver i sin teori at emosjonelt orientert mestring er hensiktsmessig og helt nødvendig i situasjoner som ikke kan endres, for å holde ut, som for eksempel ved uhelbredelig cancer. En kan late som stressoren ikke finnes, prøve å benekte eller bortforklare den og bagatellisere alvoret i situasjonen. En kan også holde inne følelser, unngå å oppsøke en som kan konfrontere oss med stressoren, eller distansere seg fra situasjonen. Lazarus presiserer at denne type mestringsstrategi vil være uhensiktsmessig i de fleste situasjoner, da den ikke forandrer situasjonen eller forholdene som ligger til grunn for opplevelsen av tap, trussel eller utfordring. Situasjonen forblir uendret, og strategien vil også på lengre sikt være ineffektiv og uforenlig med å opprettholde en normal funksjon, utvikling og helse (Kristoffersen, 2011).

3.3 Benner & Wrubels omsorgsteori.

De amerikanske sykepleierne Patricia Benner og Judith Wrubel presenterte sin omsorgsteori i boken *The primacy of caring* i 1989. De mente det var behov for en teori som ikke beskrev, fortolket og forklarte en tenkt ideell sykepleie, men en virkelig sykepleieekspertise, slik den praktiseres fra dag til dag. Forfatterne mente at praktisk sykepleie med ekspertkompetanse hadde mye å tilføre den faglige teoriutviklingen, og de mener det bør være et gjensidig forhold mellom teoretisk og praktisk sykepleie (Benner & Wrubel, 1989). Forfatterne har en oppfatning om at mennesket kjennetegnes ved at det lever i en verden, og forholder seg til denne på en meningsfull måte. De legger vekt på fire sentrale begreper i beskrivelsen av dette samspillet; *omsorg, kroppslige kunnskaper, bakgrunnsforståelse og spesielle anliggender* (Kristoffersen, 2011).

Omsorg er det som kjennetegner menneskets måte å være i verden på, og omsorg er det grunnlaget som menneskets reaksjoner og atferd må forstås ut fra. Det er ikke mulig å være likegyldig overfor den eller det en bryr seg om. Omsorg gir mennesket mulighet til å skape mening og innhold i sitt liv, men omsorgen kan også utsette mennesket for påkjenninger som stress og risiko, noe som gjør mennesket mer utsatt og sårbart. Under kroppslige kunnskaper legger Benner & Wrubel vekt på mennesket som en helhet, og at helse og sykdom må forstås som levd erfaring. Kroppslige kunnskaper kan beskrives som et viktig aspekt ved menneskets evne til å reagere på en meningsfull og hensiktsmessig måte, og disse kunnskapene utvikles og nyanseres i sosiale sammenhenger. Med bakgrunnsforståelse menes de meninger som alle innenfor en kultur deler, og som kulturen gir mennesket fra fødselen av. Bakgrunnsforståelsen bestemmer den enkeltes virkelighetsforståelse. Vi blir involvert og engasjert i verden, fordi visse ting og andre mennesker betyr noe for oss. Benner & Wrubel kaller denne formen for engasjement for spesielle anliggender (Kristoffersen, 2011). Konkrete forhold eller personer som den enkeltes omsorg er knyttet til, er av verdi. Ved sykdom og helsesvikt vil ulike personer oppleve varierende grader av stress, avhengig av hvilken grad deres spesielle anliggender er truet. Et menneske opplever stress og har behov for sykepleie i situasjoner der det opplever sine spesielle anliggender truet.

Benner & Wrubel (1989) fremhever at mennesket ikke kan betraktes atskilt fra sin sammenheng eller sitt miljø. Å leve i en bestemt sosial, kulturell og historisk sammenheng, og å være i verden på en bestemt måte, er det som gjør mennesket til hvem en er. I forhold til helsebegrepet, legger de hovedvekten på de subjektive aspektene. De velger også å bruke begrepet velvære, framfor helse. Velvære er et resultat av samspillet mellom forhold og

faktorer i personen selv og situasjonen en befinner seg i. Menneskets opplevelse av velvære må ses i sammenhengen en befinner seg i, eller fra vedkommendes spesielle anliggender.

Sykepleien Benner & Wrubel omtaler rettes mot personer som opplever stress ved helsesvikt, tap og sykdom. Deres forståelse av stress og mestring bygger på Lazarus og Folkmans teori om temaet (Kristoffersen, 2011). Et menneske opplever stress og har behov for sykepleie i situasjoner der det opplever sine spesielle anliggender truet av helsesvikt, sykdom og tap. Sykepleieren må tilnærme seg pasientens situasjon på en helhetlig måte, og ta utgangspunkt i pasientens opplevelse av situasjonen. Sykepleierens overordnede mål er å hjelpe den enkelte til å leve ut, eller til å leve i overensstemmelse med sine spesielle anliggender ved sykdom, tap og lidelse (Kristoffersen, 2011).

Forfatterne mener sykdomsbegrepet er subjektivt, og at det er pasienten selv som gir symptomene mening ut fra hvordan de oppleves, og hvordan de forstyrrer pasientens tilværelse. Behovet for sykepleie skyldes en forandring i pasientens livssituasjon, blant annet fordi det ikke er i stand til å fungere fritt i den nye situasjonen. De kroppslige kunnskapene og bakgrunnsforståelsen er blitt utilstrekkelig, og vedkommende må reflektere over situasjonen og hva den krever. Det er dette Benner & Wrubel definerer som stress (Kristoffersen, 2011). Det vil være menneskets spesielle anliggender som bestemmer hvordan situasjonen oppleves, og som blir avgjørende for hvordan mennesket reagerer og handler på denne situasjonen.

Benner & Wrubel hevder det finnes to tilstander av sykdom; ”illness” og ”disease”. ”Disease” er sykdom i den patologiske tilstanden på celle-, vevs- og organnivå. ”Illness” defineres som den menneskelige opplevelsen av tap eller dysfunksjon som er knyttet til patologien. Disse tilstandene påvirker hverandre, men det er den menneskelige opplevelsen av sykdom som er det sentrale i en sykepleiesammenheng (Kirkevold, 2012). Mennesket gir konkrete situasjoner mening ut fra hva som er deres spesielle anliggender, men dette fører også til begrensninger av frihet og muligheter i situasjonen (Kristoffersen, 2011). Benner & Wrubel mener mestring er det mennesket gjør i situasjoner der det opplever stress. Men siden opplevelsen av stress altså springer ut av en situasjonsforståelse som ikke kan velges fritt, blir også valgmulighetene når det gjelder mestringsstrategier, begrenset (Kristoffersen, 2011). Mange av de stressituasjonene mennesket opplever, kan vanskelig kureres eller avverges. Ofte finnes det ingen utvei ved lidelse, ulykke og tragedie. Mennesket er knyttet til sin egen virkelighet, fordi det ikke kan frigjøre seg fra sin livssituasjon og sine spesielle anliggender (Kristoffersen, 2011).

3.4 Aspekter ved sykepleie.

Norsk sykepleierforbund kom for første gang med yrkesetiske retningslinjer innenfor sykepleie i 1983. Etisk bevissthet og refleksjon er en viktig del av alle sider ved sykepleie. De yrkesetiske retningslinjene, sammen med de fire etiske prinsippene; autonomi, ikke-skade, velgjørenhet og rettferdighet, er viktige verdier en sykepleier må inneha og utøve.

Autonomiprinsippet går ifølge Nordtvedt (2014) ut på at pasienten, dersom han er kompetent til å ta egne valg, selv skal bestemme over sin behandling og pleie. *Ikke-skade-prinsippet* handler om at sykepleieren ikke skal påføre pasienten unødig smerte og ubehag, og gjennom sitt arbeid jobbe for å minimalisere dette. Prinsippet om *velgjørenhet* er tanken om å både ville og etter beste evne gjøre det beste for pasienten. Prinsippet store krav til innlevelse i andre menneskers situasjon. *Rettferdighetsprinsippet* handler om at alle har rett til god og kvalifisert helsehjelp, uavhengig av sosial status, kjønn, rase og påtrykk fra familie og sosialt nettverk. I følge yrkesetiske retningslinjer skal respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet være grunnlaget for all sykepleie. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. Under punkt 2.5 presiserer retningslinjene at sykepleieren skal respektere pasientens rett til selv å foreta valg (NSF, 2016). Dette samsvarer med det etiske prinsippet autonomi, som Nordtvedt (2014) beskriver som det viktigste uttrykket for tanken i sykepleien og medisinsk etikk generelt. Pasientens rett til medvirkning i egen helse er også lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven (2015, § 3-1). Sykepleieren skal videre ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket. I pasient- og brukerrettighetsloven (2015, § 3-2) står at pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Dette finner vi igjen under punkt 2.4 i de yrkesetiske retningslinjene hvor det står at sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (NSF, 2016). Tveiten (2008) skriver at informasjon, undervisning og veiledning er viktige midler i utvikling av pasientens kompetanse. Kunnskap om helse må formidles av sykepleier slik at pasienten er i stand til å forstå og forholde seg til den, og på den måten ivareta brukerens rett til medvirkning, slik at helse og livskvalitet fremmes.

4.0 HVORDAN REDUSERE STRESS HOS PASIENTER MED KOLS?

I dette kapitlet drøfter vi hvordan sykepleier kan redusere stress hos en pasient med KOLS, som er innlagt på en lungemedisinsk avdeling med forverring av sin tilstand. Vi har valgt å dele drøftingen i punkter, hvor vi aktualiserer ulike problemområder som kan skape stress hos pasientene. Det er mange problemområder en kan belyse, men grunnet oppgavens ordramme har vi valgt å kun fokusere på de vi mener er aktuelle i forhold til vår problemstilling. Disse er sykepleiers holdninger, åndenød, sekrethopning og angst. Når det gjelder bruk av tekniske hjelpemidler i forbindelse med behandling, har vi valgt å avgrense oss til å kun nevne disse, og å ikke gå nærmere inn på administreringen av disse. Drøftingen gjøres opp mot valgt litteratur. Vi har valgt å bruke pasientsitater fra ulike forskningsartikler for å belyse hvordan pasienter opplever å leve med sykdommen KOLS. For å beholde essensen i disse, har vi valgt å ikke oversette pasientsitatene fra engelsk.

I flere av forskningsartiklene kommer det frem ulike belastende faktorer som følger med sykdommen ut i fra pasienters perspektiv. Pasientene uttrykker en hverdag preget av åndenød, angst, sosial isolasjon, skam og skyldfølelse. Ut i fra ulike pasientbeskrivelser fra forskningsartiklene forstår vi at det må være strevsomt og krevende å leve med sykdommen KOLS, og at pasientgruppen er mer disponert for å oppleve stress i hverdagen. Dette skyldes mye på grunn av en livsstil som konstant må tilpasses sykdommens uforutsigbarhet. En slik livsstil vil få innvirkning på flere aspekter i livet, blant annet daglige aktiviteter, arbeid, sosialt nettverk og fritidsinteresser. Fagpersoner vi har snakket med antyder at mange pasienter med KOLS velger å unngå situasjoner som kan bli anstrengende. Dette er også noe som kommer frem i de ulike forskningsartiklene. Hva som oppleves som anstrengende er individuelt, men mange av pasientene opplever begrensninger i hverdagen som følge av sykdommen. Å isolere seg sosialt kan tolkes som en måte å distansere seg fra problemet, da en unngår ubehaget rundt situasjonen ved at ingen kan konfrontere stressoren. I følge Lazarus & Folkman er dette en form for emosjonelt orientert mestringsstrategi. På grunn av at KOLS omfavner en stor pasientgruppe vil ikke dette gjelde for alle, da mennesker reagerer ulikt i stressende situasjoner.

4.1 Sykepleietilnærming til pasientgruppen.

Pasienter med KOLS kan være en krevende pasientgruppe når det gjelder tilnæringsmåte, da pasientene selv kan føle de er eksperter på sykdommen, fordi den er kronisk og har fulgt de i mange år. Tilnæringsmåten vil være ulik, da pasientgruppen er stor og det finnes ulike stadier av sykdommen. Dette vil si at det vil være ulikt hvordan symptomene påvirker den enkelte pasient. Ved lett til moderat grad av KOLS vil forsnevringene i luftveiene være noe begrenset, og for mange er ikke symptomene så belastende i hverdagen at de medfører stress. Ved mer alvorlig KOLS blir luftstrømsbegrensningen såpass anstrengende at det ikke er uvanlig å slutte i jobben og å redusere fritidsaktiviteter. Mange isolerer seg sosialt på grunn av skam og stigmatisering, i lys av at sykdommen ofte er selvpåført i forbindelse med røyking (Halding et al, 2010). Mange har funnet sin måte å mestre sykdommen på, og hva som fungerer i deres hverdag når det blant annet gjelder aktivitet, hvile og medikamentbruk. Likevel utgjør pasientgruppen en stor samfunnsøkonomisk kostnad og krever store ressurser gjennom hyppige sykehusinnleggelse, på grunn av forverringer (Nielsen, 2009). Grunnet sekretopphopning i luftveiene som gir gode vekstvilkår for bakterier, er pasientene hyppig innlagt på sykehus med pneumoni. På sykehuset vil behandlingen i hovedsak rette seg mot å bli kvitt bakterieinfeksjonen ved bruk av blant annet antibiotika og hostemaskin (Mjell, 2012).

Et faktum i dag er at antall liggedøgn på sykehus er redusert betraktelig, og at tidsaspektet derfor vil gi begrensninger når det gjelder behandling og valg av tiltak. Fagpersoner vi har snakket med hevder at innlagte pasienter ofte blir sendt hjem for tidlig, altså før infeksjonen er ute av kroppen, noe som gjør at pasienten fort kan risikere å bli innlagt igjen med en ytterligere forverring av bakterieinfeksjonen. Dette kan ha sammenheng med samhandlingsreformen fra 2012, som legger opp til at det skal være kortere liggetid på sykehus, og at kommunehelsetjenesten skal overta videre ikke-medisinsk behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). På bakgrunn av at pasientgruppen ofte er mye inn og ut av sykehus, er det grunn til å tro at noen av pasientene kan ha nytte av å få et nytt perspektiv på sin mestringsstrategi. Dersom liggetiden hadde blitt *betydelig* lenger, kunne sykepleier fått anledning til å etablere en relasjon med pasienten. Ifølge Eide & Eide (2010) brukes begrepet relasjon om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker. Vi mener at en relasjon kan opparbeides gjennom at sykepleier tar pasienten på alvor, gjennom bevisst øyekontakt og

kroppsspråk, samt å ivareta pasientens autonomi og møte ham med respekt. Vel så viktig mener vi at sykepleier må være pålitelig, gjennom å møte opp til avtalte tider og holder avtaler med pasienten. Et eksempel kan være at sykepleier sammen med pasienten finner ut når det er mest hensiktsmessig å bruke hostemaskinen i løpet av dagen, ut i fra pasientens behov og ønske, og møter opp til tiden som blir bestemt. Ved å la pasienten være medbestemmende i situasjonen, mener vi at kan bidra til at pasienten føler seg sett og tatt på alvor. Samtidig har sykepleier ivaretatt det etiske autonomiprinsippet, samt de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. Dersom sykepleier og pasienten opparbeider en relasjon, vil sykepleier kunne stille spørsmål om pasientens mestringsstrategi. Spørsmål om håndteringen av sykdommen, for eksempel; hva som fungerer, effekt og virkning av medikamenter, og hva som oppleves som utfordrende, mener vi vil kunne få pasienten til å reflektere over egen mestringsstrategi og virkningen av denne. På en annen side vil det å bygge en relasjon med pasienter innenfor denne pasientgruppen være utfordrende, da de er mye inn og ut av sykehus, og de ofte må forholde seg til mange forskjellige sykepleiere. Å bygge en relasjon er tidkrevende, og pasienten kan føle det er meningsløst å danne en relasjon til personer en kun møter for en kort periode av gangen. Samtidig følger sykepleiere turnusordninger som gjør at de ofte ikke har mulighet til å følge opp samme pasient gjennom behandlingen. Mulighetene for dannelse av relasjon mener vi heller ikke alltid vil være tilstede, da mennesker er forskjellige og har ulik kjemi med hverandre.

Når pasienten er innlagt på medisinsk avdeling med en forverring av sin tilstand, er det hensiktsmessig å opprette en plan for videre behandling snarest mulig etter innleggelse. Dette på grunn av at liggetiden er såpass kort. Planens overordnede mål bør være å gjøre pasienten i best mulig stand til å ivareta sin egenomsorg, noe Dorothea Orem beskriver som de aktivitetene en iverksetter på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære (Cavanagh, 1999). Benner & Wrubel velger å bruke begrepet velvære framfor helse, da velvære er et resultat av samspillet mellom forhold og faktorer i personen selv og situasjonen en befinner seg i. For å oppnå dette er det nødvendig å sette opp delmål i behandlingsforløpet. På en lungemedisinsk avdeling vil målet være å bli kvitt bakterieinfeksjonen, redusere pasientens opplevelse av stress i forbindelse med forverring, samt å etablere kontakt med andre instanser for eventuell videre behandling. Valget av videre behandling bør baseres på en pasientkartlegging, men også ut i fra pasientens eget ønske. Kartleggingen kan gjøres ved å anvende sykepleieprosessen, som er en analytisk og systematisk tilnærming for å identifisere

pasientens sykepleierelevante helseproblemer (Dahl & Skaug, 2014). Å la pasienten få medbestemmelsesrett samsvarer med det etiske autonomiprinsippet som går ut på at pasienten skal være med på å bestemme over sin egen pleie og behandling. Pasientens rett til medvirkning i egen helse, er også lovfestet i pasient og brukerrettighetsloven (2015, §3-1). For å sikre pasienten kvalitet i helsetjenesten vil det være hensiktsmessig at sykepleier arbeider tverrfaglig. Tverrfaglig samarbeid er i følge Bredland et al (2002) en form for teamarbeid på tvers av ulike yrkesgrupper, som tilstreber en helhetlig tilnærming for å nå felles mål. Sykepleiers rolle blir ofte å koordinere den helhetlige behandlingen gjennom å kartlegge pasientens problemer og behov for hjelp. Videre er oppgaven å opprette en behandlingsplan og å etablere kontakt for videre behandling etter utskrivelse fra avdelingen. Det finnes ulike tilbud pasienten kan benytte seg, alt fra lungerehabilitering i spesialisthelsetjenesten til kommunale tjenester som hjemmetjeneste og frisklivssentraler. I og med at sykepleier er den pasienten forholder seg mest til, vil en av hovedoppgavene være å bistå pasienten til å ivareta de grunnleggende behov, samt å redusere stresset som oppleves i forbindelse med forverringen. Med bakgrunn i funn fra forskningsartiklene har vi valgt å videre drøfte sykepleiers holdninger, åndenød, sekretopphopning og angst som hovedfaktorer som kan utløse stress for pasienter med KOLS.

4.2 Sykepleiers holdninger.

Som sykepleier vil det være viktig å ha en holdning som er tilsiktet å ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, for å unngå krenkelse. Å bli krenket innebærer å bli nedverdiget slik at en føler seg mindre verdt som menneske (Kristoffersen & Nordtvedt, 2014). Dersom sykepleier har en negativ og dømmende holdning overfor pasienten, for eksempel ved å overse, nedprioritere eller være likegyldig når det kommer til kroppsspråk, kan dette bidra til at pasienten føler krenkelse som igjen kan gi økt følelse av stress, noe som ifølge Lazarus (2009) kan utarte seg i sterke følelsesmessige reaksjoner som angst, sinne og fortvilelse. Sykepleier har i et slikt tilfelle ikke handlet etter det etiske ikke-skade-prinsippet, som omhandler å ikke påføre pasienten unødig smerte og ubehag (Nordtvedt, 2012). Å ha en god holdning mener vi blant annet innebærer å anerkjenne pasienten og respektere ham som menneske, uavhengig av personlige meninger eller holdninger. Halding et al (2010) fremhever i deres artikkel at forståelse og tillit fra helsepersonell kan virke positivt inn på

livene til mennesker med KOLS. Ifølge Fugelli (2001) er tillit menneskets følelse av at andres godhet, ærlighet og dyktighet er til å stole på. I artikkelen kommer det frem at deltakerne følte økt skyldfølelse, også på grunn av helsepersonell. Til tross for å leve i en velferdsstat som Norge, følte deltakerne seg oversett og nedprioritert på grunn av forutinntatte holdninger angående KOLS som diagnose. Dette bidro til skyldfølelse, økt frustrasjon og stress hos pasientene (Halding et al, 2010). Vi mener skyldfølelsen kan komme av økende bevissthet i vestlig kultur om ansvaret for å ivareta egen helse. En kan tolke at KOLS-pasienter ikke lever opp til disse forventningene om dette ansvaret, og vil kunne oppleve seg selv som utskudd eller som sosialt isolerte fra samfunnet. Det er grunn til å mene at dette har sitt utspring i begrepet bakgrunnsforståelse, som Benner & Wrubel forklarer som de felles meninger alle innenfor samme kultur deler. I følge Nielsen (2009) utgjør sykdommen dessuten en stor samfunnsøkonomisk kostnad og krever store ressurser gjennom hyppige sykehusinnleggelses, noe som kan oppfattes som uheldig fra et helseperspektiv, noe vi mener kan påvirke sykepleiers holdninger. I artikkelen skrevet av Halding et al (2010) kommer det frem hvordan pasienter med KOLS opplever hverdagen i et samfunn preget av stigmatisering av pasientgruppen, og hvordan sykdommen dømmes til å være selvforskyldt. Dette eksemplifiseres i artikkelen, der Helsedirektoratets offentlige kampanje mot røyking blir trukket frem. Deres riksdekkende TV-reklame fremstilte brutalt hvordan en KOLS-pasient led på grunn av røykeavhengighet. Pasientene i studien uttrykte en følelse av manglende støtte fra samfunnet relatert til reklamen, og flere oppga at de følte seg eksponert som offer for stigmatisering;

First they throw you out into the darkness, and then they choose to exploit you. Their intention is not to improve conditions for people with COPD. The most important thing is to campaign for public smoking cessation. (Halding et al, 2010)

Selvbebreidelsen økte sykdomsfølelsen og ga et behov for defensive handlinger, som trang til å skjule symptomer eller å be om unnskyldning. Dette følte som daglige trusler mot selvfølelsen (Halding et al, 2010). Slike handlinger er som tidligere nevnt eksempler på emosjonelt orientert mestringsstrategi, som ifølge Lazarus (2009) er lite hensiktsmessig, da den ikke vil bidra til en endring av situasjonen. Det å ikke vite hvilken holdning den enkelte sykepleier har overfor sykdommen KOLS kan oppleves som sårbart og uforutsigbart. Det å være åpen og ærlig om problemer og utfordringer overfor et annet menneske kan oppleves som utrygt og stressende, da en ikke vet hvordan en kommer til å bli møtt. Tilfellet kan også

være at pasienten ikke ønsker å være åpen og ærlig om problemer eller utfordringer, da han for eksempel kan føle at dette er noe som ikke er tilstede i hverdagen. Det kan også være på grunn av mangel på relasjon eller kjemi med sykepleier. Dersom pasienten føler han ikke har et problem, kan sykepleier sammen med pasienten forsøke å identifisere årsakssammenhengen til at pasienten er innlagt med forverring av sin tilstand. Sykepleier kan som tidligere nevnt stille spørsmål angående pasientens mestringsstrategi. Det vil her være viktig å ikke oppfattes som belærende, da pasienter med KOLS har levd med sykdommen i mange år, og oppfatter seg selv som ekspert på sin sykdom. Benner & Wrubel legger vekt på at sykdomsbegrepet er subjektivt, og at det er pasienten selv som gir symptomene mening ut fra hvordan de oppleves, og hvordan de forstyrrer pasientens tilværelse. De fremhever i denne forbindelse begrepet "illness" som er den menneskelige opplevelsen av tap eller dysfunksjon knyttet til patologien. I lys av dette, tolker vi det som at skam og skyldfølelse er faktorer som kan føre til en sterk opplevelse av stress hos pasienter med KOLS.

Det er viktig som sykepleier å ha empati overfor pasienten, som gjør en i stand til å lytte, til å sette seg inn i en annen situasjon og til å forstå den andres følelser og reaksjoner (Eide & Eide, 2010). At sykepleier er empatisk er en viktig forutsetning for at vi kan utøve sykepleie i samsvar med den grunnleggende verdien om respekt for det enkeltes menneskes liv og iboende verdighet (NSF, 2016). Ifølge Kristoffersen & Nordtvedt (2014) handler respekt for pasientens verdighet om å bekrefte og respektere pasienten som en unik person. Vi mener derfor det er viktig at sykepleier er bevisst sine holdninger og møter alle pasienter likt, uavhengig av deres bakgrunn. Dette samsvarer med det etiske rettferdighetsprinsippet, som handler om at alle har rett til god og kvalifisert helsehjelp uavhengig av blant annet bakgrunn, sosial status, påtrykk fra familie og sosialt nettverk (Nordtvedt, 2012). Likevel vil det være vanskelig å behandle alle helt likt, da pasienter er forskjellige og de har ulike stadier av sykdommen, og dermed ulike utfordringer i hverdagen. Vi mener rettferdighet overfor denne pasientgruppen kanskje ikke er å behandle alle likt, men å behandle like tilfeller likt, og ulike tilfeller ulikt der dette er hensiktsmessig. Likeledes berøres velgjørenhetsprinsippet, som handler om å gjøre det beste for den enkelte pasient, og som dessuten stiller store krav til at sykepleier viser empati i sitt arbeid (Nordtvedt, 2012).

4.3 Tiltak ved åndenød.

I artiklene skrevet av Gullick & Stainton (2008) og Cooney et al (2013) trekkes åndenød frem som en hovedutfordring ved KOLS, slik også Mjell (2012) beskriver som et fremtredende symptom ved sykdommen. Langvarig irritasjon har ført til en kronisk inflammatorisk reaksjon i bronkiene, som gjør slimhinnene ødematøse og fører til økt sekretproduksjon. Sekretet endrer sin fysiologiske egenskap og blir seigere, og dermed vanskeligere å eliminere. Den inflammatoriske prosessen vil etter hvert føre til hypertrofi og konstriksjon av glatt muskulatur i bronkiene. Da oppstår det fibrose og avstengning av perifere luftveier.

Støttevevet rundt bronkiolene blir etter hvert skadet og ødelagt, noe som fører til redusert elastisk drag på de perifere luftveiene slik at de lett klappes sammen under ekspirasjon (Mjell, 2012) Dette fører til en forlenget ekspirasjonstid, som pasienten oppfatter som åndenød.

Pasientene opplever at åndenøden kommer gradvis, særlig ved anstrengelse.

Luftveisobstruksjon gir økt motstand for luften som skal ut, og ved anstrengelse vil dette gi enda større pustebesvær for pasienter med KOLS. Årsaken er at når hjertefrekvensen øker, vil kroppen ha økt oksygenbehov, og større behov for å kvitte seg med karbondioksid (Mjell, 2012).

Gullick & Stainton (2008) skildrer pasienter med KOLS som *breathless persons* som ikke lenger kan ta pustingene for gitt, noe som fører til en innskrenkelse av tilværelsen, både når det gjelder arbeid og fritidsaktiviteter. Det er grunn til å tolke at det å være til nytte for andre, og å få unyttet sine ressurser er essensielt for mange mennesker, og dermed noe som er av verdi. Når åndenøden har tatt så stor overhånd i livet som det gjør hos pasienter med KOLS, vil dette gå ut over denne sentrale verdien. Åndenøden vil dermed være en trussel mot pasientens spesielle anliggender, som kan resultere i økt opplevelse av stress, slik Benner & Wrubel beskriver i sin omsorgsteori. En kan forstå det som at frykten for å ikke få nok luft, er så skremmende at en velger å unngå anstrengende situasjoner, og heller forblir passiv. Det å puste er en forutsetning for å leve. Når dette blir truet, vil kroppen automatisk forsøke å kompensere slik at livsfunksjonen blir opprettholdt. Pasienter med KOLS kompenserer ved å bruke mye energi på å puste og bevege seg, de blir engstelig av at det stadig hopper seg opp med slim som det ikke er lett å kvitte seg med. Pasienter med KOLS bruker mye av hverdagens energiforbruk til pustearbeid, noe vi friske mennesker tar for gitt. Vi forstår det dermed som at KOLS må være en svært stressende og strevsom sykdom å leve med. Stressreaksjoner utløses ifølge Lazarus og Folkman når en person opplever at en situasjon er belastende (Kristoffersen, 2011).

Dette er noe som også kommer frem i et pasienteksempel; ”I can’t take a deep breath like you people... I’ve often said to people, if only I could get a real good, deep breath and get it right down in to my tummy” (Gullick & Stainton, 2008).

Pasienter med KOLS er i følge Benner & Wrubel knyttet til sin egen virkelighet, fordi de ikke kan frigjøres fra den kroniske sykdommen (Kristoffersen, 2011). Symptomer vil være tilstede, men med opplæring og iverksetting av tiltak, kan disse dempes og en kan hindre forverring av sykdommen.

Sykepleier bør sammen med lege sørge for adekvat medisinsk behandling og riktig bruk av medikamenter. Ifølge fagpersoner vi har snakket med, har mange pasienter vanskeligheter med å bruke inhalasjonsmedisinen riktig, noe som fører til at effekten av medisinen ikke blir optimal. God og tilstrekkelig informasjon om hvordan medisinerne fungerer og viktigheten av å administrere disse på korrekt måte, er avgjørende for å få optimal virkning av medikamentet. Informasjonen bør formidles på en måte som gjør at pasienten forstår innholdet, noe som også Tveiten (2008) presiserer som viktig. Sykepleier kan for eksempel være bevisst på ordvalg og ikke bruke medisinske ord og uttrykk som fort kan bli uforståelig for pasienten. Dersom informasjonen gis på en måte som er uforståelig, hvis sykepleier benytter mange ukjente faguttrykk, eller om pasientens tilstand er såpass redusert, vil ikke informasjonen som gis nå frem. Bronkodilaterende medikamenter, som utvider bronkiene slik at luftgjennomstrømningen øker, samt inhalasjonssteroider som reduserer hevelsen i slimhinnene, kan bedre anstrengende situasjoner. Veiledning av rett inhalasjonsteknikk i tilfeller der dette er nødvendig, bør gis på et tidspunkt hvor pasienten er mottakelig for dette. Med tanke på pasientens tilstand når han er innlagt på en lungemedisinsk avdeling, vil det å finne rett tidspunkt kunne være utfordrende samtidig som tidsaspektet også her vil være en realitet. Dersom pasienten ikke er mottakelig for denne informasjonen, må sykepleier respektere dette. Likevel mener vi det er viktig at informasjonen når frem, og at kan være aktuelt at dette inngår i en videre plan i pasientens behandlingsforløp.

Andre tiltak i forhold til åndenøden er hjelp til pusteøvelser, som vil kunne bidra til at pasienten får redusert stress. Her vil det tverrfaglige samarbeidet være essensielt for å oppnå best mulig kvalitet i tjenesten, da ulike yrkesgrupper har forskjellige ekspertområder. De ulike teknikkene kan for eksempel bortlæres av fysioterapeut, men øvelsene kan utføres med sykepleier. Det finnes ulike metoder en kan ta i bruk, for eksempel leppepust, som går ut på å puste langsomt ut mot smale lepper. Luftmotstanden vil øke, og de små luftrørene holdes åpne

i lengre tid, noe som gir økt ekspiratorisk volum (Hjalmarsen, 2012). Videre kan det å lene seg fremover, og benytte ulike hvilestillinger og avspenninger bidra til å avlaste overkroppen slik at musklene slapper av og bruker mindre energi, noe som kan gjøre pasienten mindre utsatt for å oppleve stress, i situasjoner der åndenøden blir for fremtredende.

4.4 Tiltak ved sekretopphopning.

Økt sekretopphopning i luftveiene er et problem for mange pasienter med KOLS, og dessuten en medvirkende faktor ved følelsen av å ikke få nok luft. Mjell (2012) beskriver at det mest typiske symptomet på sykdommen er kronisk hoste med seigt og purulent ekspektorat, og dannelser av slimplugg som kan være vanskelig å eliminere. Bakterier liker seg særlig godt i slim, og gir grobunn for infeksjoner. I en artikkel skrevet av Gullick & Stainton (2008) kommer det frem hvordan pasienter med KOLS føler skam relatert til den økte sekretproduksjonen. Pasientene opplever den økte slimproduksjonen som vanskelig, da den gjør sykdommen synlig utad som igjen fører til større oppmerksomhet rundt den ”syke kroppen”. De synlige symptomene utfordret måten pasientene presenterte seg selv i sosiale sammenhenger, da behovet for å hoste er utenfor deres kontroll. En av pasientene beskriver følgende;

”I usually have a bucket under the table and the tissues there an I’m bringing up phlegm before breakfast... I cough, and I cough and I forget to get the thing and all of a sudden it’s on the table. It just comes out, no control...”. (Gullick & Stainton, 2008)

Pasienten i eksempelet beskriver en manglende kontroll over symptomet og den uforutsigbare elimineringen av sekretet. Behovet av å ha en bøtte tilgjengelig til ekspektorat, og det faktum at det uanmeldt hostes opp, kan forstås som ytterst sjenerende for pasienten. Lydene og slimet kan dessuten oppleves udelikat og avstøtende for de rundt. Samtidig kan utenforstående oppfatte situasjonen som vanskelig, da en kan få medlidenhet for pasienten og samtidig forstå at situasjonen oppleves som skamfull for pasienten. Konen til pasienten i eksempelet over, uttrykket en følelse av hjelpeløshet i forhold til situasjonen; ”He coughs so much he nearly goes blue... and that makes me really get upset and I can’t do something to help it” (Gullick & Stainton, 2008). En viktig sykepleieroppgave på avdelingen, vil være å sørge for at pasientene har tilgang på væske, noe som vil gjøre ekspektoratet mindre seigt, og dermed enklere å eliminere. Dersom slimet sitter dypt i luftveiene, må det løsnes og flyttes mot svelget før det

er hensiktsmessig med hoste. Spørsmålet om behovet av slimløsende medikamenter bør aktualiseres i samhandling med lege. Fjerning av slimet kan redusere antall infeksjoner, og samtidig gi bedre plass for gassutveksling, slik at pasientene får bedre opplevelse med pusten. Redusert åndenød gir økt energi. Om pasientene har røkt i flere år, er det sannsynlig at flimmerhårene i luftveiene, som fungerer som en rensmekanisme, antakeligvis er svekket eller ødelagt. Dette er altså en faktor til sekretstagnasjon og opphopning i luftveiene. Hjelp til hosteøvelser kan bidra til at pasienten lettere kan eliminere slimoppbygningen som blokkerer luftveiene. Ulike pusteteknikker og pustemønstre ved hvile og aktivitet, samt støteteknikk for å eliminere slim, kan læres i samhandling med fysioterapeut. På en lungemedisinsk avdeling vil det også være tilgang på ulike tekniske hjelpemidler som kan bedre pasientens lungekapasitet og gjøre det enklere å få opp slim. PEP-fløyte, CPAP og BiPAP, samt hostemaskin, er hyppig brukte hjelpemidler i forbindelse med respirasjonsproblematikk hos pasienter med KOLS. Som tidligere nevnt har vi valgt å ikke gå videre inn på administreringen av de ulike tekniske hjelpemidlene, men det vil være viktig som sykepleier å ha kunnskap om disse, og anvende de i nødvendige situasjoner. Dersom en lykkes i å redusere sekretoppbygningen, vil pasientene kunne bli i bedre stand til å utføre aktiviteter. Mulighetene for å utøve dagligdagse aktiviteter, kan nå, i høyere grad være tilstede for noen av pasientene. Vi forstår det slik at de da vil leve i bedre overensstemmelse med sine spesielle anliggender, noe som er målet i Benner & Wrubels omsorgsteori.

4.5 Tiltak ved angst.

Som følge av luftveisobstruksjon er pasienter med KOLS i stor grad utsatt for å utvikle angst. I følge Helsedirektoratet (2017) er angst et bredt spekter av følelser, fra engstelse og uro til redsel og panikk. Det vil være individuelt hvorvidt en utvikler angst eller ikke, og hvor stor innvirkning angsten har i hverdagen ut i fra stadier og symptomer. Hos pasienter med KOLS ledsages angsten mye på grunn av en følelse av å ikke få puste tilstrekkelig. Obstruksjonen i luftveiene gir økt motstand for luften som skal ut, noe som kan lede til redsel og engstelse. Noen pasienter kan ha konstant følelse av frykt for å ikke få puste, mens andre kun får det i anstrengende situasjoner. I forskningsartikkelen skrevet av Cooney et al (2013) kommer det frem at pasientene var bekymret for fremtiden og om det kom til å bli forverring i sykdomstilstanden. Noen ganger var åndenøden så ille at de fryktet de kom til å dø.

”Now there this morning I was going out to the kitchen there, and I had to stop there, and stand at the window ledge and hang on the window ledge and do (demonstrates breathing) because it’s all – what is it like – choking up or panicking... [It frightens] the bloody life out of me. I thought – another minute I would have – what would have happened? You pass out or die.” (Cooney et al, 2013)

Pasienten i eksempelet over beskriver en følelse av panikk og dødsangst, og manglende kontroll over situasjonen der sykdommen overtar selvkontrollen. Vi tolker det slik at dette kan være fordi han ikke har en mestringsstrategi som gjør han i stand til å håndtere situasjonen. I stedet for å aktivt gjøre tiltak for å roe seg ned, som for eksempel å utføre leppepust eller å bruke inhalasjonsmedikamenter, kan det se ut til at pasienten har latt følelsene ta overhånd. Et av de sentrale begrepene i Benner & Wrubel sin omsorgsteori, kroppslige kunnskaper, beskrives som et viktig aspekt ved menneskets evne til å reagere på en meningsfull og hensiktsmessig måte. Disse kunnskapene utvikles i sosiale sammenhenger og hjelper mennesket til å mestre situasjoner en møter. Ut i fra pasientbeskrivelsen tolker vi det som at pasientens kroppslige kunnskaper er blitt utilstrekkelige, noe som fører til at pasienten opplever stress. I følge Benner & Wrubel (1989) vil stress være et resultat av personens vurdering av tilpasningsmuligheten til situasjonen. Personen i eksempelet over klarer altså ikke å tilpasse seg og handle hensiktsmessig i situasjonen, da han får panikk og dødsangst. Igjen er det er den menneskelige opplevelsen av sykdom som er det sentrale i en sykepleiesammenheng, og det vil derfor være viktig at sykepleier tar pasienten på alvor og handler ut i fra dette.

Som sykepleier vil det være viktig å sørge for trygge omgivelser for pasienten, da dette kan skape en atmosfære som kan gi pasienten en følelse av sikkerhet. Dette er også noe Halding et al (2010) poengterer som viktig, da forståelse og tillit fra helsepersonell fremmer anerkjennelse og trygghet. Vi forstår det slik at dette forutsetter å ta pasienten på alvor gjennom å være lyttende og å se pasienten inn i øynene. På denne måten kan uforutsigbarheten og usikkerheten rundt sykdomsforverringen, og stresset dette fører med seg, reduseres. For å kunne leve med sykdommen, kreves det ifølge Cooney et al (2013) at en må vite hva en skal gjøre, når en skal gjøre det, og hvordan en skal gjøre det. Dette samsvarer også med funn fra artikkelen skrevet av Casey et al (2011), som presiserer at dersom pasientene ikke innehar nødvendig kunnskap om hva, når og hvordan, kan dette gi konsekvenser i form av at en ikke mestrer situasjonen på egenhånd og i verste fall blir innlagt

på sykehus. Dersom dette skjer, mener vi dette kan være et grunnlag for redusert mestringsfølelse og selvtillit, som vi mener kan gi økt usikkerhet rundt sykdommen og mindre motivasjon til å gjøre noe med situasjonen.

Det vil være hensiktsmessig å gi pasienten tydelig informasjon om viktigheten av å ta i bruk lærde puste- og hosteteknikker, for å forholde seg rolig i anstrengende situasjoner. Å informere pasienten om at symptomene han opplever ikke er farlig, kan i seg selv oppleves som tryggende, da informasjonen blir gitt av en sykepleier. Det kan være vanskelig å berolige en pasient som opplever angst, fordi frykten han føler ofte kan være irrasjonell, noe pasienten selv også kan være klar over. Likevel vil pasienten ofte føle et sterkt kroppslig ubehag, i form av svette og klamhet, hjertebank og åndenød, i forbindelse med et angstanfall. Vi kan tolke det slik at pasienten vil utvikle en frykt for å oppleve dette ubehaget, som ytterligere kan bli en faktor for å utvikle angst. Pasienten vil ikke dø av å ha en lavere O₂-metning enn normalt, men det er viktig i denne sammenheng å bevisstgjøre han om viktigheten av å ta i bruk kunnskapen han har fått. Videre kan kroppsberøring, et klapp på skulderen, noen beroligende ord og et smil bidra til en opplevelse av trygghet. Når pasienten opplever effekt av medisiner, samt anvender ny kunnskap om ulike puste- og hosteteknikker, vil forholdene være tilrettelagt for å oppleve redusert stress, og dermed mindre følelse av angst.

5.0 OPPSUMMERING

Vi har gjennom dette litteraturstudiet belyst hva kronisk obstruktiv lungesykdom er, og hva sykepleier kan gjøre for å redusere stress hos pasienter med KOLS med forverring av sin tilstand. Gjennom funn fra forskningsartiklene forstår vi at KOLS må være en stressende og krevende sykdom å leve med, og at pasientgruppen er mer disponert for å oppleve stress i hverdagen. Sykdommen påvirker mange aspekter i livet, blant annet daglige aktiviteter, arbeid, sosialt nettverk og fritidsinteresser, og vil derfor kunne oppleves som belastende og være en faktor for stress. Dette kan skyldes at pasientene konstant må tilpasse seg sykdommens uforutsigbarhet. Sykdommen preges også av mye stigmatisering og skam som følge av at sykdommen er selvforskyldt. Ved hjelp av Lazarus & Folkmans teori om stress og mestring, samt Benner & Wrubels omsorgsteori, har vi presentert ulike tiltak sykepleier kan iverksette for å redusere stress hos pasienter med KOLS som er innlagt på en lungemedisinsk avdeling. Problemområdene vi valgte å fokusere på var tilnærmingen til pasientgruppen, sykepleiers holdninger, tiltak ved åndenød, sekretopphopning og angst.

Tilnærmingen til pasientgruppen er krevende, da pasientene ofte opplever seg selv som eksperter på den kroniske sykdommen som har fulgt de gjennom flere år. Pasientgruppen omfavner mange ulike pasienter, med forskjellige stadier av sykdommen, noe som gjør at en må møte pasientene ulikt ut i fra deres behov. Pasientene er mye inn og ut av sykehus på grunn av forverringer, og kan ha en tendens til å bli utskrevet for tidlig grunnet tidsaspektet i det norske helsevesenet. Dette er en faktor som bidrar til at både tilnærmingen og det å danne en relasjon med pasientene kan være vanskelig. Når det gjelder sykepleiers holdninger, mener vi det er viktig å ta pasientene på alvor og å respektere og anerkjenne den enkelte som menneske. Mange føler stigmatisering av sykdommen og en opplevelse av skam og skyldfølelse rundt dette. Vi mener dette kan ha sammenheng med at det i vestlig kultur er en økende bevissthet om viktigheten av å ivareta egen helse, noe pasienter med KOLS kan føle de ikke har levd opp til. Åndenød, sekretopphopning og angst er fremtredende symptomer som forårsaker stress hos pasientgruppen.

Tiltak sykepleier kan utføre for å redusere stresset i forbindelse med dette, vil være å ivareta de grunnleggende behovene ved innleggelse, og å jobbe tverrfaglig for å sikre pasientene kvalitet i behandlingen. Det vil være viktig å sørge for at pasientene får optimal effekt av medikamenter og å kartlegge pasientens behov for å lære ulike teknikker en kan anvende i anstrengende situasjoner. Avhengig av symptombildet, vil pasientene kunne ha nytte av veiledning i ulike puste- og hosteteknikker, samt ulike hvilestillinger en kan bruke for å bli kvitt sekret og å spare energi. Tekniske hjelpemidler kan være aktuelt i mange tilfeller. I forhold til angst vil det være hensiktsmessig å gi pasienten tydelig informasjon om viktigheten av å ta i bruk lærde puste- og hosteteknikker, for å forholde seg rolig i anstrengende situasjoner. Samtidig mener vi det vil virke tryggende at sykepleier tar pasienten på alvor, viser empati og tillit. Vi forstår det slik at når pasientene opplever effekt av medisiner, samt anvender kunnskap om ulike teknikker og tiltak, vil forholdene være tilrettelagt for å oppleve redusert stress. Dette forutsetter at sykepleier ivaretar den enkeltes pasients verdighet og integritet, og er bevisst på sin egen holdning og handler etter de etiske prinsippene og de yrkesetiske retningslinjene. Redusert stress kan føre til lettere dagligliv, noe som kan bidra til å unngå ytterligere forverrelser av sykdommen. Dette kan være med på å redusere de store kostnadene KOLS utgjør i helsevesenet, og vil dermed være samfunnsøkonomisk gunstig.

LITTERATURLISTE

Aubert, V. (1985) *Det skjulte samfunn*, Oslo: Universitetsforlaget

Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring – Stress and Coping in Health and Illness*. California: Addison-Wesley Publishing Company.

Bredland, E. L., Linge, O. A., & Vik, K. (2002) *Det handler om verdighet, ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Casey, D., Murphy, K., Cooney, A., Mee, L., & Dowling, M. (2011). Developing a structured education programme for clients with COPD. *British Journal of Community Nursing*. 16(5): 231-237.

Cavanagh, S. J. (1999). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Cooney, A., Mee, L., Casey, D., Murphy, K., Kirwan, C., Burke, E., Conway, Y., Healy, D., Mooney, B., Murphy, J. & the PRINCE team. (2013). Life with chronic obstructive pulmonary disease: striving for "controlled co-existence". *Journal of Clinical Nursing* 22, 986-995, DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04285.x

Dahl, K. & Skaug, E. A. (2014). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (Bind 2, Kap. 9). Oslo: Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk. [Kap. 12]

Eide, H. & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.) Oslo: Gyldendal akademisk.

Finne, F. (1986). *Veien blir til mens man går*. Oslo: Stenersens forlag.

Fugelli, P. (2001). Tillit. *Tidsskriftet for den norske legeforening*. Hentet fra:
<http://tidsskriftet.no/2001/12/kronikk/tillit>

GOLD (2017) *Global strategy for diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Hentet 27. februar 2017 fra <http://goldcopd.org/gold-2017-global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd/>

Gullick, J. & Stainton, C. M. (2008). Living with chronic obstructive pulmonary disease: developing conscious body management in a shrinking life-world. *Journal of Advanced Nursing* 64(6), 605-614. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04823.x

Halding, A-G. (2011). *Everyday life and rehabilitation in COPD – a qualitative study of patients' experiences* (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo.

Halding, A-G., Heggdal, K., & Wahl, A., (2010). Experiences of self-blame and stigmatisation for self-infliction among individuals living with COPD. *Scandinavian journal of caring sciences*. DOI: 19.1111/j.1471-6712.2010.00.769.x.

Helsedirektoratet (2016, 4. oktober). KOLS- kronisk obstruktiv lungesykdom. Hentet 27. februar 2017 fra <https://helsenorge.no/sykdom/lunger-og-luftveier/kols>

Helsedirektoratet (2017, 14. februar). Angst. Hentet 13. mars 2017 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/angst-og-depresjon/angst>

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St.meld. nr. 47 2008-2009). Oslo: Departementenes servicesenter.

Hjalmarsen, A. (2012) *Lungerehabilitering – KOLS og andre sykdommer* (1.utg.) Litauen: Cappelen Damm AS.

Kirkevold, M. (2012). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering* (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (Bind 1, Kap. 6). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N.J. & Nortvedt, P. (2014). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (Bind 1, Kap. 3). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lazarus, R.S. (2009). *Stress og følelser – en syntese*. Oslo: Akademisk Forlag.

Mjell, J. (2012). Sykdommer i respirasjonsorganene. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 209-242). Oslo: Gyldendal akademisk.

Nielsen, R. (2009). Kols koster dyrt. *Tidsskriftet for den norske legeforening*, 129:2332. DOI: 10.4045/tidsskr.09.1253

Norsk Sykepleierforbund. (2016, 23. mai). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 8 februar 2017 fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, P. (2012). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk*. (1.utg) Oslo: Gyldendal akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov 11.12.2015 nr 97 om endringer i lov 02.07.1999 nr 63 om pasient- og brukerrettigheter.

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

VEDLEGG 1: FORSKNINGSARTIKLER

Artikkel 1:

Gullick, J. & Stainton, C. M. (2008). Living with chronic obstructive pulmonary disease: developing conscious body management in a shrinking life-world. *Journal of Advanced Nursing* 64(6), 605-614. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04823.x

Artikkelen tar for seg en studie som utforsker endringene i kroppen som pasienter opplever, når de lever med kronisk obstruktiv lungesykdom. Studien intervjuer 15 deltakere med emfysem og 14 av deres familiemedlemmer. Deltakerne er utvalgt fra tre australske universitetssykehus. Det ble utført 58 dybdeintervjuer i tidsperioden 2003-2005.

Artikkel 2:

Cooney, A., Mee, L., Casey, D., Murphy, K., Kirwan, C., Burke, E., Conway, Y., Healy, D., Mooney, B., Murphy, J. & the PRINCE team. (2013). Life with chronic obstructive pulmonary disease: striving for "controlled co-existence". *Journal of Clinical Nursing* 22, 986-995, DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04285.x

Studien og forskningsartikkelen tar for seg hva det innebærer å leve med diagnosen kols for 26 utvalgte pasienter i Irland, og hvordan sykdommen har endret deres liv. Den kvalitative studien er en del av en større studie, the PRINCE trial. Deltakerne i studien mottok et strukturert lungerehabiliteringsprogram, kalt SEPRP. Deltakerne ble intervjuet på tre stadier gjennom rehabiliteringsprogrammet, og intervjuene var semi-strukturerte.

Forskningsartikkelen tar bare for seg intervjuene gjort før oppstart av programmet. Fokuset i forskningsartikkelen er derfor deltakernes opplevelse av KOLS og hvordan de reagerer på å ha fått diagnosen.

Artikkel 3:

Halding, A-G., Heggdal, K., & Wahl, A., (2010). Experiences of self-blame and stigmatisation for self-infliction among individuals living with COPD. *Scandinavian journal of caring sciences*. DOI: 19.1111/j.1471-6712.2010.00.769.x.

Artikkelen tar for seg forståelsen av hvordan pasienter med KOLS opplever hverdagen i et samfunn preget av stigmatisering av denne pasientgruppen. Anvendt metode i studien er kvalitative intervjuer av 13 menn og 5 kvinner fra lungerehabilitering i Norge, om deres beskrivelse og opplevelse av hvordan samfunnet dømmer sykdommen til å være selvforskyldt.

Artikkel 4:

Casey, D., Murphy, K., Cooney, A., Mee, L., & Dowling, M. (2011). Developing a structured education programme for clients with COPD. *British Journal of Community Nursing*. 16(5): 231-237, DOI: Ukjent.

Forskningsartikkelen beskriver utviklingen av et strukturert lungerehabiliteringsprogram (SEPRP) for PRINCE-studien (Pulmonary Rehabilitation In Nurse-led Community Environments) i Irland. Utviklingen baserer seg på gjennomgang av eksisterende rehabiliteringsprogram internasjonalt og nasjonalt i Irland, i tillegg til en temaanalyse av empowerment. Seksten personer med kols ble intervjuet om deres erfaring med å leve med kols, og hva disse mener er viktig å inkludere i et rehabiliteringsprogram.