



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Mestring av KOLS-relatert angst

Coping with COPD-related anxiety

Trine Sølvberg Vedvik

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Veileder: Anne-Margrethe Hjertenes

Innleveringsdato: 15. juni 2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1

Sammendrag

Tittel

Mestring for en bedre hverdag.

Bakgrunn for valg av tema

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er en av de mest vanlige kroniske sykdommene i verden. Angst er en vanlig tilleggsdiagnose hos personer med KOLS, og kan ofte relateres til følelsen av å ikke få nok luft når man opplever dyspné. Ofte er ikke angstdelen av sykdommen satt i like mye i fokus som selve KOLS-diagnosen. Jeg ønsket å se nærmere på hvordan man kan hjelpe pasienter med å mestre denne delen av sykdommen i deres hverdag.

Problemstilling

Hvordan kan personer med KOLS mestre angst i hverdagen?

Metode

Jeg har brukt litteraturstudie som metode i denne oppgaven. Litteraturen er faglig og forskningsbasert kunnskap, og består av forskningsartikler, pensumbøker, samt annet relevant litteratur. Litteratursøkene ble utført i databasene Academic Search Elite, Cinahl with full text, ERIC og Medline. Jeg har også trukket inn erfaringer fra praksis og arbeid.

Oppsummering av funn

Gjennom forskningsartiklene og teorien jeg har brukt, kommer det frem at fysisk aktivitet, kognitiv atferdsterapi, og tilstrekkelig informasjon og kunnskap hos både sykepleier og pasient, er viktige tiltak og behandlingsformer for KOLS-pasienter som ønsker å mestre angst i hverdagen. Alle viser å ha positiv effekt ved angst hos disse pasientene etter relativt kort tid.

Konklusjon

Fysisk aktivitet og trening og tilstrekkelig kunnskap, informasjon og opplæring har positiv effekt hos KOLS-pasienter for å mestre angst. Kognitiv atferdsterapi har vist å fungere på selve angsten, men ikke like mye på selve KOLS-diagnosen. Dette trenger å bli forsket mer på, slik at man som sykepleier kan tilegne seg mer kunnskap.

Nøkkelord

KOLS, angst, depresjon, mestring.

Summary

Title

Coping for a better everyday life

Background

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is one of the most common chronic diseases in the world. Anxiety is a common additional diagnosis in people with COPD, and is often related to the feeling of not getting enough air when experiencing heavy breathing. Often, the anxiety component of the disease is not as much in focus as the COPD diagnosis itself. I wanted to take a closer look at how to help patients cope with this part of the disease in their daily lives.

Research question

How can people with COPD cope with anxiety in their everyday life?

Method

In my assignment, I have used literature study as a method. The literature is academic and research-based knowledge, and consists of research articles, curriculum books, and other relevant literature. The literature searches were conducted in the databases Academic Search Elite, Cinahl with full text, ERIC and Medline. I have also included personal experience from practice and work.

Summary of findings

Through the research articles and the theory I have used, it emerges that physical activity, cognitive behavioural therapy, and adequate information and knowledge in both nurse and patient, are important measures and treatments for COPD patients who want to cope with anxiety in their everyday lives. All are shown to have a positive effect on anxiety in these patients after a relatively short time.

Conclusion

Physical activity and exercise and adequate knowledge, information and training have a positive effect on COPD patients in coping with anxiety. Cognitive behavioural therapy has been shown to work on the anxiety itself, but not as much on COPD diagnosis. More research is needed, so that as a nurse you can acquire more knowledge.

Keywords

COPD, anxiety, depression, coping.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1. Introduksjon	1
1.2. Bakgrunn for valg av tema	1
1.3. Presentasjon av problemstillingen	2
1.4. Presisering og avgrensning av problemstillingen	2
1.5. Definisjoner og begreper	2
1.6. Oppgavens oppbygning	2
2. Metode	4
2.1. Litteraturstudie som metode	4
2.2. Forskningsetikk	4
2.3. Søkeprosess og funn	5
2.3.1. Databaser	5
2.3.2. Manuelt søk	5
2.4. Søk etter annen litteratur	5
2.5. Kildekritikk og kvalitetskriterier	6
3. Teori	7
3.1. KOLS	7
3.1.1. Behandlingsmåter	8
3.2. Sentrale føringer	9
3.3. Angst og depresjon	9
3.4. Dyspné og angst	10
3.5. Mestring	11
4. Resultat/funn	12
5. Drøfting	15
5.1. Medikamentell eller ikke-medikamentell behandling?	15
5.2. Tilstrekkelig informasjon, kunnskap og opplæring	15

5.3.	<i>Mestringsstrategier</i>	16
5.4.	<i>Kognitiv atferdsterapi</i>	17
5.5.	<i>Fysisk aktivitet og trening</i>	18
6.	Konklusjon	20
	Bibliografi	21
	Vedlegg 1	
	Vedlegg 2	
	Vedlegg 3	

1. Innledning

1.1. Introduksjon

7% av Norges befolkning er rammet av KOLS, kronisk obstruktiv lungesykdom (Oksholm, 2015, s. 228). Av de over 70 år i Norge, er det 10% som har KOLS. Dette er den sykdommen som hyppigst forekommer av de kroniske lungesykdommene (Brodtkorb, 2016, s. 384). Corbin og Strauss påpeker at kroniske lidelser kan føre til ulike tilpasnings- og mestringsutfordringer i sykdommens ulike faser (Corbin & Strauss, 1988). Dette gjelder spesielt eldre mennesker, da eldre ofte har mer diffuse symptomer, og det blir vanskeligere å stille diagnose og iverksatt riktig behandling. Derfor kan man anta at tilstanden er underdiagnostisert (Mjell, 2014, s. 231). Man kan anta at det bare er 30% som har fått stadfestet diagnosen (Andenæs, 2017, s. 208). Ved riktig behandling, kunne man ha bremset sykdomsutviklingen, lindret plagene og økt livskvaliteten hos disse menneskene (Helsedirektoratet, 2012). I 90% av alle KOLS-tilfeller er røyking årsaken, men andre årsaker er økende alder, langvarig utsettelse for luftforurensning, urbanisering og lav sosioøkonomisk status (Hjalmarsen, 2020, s. 77; Mjell, 2014, s. 231).

En person med store pusteproblemer, kjenner redselen for å bli kvalt og dø, da det å ha respirasjonsproblemer er svært skremmende. Siden angst og dyspné er så tett knyttet sammen, og forsterker hverandre gjensidig, må alltid disse symptomene ses i en sammenheng. Derfor vil det være like viktig å forebygge utrygghet og angst, som det å behandle pasientens pustebesvær (Bakkeland, Thorsen, Almås, Sorknæs, & Grønseth, 2016, s. 118).

«Kols. Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging» ble laget i 2012 av Helsedirektoratet, for å skape et samfunn som ivaretar personer med KOLS. Helsedirektoratet ønsket å omfatte hele sykdommens forløp på alle nivåer i helsetjenesten, i tillegg til pasientene og pårørende. Dette fordi de har sett et stort faglig behov for opplæring til egenmestring og viktige ikke-medikamentelle behandlingstiltak (Helsedirektoratet, 2012).

1.2. Bakgrunn for valg av tema

Da min bestefar var på sykehuset i fjor høst for KOLS-kontroll, ble det tilfeldigvis oppdaget lav blodprosent. Han ble innlagt og måtte gjennom en rekke undersøkelser, operasjoner og behandlinger. Etter fjernelse av to kreftsvulster, flere lungebetennelser, delirium og hjertestans, ble dette en solskinnshistorie til tross for hans alvorlige grad av KOLS. I mine praksisperioder og gjennom mine arbeidsforhold i hjemmetjenesten og lungeavdeling på medisinsk sengepost, har jeg opplevd

mye, både godt og vondt. Jeg har sett panikk- og angstanfall, men også glede og hverdagsmestring. Jeg ønsker derfor å lære mer om og å finne ut av hvordan jeg som sykepleier kan hjelpe personer med KOLS til å mestre den psykiske delen av sykdommen, angst, i pasientenes hverdag.

1.3. Presentasjon av problemstillingen

Hvordan kan personer med KOLS mestre angst i hverdagen?

1.4. Presisering og avgrensning av problemstillingen

KOLS-pasienter befinner seg både i spesialisthelsetjenesten og i hjemmetjenestene. Jeg avgrensner min problemstilling til de som mottar kommunal bistand fra hjemmetjenesten og deres hverdag. Ifølge (Mikkelsen, Middelboe, Pisinger, & Stage, 2004) viser det fra studier at omtrent 50% av pasienter med sykdomsforverring og alvorlig dyspné som følge av KOLS-forverring, har eller kan få symptomer på depresjon eller angst. Derfor avgrensner jeg temaet til disse psykiske forholdene, og hvordan jeg som sykepleier kan hjelpe. Da de fleste KOLS-pasienter er over 65 år, vil jeg fokusere på personer over 65 år, uavhengig av kjønn. Jeg har valgt å fokusere på angst knyttet til KOLS-diagnosen, da pasienter med KOLS ofte har høy forekomst av angst (Markussen, 2019). Tilleggsdiagnoser blir ikke vektlagt i oppgaven, og jeg velger å ha fokus på Ikke-medikamentell behandling av og tiltak for angst hos personer med KOLS, blant annet informasjon, kunnskap og fysisk aktivitet trening.

1.5. Definisjoner og begreper

KOLS er en samlebetegnelse på en gruppe korniske obstruktive lungesykdommer, altså der luftstrømmen blir hindret gjennom luftveiene (Mjell, 2014, s. 230). Hovedårsaken til KOLS er røyking (Mjell, 2014, s. 231). Angst blir i denne sammenhengen definert som redsel eller panikk for å ikke få tilstrekkelig luft (Hjalmarsen, 2012, s. 144). Dyspné defineres som tung pust (Hjalmarsen, 2012, s. 80).

1.6. Oppgavens oppbygning

Denne oppgaven er bygget opp av seks hovedinndelinger, med innledning, metode, teori, resultat og funn, drøfting og konklusjon. Først presenterer jeg oppgaven med problemstilling, avgrensning og bakgrunn for valg av temaet. I det neste kapittelet beskriver jeg metoden jeg har brukt i oppgaven min. Jeg forklarer hvordan jeg fant litteraturen og forskningen jeg har brukt, samt hvorfor jeg valgte å bruke den. I kapittel tre vil jeg beskrive den teoretiske referanserammen for problemstillingen min, for så å presentere forskningen jeg har valgt å bruke i kapittel fire. Kapittel fem tar for seg drøftingen,

hvor jeg drøfter teorien, forskningen og egne erfaringer opp mot hverandre. Til slutt vil jeg komme med en konklusjon i kapittel syv, som inneholder svar på min problemstilling.

2. Metode

2.1. Litteraturstudie som metode

Metode defineres som en fremgangsmåte, et middel for problemløsning og for å komme frem til nye kunnskaper. Den viser hvordan vi kan fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Man velger ut én metode fordi man mener at det er akkurat denne metoden som passer best for å besvare et bestemt spørsmål eller problemstilling. Den hjelper oss til å samle data vi trenger til undersøkelsen vår på en systematisk måte (Dalland, 2019, ss. 51-52).

I min oppgave henter jeg data og informasjon fra allerede eksisterende forskning, teori og fagkunnskap (Dalland, 2019, s. 207), da jeg baserer oppgaven min på en litteraturstudie og bruker litteratursøk som metode. I litteraturen kan man finne teori som kan være til hjelp for å se hvilke data som er nødvendig for oppgaven, for så å hjelpe med å forstå det materialet som er samlet inn bedre (Dalland, 2019, s. 222). Magnus & Bakketeig (2000, s. 37) definerer litteraturstudie som «en oppgave som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder». Her menes systematisere å samle inn litteratur, gå gjennom den kritisk, for til slutt å sammenfatte det hele (Magnus & Bakketeig, 2000, s. 37). En litteraturstudie kan deles inn i syv trinn, der man har en systematisk tilnærming i alle trinnene i prosessen. En litteraturstudies hensikt er å gi en oversiktlig og oppdatert forståelse av kunnskap som problemstillingen er rettet mot, samt fremgangsmetoden til kunnskapen man har funnet (Thidemann, 2019, s. 80).

2.2. Forskningsetikk

Etiske overveielser omhandler å tenke nøye over mulige konsekvenser og utfordringer av planlagte handlinger (Dalland, 2019, s. 227). Forskningsetikken handler om å vurdere forskning i forhold til samfunnets verdier og normer (Dalland, 2019, s. 236). Dette er spesielt viktig dersom datainnsamlingen anvender mennesker som kilder (Dalland, 2019, s. 227). De som deltar i forskningen eller rapporten skal være trygge på at personopplysningene blir vernet, slik at de kan gi kan gi ærlig og åpen informasjon om uansett emne. Dette sikrer at man får mest mulig konkrete data som ikke lar seg påvirke av uønskede personlige faktorer eller annet (Slettebø, 2017, s. 248). Med hensyn til forsøkspersonene eller andre involverte skal det innhentes frivillig og informert samtykke, og de skal informeres om eventuelle risikoer (Slettebø, 2017, s. 252).

I denne oppgaven bruker jeg erfaringer fra praksis og arbeid for å støtte oppom teoriene jeg drøfter. Opplysningene jeg bruker vil ikke kunne identifisere enkeltpersoner, da jeg overholder

anonymiseringen av sensitive opplysninger og helseopplysninger. Dette gjøres ved å unngå å oppgi navn eller personnummer, eller gjenkjennelige spesielle bakgrunnsvariabler (Dalland, 2019, s. 239).

2.3. Søkeprosess og funn

Å skaffe litteratur til oppgaven kan gjøres ved manuelt søk og ved å søke i databaser (Thidemann, 2019, s. 83). Jeg har nyttet begge metodene i oppgavearbeidet.

2.3.1. Databaser

For å starte søket mitt, brukte jeg PICO-skjemaet som hjelp (se Vedlegg 1). Der fant jeg hvilke søkeord jeg skulle bruke som utgangspunkt. Jeg tok i bruk databasene Chinal with full text, Medline, ERIC og Academic Search Elite samtidig. Da de fleste forskningsartiklene er skrevet på engelsk, valgte jeg å oversette de norske søkeordene mine ved hjelp av SveMed+. Her fant jeg også synonymer for å forbedre søket mitt. For å snevre inn søket enda mer, la jeg til flere søkeord etter hvert (se Vedlegg 2). Søkene ble avgrenset til å gjelde pasienter over 65 år og publikasjonsdato mellom 2010 og 2020. For å velge ut forskningsartiklene, leste jeg gjennom titlene, for så å lese abstraktene om titlene var interessante. Deretter vurderte jeg om de var relevante for min problemstilling. Jeg viser til Vedlegg 3 for oversikt over søkeord og antall treff.

2.3.2. Manuelt søk

Referanser i en systematisk og relevant litteraturoversikt, kan være behjelpelig til å finne relevante og interessante primærstudier (Thidemann, 2019, s. 83). Ved å lese referanselisten til pensumkapitlene, samt noen av artiklene jeg fant ved hjelp av databaser, fant jeg noen interessante artikler. Også i referanselistene til tidligere bachelor- og masteroppgaver og diverse fagartikler, fant jeg forskningsartikler relevante for min problemstilling. Jeg har også brukt tidsskriftet Sykepleien for å finne relevante fag- og forskningsartikler omkring mitt valgte temaområde.

2.4. Søk etter annen litteratur

For å finne litteratur utenom forskning, brukte jeg skolens pensumlister for sykepleieutdanningen. Fra pensum har jeg valgt å bruke blant annet «Geriatrisk sykepleie» (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2016), «Helt – ikke stykkevis og delt» (Hummelvoll, 2018) og «Psykiatri for helsefag» (Aarre, 2018). Jeg valgte også å bruke relevante bøker utenfor pensum, slik som «Å leve med kronisk sykdom: en varig kursending» (Gjengedal & Hanestad, 2007) og «Lungerehabilitering – KOLS og andre lungesykdommer» (Hjalmarsen, 2012), da jeg fikk disse anbefalt av veileder og medstudenter.

2.5. Kildekritikk og kvalitetskriterier

Kildekritikk vil si å karakterisere og vurdere den litteraturen som er valgt (Dalland, 2019, s. 158).

Typen publikasjon er et av vurderingsprinsippene for valg av kilde. Bøker er av den oppfatning at de ikke har like høy status som artikler i vitenskapelige tidsskrifter. Et annet vurderingskriterium er om publikasjonen er internasjonal, da dette indikerer høyere status (Erikson, 2015, ss. 32-33). I

forbindelse med kildekritikk, snakkes det ofte om primære og sekundære kilder. Primære kilder er å foretrekke, da de rapporterer det forskere har kommet frem til og det de ønsker å formidle.

Primærkildene er utgangspunktet for sekundærkildene, som refererer til innholdet i de primære kildene, gjerne som litteratursammenfatninger. Lærebøker er en form for sekundærkilder (Erikson, 2015, s. 35). Samtidig, forteller lærebøker om hva som er viktig i et fag (Erikson, 2015, s. 41).

Ved å vurdere kildekvaliteten ser man på hvilken ekthet kilden har, hvor troverdig er den, og hvilken type kilde er det. For å finne ut hvilken relevans teksten har for den aktuelle problemstillingen, kan man ifølge (Dalland, 2019, ss. 159-160) stille seks spørsmål. Dette er hvem har skrevet teksten, hvorfor, når og for hvem er den skrevet, hvilken type tekst er det og hva er formålet med teksten (Dalland, 2019, ss. 159-160).

En styrke ved oppgaven min er at mange av forskningsartiklene jeg har brukt er skrevet på engelsk. Likevel er dette en svakhet, da de enklere kan feiltolkes. Pensumlitteraturen og bøkene jeg har brukt har jeg vurdert som relevant i forhold til min problemstilling, da de inneholder mye nyttig informasjon som kan bygge opp oppgaven min.

3. Teori

3.1. KOLS

KOLS er en samlebetegnelse på en gruppe korniske obstruktive lungesykdommer, altså der luftstrømmen blir hindret gjennom luftveiene (Mjell, 2014, s. 230). Begrepet KOLS omfatter hovedsakelig sykdommene emfysem og kronisk obstruktiv bronkitt, og de fleste med KOLS har en kombinasjon av disse (Bakkelund, Thorsen, Almås, Sorknæs, & Grønseth, 2016, s. 133).

Kronisk bronkitt karakteriseres av økt sekretproduksjon i luftveiene grunnet en kronisk inflammatorisk reaksjon i bronkier og bronkioler, samt økt luftveismotstand. Emfysem derimot, defineres som kronisk dyspné grunnet utvidede alveoler og ødeleggelse av lungevev, uten tegn til fibrose. Ved emfysem blir mange av alveolene «smeltet» sammen til større og færre alveoler. Dermed blir totaloverflaten av alveolene redusert, samtidig som den elastiske kapasiteten blir svekket. Trykket i alveolene stiger, og den ekspiratoriske luftveismotstanden øker (Mjell, 2014, s. 231).

Alvorlighetsgraden av KOLS klassifiseres etter GOLD-kriteriene, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, på grunnlag av spirometri. (Mjell, 2014, s. 232). Denne ble opprettet av WHO i 2001, og bygger på fire stadier fra 1-4: mild, moderat, alvorlig og svært alvorlig KOLS (Hjalmarsen, 2012, s. 90).

Da KOLS gir en permanent lungeskade, er ikke sykdommen helbredelig. Den kan bare behandles og forebygges. Sykdomsforløpet er veldig varierende, men de fleste vil oppleve stabile og lange sykdomsfaser (Andenæs, 2017, ss. 209-210). De mest typiske symptomene er økt slimproduksjon, dyspné ved anstrengelse og kronisk huse. Hosten med ekspektorat varer som regel hele dagen, også om natten. Ekspektoratet er ofte pussholdig og gulgrønt, men kan også være gråhvitt og vare i flere måneder (Mjell, 2014, ss. 232-233). Også gjentatte episoder med akutt bronkitt er typisk hos personer KOLS (Bakkelund, Thorsen, Almås, Sorknæs, & Grønseth, 2016, s. 134). Forekomsten av angst og depresjon er høyere hos kvinner med KOLS enn menn i Storbritannia (Raherison, et al., 2014). Det samme viser studier utført i Tyrkia (Varol, Çimen, Ünlü, Halilcolar, & Güclü, 2017) og i Italia (Di Marco, et al., 2006).

3.1.1. Behandlingsmåter

Målet med behandling er å lindre og redusere symptomene, forhindre videreutvikling og forbedre livskvalitet (Hjalmarsen, 2012, s. 95). Medikamentell KOLS-behandling kan ifølge LHL (Refvem, 2019) deles inn i tre grupper. Den første gruppen er medisiner som reduserer infeksjonsrisikoen. Dette kan være årlige influensavaksiner, pneumokokkvaksiner, eller andre medikamentelle måter å forebygge luftveisinfeksjoner på. Gruppe to er medisiner som letter pusten. Korttids- eller langtidsvirkende beta-2 stimulatorer utvider bronkiene, noe som vil gjøre pusten lettere. Den siste gruppen er medisiner som demper slimproduksjonen. Inhalasjonssteroider som kortison, demper slimproduksjonen og reduserer slimhinnehevelser. Også langtids oksygenbehandling er aktuelt ved alvorlig og langtkommen KOLS (Refvem, 2019).

Som sykepleier er det også viktig å vite om og ha kjennskap til ikke-medikamentelle behandlingsalternativer. For røykere vil den beste behandlingen være røykestopp (Hjalmarsen, 2012, s. 95). Menneskekroppen er skapt for å være i bevegelse, og alle blir anbefalt å være i minimum 30 minutters moderat fysisk aktivitet daglig. Alvorlighetsgraden av KOLS vil påvirke hver enkeltes grad av fysisk form og forutsetninger for å kunne imøtekomme disse anbefalingene. Mange personer med KOLS kan oppleve at den fysiske formen og kondisjonen blir dårligere. Dette kan i mange tilfeller relateres til at man kommer inn i en passiv sirkel, bestående av økt dyspné ved aktivitet. Ved hjelp av regelmessig trening kan den fysiske formen vedlikeholdes, og det blir enklere å utføre dagligdagse aktiviteter (Solberg, 2018).

Helse Førde har utviklet en app som visualiserer viktige og enkle pusteøvelser for kronisk lungesyke, slik at de kan enklere følge opp sin egen helse. Appen, ved navn «Pust deg bedre» er ikke knyttet til spesifikke diagnoser, men til symptomer. Blant annet finner man ulike pusteteknikker og øvelser for slimmobilisering. Krevende informasjon blir mer tilgjengelig på en mye mer motiverende og pedagogisk måte. Målet var at denne pasientgruppen skal være bedre rustet til å utføre viktige øvelser på egenhånd for å kunne håndtere symptomene. Appen er laget på en måte som gjør kompliserte øvelser enklere å huske. Da kan pasientene alltid ha veiledningen tilgjengelig til når de skal utføre øvelsene (Helse Førde, 2020).

Lungerehabilitering gir helsegevinster til lungesyke pasienter med invalidiserende symptomer, da gjerne i form av dyspné. I et lungerehabiliteringsprogram er hovedkomponentene individrettet fysisk aktivitet og trening, atferdsendring, psykososial aktivisering og opplæring om sykdommen og

behandlingsalternativer. Metoder som brukes er blant annet forebygging, fysisk trening, egenbehandling, optimal medisinerings og psykososial støtte (Hjalmarsen, 2012, ss. 18-19).

3.2. Sentrale føringer

Som sykepleier skal man fremme pasientenes muligheter til «å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått». Dette er en av de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk Sykepleieforbund, 2011). Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) har pasienten rett på «informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsestand og innhold i helsehjelpen». Etter disse reglene, plikter helsepersonell å gi pasienten informasjon til den som har krav på det (Helsepersonelloven, 1999, § 10). Undervisning og rådgivning om sykdommen, medisinerings og behandling har positiv effekt på symptomer, medisinforgbruk og livskvalitet (Heslop, 2014). Ved å gi pasienten en grunnleggende forståelse av sykdomsårsak, forebygging og behandling, vil dette danne et grunnlag for motivasjon til atferdsendring, som da vil ha positiv effekt på den psykiske helsen (Hjalmarsen, 2012, s. 56).

3.3. Angst og depresjon

Angst og depresjon er ikke uvanlige tilleggdiagnoser ved KOLS. Dette er fordi man kan oppleve mange situasjoner ved sykdommen som skremmende (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, 2019). Nemiah (1981) definerer angst som «en fryktelig forutanelse om at noe ubehagelig skal skje» og depresjon som «svaret på at noe ubehagelig har skjedd». På samme måte som man finner angst som et symptom i depressive lidelser, finner man depressive symptomer i angstlidelser (Hummelvoll, 2018, ss. 200-201).

I dagliglivet vil personer med KOLS møte hindringer. Dette er ofte følelsen av å ikke lenger strekke like mye til som man gjorde før, siden man nå har redusert fysisk yteevne relatert til symptomene ved sykdommen (Hjalmarsen, 2012, s. 142). Dermed kan det oppstå psykososiale problemer som forsterker personens opplevelse av depresjon og angst. Sammenlignet med andre kroniske syke mennesker, er KOLS-rammede mer deprimerte og i større grad rammet av panikkangst (Martinsen, 2011, s. 93; Mikkelsen, Middelboe, Pisinger, & Stage, 2004).

Angst påvirker hele kroppen, både tanker, følelser, atferd og kroppslige reaksjoner. Panikk, frykt og uro er vanlige følelsesmessige reaksjoner, mens bekymringer og katastrofetenkning preger tankene. Da de kroppslige reaksjonene ofte er sterke, er en stor plage for mange. Dette gir symptomer som rask puls, hjertebank, kvalme og ubehag i mage, svimmelhet, svetting, anspente muskler som gir

skjelving og rastløshet, og ikke minst en opplevelse av å ikke få nok luft. Unngåelse og tilbaketrekning er preg ved atferden (Martinsen, 2011, s. 93).

Panikkangst er den typen angst som rammer flest mennesker med KOLS. Man opplever raskt og uventet innsettende angst, etterfulgt av mange kroppslige plager (Bugge, Angstlidelser, 2018, s. 164). Det er ikke uvanlig at man ved et panikkanfall tror at man kommer til å miste kontrollen, besvime eller dø (Bugge, Angstlidelser, 2018, s. 174). Panikkangst blir regnet som den mest intense typen angst (Martinsen, 2011, s. 94).

Kunnskap om angst, behovet for sikkerhet og trygghet og angstreduksjon er tre generelle behov enhver sykepleier må dekke for å hjelpe mennesker som er rammet av sterk angst eller panikk (Hummelvoll, 2018, s. 164). Mange mennesker med KOLS som rammes av angst har en tendens til å sosialt isolere seg, da de ikke orker like mye som før (Refvem, 2019). Ifølge Birkeland (2013) øker ensomhet sannsynligheten for utvikling av angst, og dermed sosial isolering. Derfor er trygghet og sikkerhet viktig grunnleggende og stabile element i treningen med angstreduksjon (Eggen, 2018, s. 125). En sykepleiers kunnskap om angst bidrar til forståelse av at alle reagerer ulikt på angst, og at den kan være både skremmende, lammende og nesten ikke til å bære (Helsedirektoratet, 2012).

Angst kan behandles med medikamenter, men også med psykologisk behandling (Bugge, 2018, s. 170). Den beste psykologiske behandlingen har vist seg å være kognitiv atferdsterapi (Hofmann & Smits, 2008), og effekten av denne type samtalebehandling er godt dokumentert (Bugge & Farshbaf, 2018). Ved medikamentell behandling er antidepressive legemidler den medikamentgruppen som er mest brukt ved angstlidelser, spesielt ved panikkanfall. Benzodiazepiner har vist å ha en god angstdempende effekt, men beroligende benzodiazepiner som Valium eller Sobril har kan være vanedannende og kan dermed misbrukes (Martinsen, 2011, s. 97).

3.4. Dyspné og angst

Det finnes en sterk vekselvirkning mellom dyspné og angst (Helsedirektoratet, 2012). Opplevelsen av å ikke få nok luft er for mennesker med KOLS en stor påkjenning og leder derfor til angst (Brodtkorb, 2016, s. 385). Sammenhengen er en negativ, selvforsterkende syklus, der angsten går over til panikkangst som igjen øker pusteproblemet (Mjell, 2014, s. 234). Det er viktig at sykepleiere er oppmerksomme på risikoen for angst hos mennesker med KOLS, og at angst kan være en så stor komplikasjon at man kan trenge behandling (Mjell, 2014, s. 234). Man må se disse to komponentene i en sammenheng siden de gjensidig forsterker hverandre. Det vil da være like viktig å forebygge

utrygghet og angst, som det vil være å behandle pustebesværet (Bakkeland, Thorsen, Almås, Sorknæs, & Grønseth, 2016, s. 118).

3.5. Mestring

Mestring innebærer et forsøk på å minske psykisk og fysisk smerte som er koblet til negative livssituasjoner. Fremgangsrik mestring minsker smertene (Axelson, 2010, s. 71). Mestring kan handle blant annet om håndtering av ulike følelser eller problemløsning. Et eksempel på mestringsstrategi er å utvikle rutiner og struktur i hverdagen (Hummelvoll, 2018, s. 388). Det innebærer også hva vi foretar oss når vi håndterer psykologisk stress (Haugan & Rannestad, 2018, s. 142), da i form av angst, depresjon, katastrofetanker og symptomer på panikkangst. Disse fire elementene er utbredt hos mennesker med KOLS. Psykologisk stress påvirker livskvaliteten, når de fra før av har en dårligere livskvalitet enn hos andre mennesker (Andenæs, 2017, ss. 210-211).

«Det er omsorgsgiverens oppgave å støtte og styrke den eldres mestringstillit til selv å klare så mye som mulig og å hjelp til med det som personen ikke klarer selv, til tross for anstrengelsene og støtten» (Ivarsson & Ortiz, 2016, s. 42). Et av Norsk Sykepleieforbunds yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er at man som sykepleier skal understøtte mestring, håp og livsmot hos pasienten (Norsk Sykepleieforbund, 2011).

4. Resultat/funn

“Integrating psychological screening into reviews of patients with COPD” (Hardy, Smart, Scanlan, & Rogers, 2014)

Formål: Utforske muligheten for å integrere psykologisk screening og intervensjon i sykepleierledede vurderinger av pasienter med KOLS. Andre spesifikke formål var å evaluere effekten av treningen av kunnskapen og selvtilliten sykepleierne fikk, samt å finne ut effekten på av dette hos KOLS-pasientene. De ville også måle utbredelsen av angst og depresjon hos KOLS-pasienter og vurdere om motiverende samtaler kan ha innvirkning på videre henvisninger til lungerehabilitering.

Metode: Denne studien ble utført med en kvalitativ metode, og var en del av et lokalt forbedringsprosjekt. Åtte sykepleiere ble introdusert for den nye screeningen, og ble opplært til å utføre det psykologiske aspektet av screeningen på de 35 KOLS-pasientene som deltok. Syv av sykepleierne og 32 KOLS-pasienter fullførte studien.

Funn: Sykepleiernes egevaluering etter opplæringen viste en betydelig økning i kunnskap og selvtillit, sammenlignet med egevalueringen før opplæringen. ¾ av pasientene var ikke klar over at symptomer på angst og depresjon er utbredt hos mennesker med KOLS. Resultatene viste også at 97% av pasientene ikke hadde noe i mot å bli stilt spørsmål for å identifisere angst og depresjon. 91% av pasientene følte at sykepleierne var en viktig del av omsorgen, 97% at sykepleierne forklarte ting på en forståelig måte. 91% følte seg mer motivert for å håndtere symptomene sine, og 94% følte seg mer selvsikker etter intervensjonen. Alle de kvalifiserte pasientene i studien fikk tilbud om lungerehabilitering, og 2/3 gikk med på å delta. Dette er et veldig positivt funn, da henvisninger til lungerehabilitering er generelt dårlig hos KOLS-pasienter. Resultatet av denne studien viste også at pasienter med alvorlig angst eller depresjon, ikke ble henvist til lungerehabilitering i like stor grad som ved tilfeller med mild til moderat angst eller depresjon.

«The effects of personal resources and coping strategies on depression and anxiety in patients with chronic obstructive pulmonary disease» (Haejung, Ju Young, Inah, & Young-Hee, 2013)

Formål: Finne ut av hvordan personlige ressurser og mestringsstrategier påvirker depresjon og angst hos pasienter med KOLS. De undersøkte effekten av personlige ressurser på mestringsstrategier og

psykologiske svar, opp mot den formidlende rollen som mestringsstrategier har på forholdet mellom personlige ressurser og depresjon og angst hos pasienter med KOLS. Dette gjorde de ved hjelp av en veimodell. Med personlige ressurser menes kunnskap om KOLS, tro på egen mestringsevne, og sosial støtte. Mestring inkluderer både påvirknings- og problemorienterte mestringsstrategier.

Metode: Dette er en tverrsnittsstudie der man tok utgangspunkt i tidligere data hos pasienter med KOLS. Studien bestod av data fra 209 KOLS-pasienter.

Funn: Høyere kunnskapsnivå om sykdommen var assosiert med færre depressive symptomer, og dette forholdet var positivt assosiert med problemorienterte mestringsstrategier. Høyere nivå av det å tro på egen mestringsevne var relatert til mindre depresjon og angst. Pasienter med mer opplevd sosial støtte, opplevde færre depressive symptomer gjennom bruk av problemorienterte mestringsstrategier.

«The Effect of Complex Interventions on Depression and Anxiety in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Systematic Review and Meta-Analysis» (Coventry, et al., 2015)

Formål: Vurdere om komplekse psykologiske og/eller livsstilsintervensjoner er effektive for å redusere symptomer på angst og depresjon hos pasienter med KOLS, og vurdere hvilke typer psykologiske og livsstilsintervensjoner som er mest effektive.

Metode: Systematisk gjennomgang med metaanalyse av 29 randomiserte kontrollerte studier ble brukt som metode i denne studien.

Funn: Komplekse psykologiske og/eller livsstilsintervensjoner som inkluderer en treningskomponent, forbedrer symptomer på depresjon og angst betydelig hos personer med KOLS. Gruppebasert trening, gjerne i sammenheng med lungerehabilitering, viste gode behandlingseffekter på mestring av angst og/eller depresjon. Resultatene viser også at mosjonstrening reduserer effektivt symptomer på angst og depresjon med flere komponenter. Dette gjelder hos alle mennesker med KOLS, uavhengig av alvorlighetsgraden av depresjon eller angst.

«Benzodiazepine use in COPD: empirical evidence from Norway» (Halvorsen & Martinussen, 2015)

Formål: Fordi den typiske behandlingen innebærer bruk av benzodiazepiner, ble bruken av dette medikamentet blant personer med KOLS og angst og/eller depresjon undersøkt. Dette ble gjort ved å analysere tre relevante indikatorer. Dette var summen av definerte daglige doser (DDD), antall involverte forskrivere, og antall brukte forskjellige typer benzodiazepiner.

Metode: Kvantitativ metode er brukt i denne studien, og bygger på forholdet mellom nasjonale reseptdata og pasientadministrative data. Dette utgjør totalt 5380 observasjoner, knyttet til pasienter med KOLS-diagnose som var innlagt i norske sykehus i løpet av 2009.

Funn: Av disse 5380 KOLS-pasientene ble (69%) dispensert for benzodiazepiner i løpet av de følgende 12 månedene. Resultatene viser også at det er mer sannsynlig at kvinner bruker benzodiazepiner for alle doseringsnivåer, konsulterer flere forskrivere og bruker flere medisinerings typer. Det kommer også frem at planlagte innleggelser øker ikke bare risikoen for bruk av disse legemidlene (DDD), men også antall forskrivere og hvilke typer benzodiazepiner som er i bruk.

«A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in COPD» (Hynninen, Bjerke, Pallesen, Bakke, & Nordhus, 2010)

Formål: Undersøke effekten av kognitiv atferdsterapi (CBT) på klinisk signifikante symptomer på angst og depresjon hos KOLS-pasienter i KOLS-poliklinikker, sammenlignet med forbedret standardomsorg. En annen hensikt var også å undersøke eventuelle effekter av alder og kjønn ved endring i symptomer på angst og depresjon hos disse pasientene.

Metode: Gjennom en randomisert kontrollert studie ble kognitiv atferdsterapi sammenlignet med forbedret standardomsorg. Deltakerne i studien ble fulgt opp i 2-8 måneder fra baseline. Målinger av søvn og helsetilstand ble inkludert som sekundære utfall.

Funn: Resultatene viste at kognitiv atferdsterapi viste bedring i symptomer på angst og depresjon, med effektstørrelser på henholdsvis 1,1 og 0,9 etter etterbehandling. Det viste ingen vesentlig endring i kontrollgruppen. Et annet resultat var at kvinner sammenlignet med menn, hadde høyere symptomnivåer i hele studietiden. Også yngre pasienter viste å ha mer angst og depresjon. Samtidig viste at alder hadde noe å si for effekten på endring i depressive symptomer. Endringer i helsetilstand og søvn var små i begge gruppene.

5. Drøfting

5.1. Medikamentell eller ikke-medikamentell behandling?

Som sykepleier har man ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleieforbund, 2011) et ansvar for å utøve sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom hos pasienter. I de aller fleste tilfellene jeg opplevd, har KOLS-pasienter, både i hjemmetjenesten og i sykehus, blitt behandlet medikamentelt for et angstanfall. Under angstanfallet har de blitt beroliget av sykepleier, eller meg selv, på en slik måte som har gjort at de har fått tilbake kontrollen over pusten. De aller fleste kvinnene har i ettertid bedt om beroligende og/eller angstdempende legemidler, noe jeg sjeldent opplever med menn. Jeg støtter meg her til studien til Halvorsen og Martinussen (2015), der det kommer frem at kvinner har et høyere forbruk av benzodiazepiner. Til tross for den høye bruken av disse legemidlene, har jeg opplevd at sykepleierens måte å berolige pasientene på ofte er god nok hjelp i seg selv.

5.2. Tilstrekkelig informasjon, kunnskap og opplæring

De gangene jeg har sett et angstanfall hos en KOLS-pasient, har det vært svært ubehagelig. Følelsen av å ikke få nok luft ser ut som å få pasienten til å glemme alt rundt seg og alt det hun eller han kan om sin egen situasjon. Som sykepleier er man pliktig til å informere pasienten om sin sykdomstilstand, og man har som pasient en rett til informasjon om akkurat dette (Helsepersonelloven, 1999, § 10; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; § 3-2). Dette gjenspeiles også i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk Sykepleieforbund, 2011), i tillegg til det som kommer frem i praksis. Jeg har opplevd at sykepleiere er flinke til å informere pasienten om situasjonen sin, behandling og årsaker. Jeg har sett at pasienter nikker med og fremstår om de har forstått all informasjonen han eller hun har blitt fortalt. Det jeg ikke like ofte opplever, er at pasientene blir spurt om de faktisk forstår informasjonen som blir gitt. Av erfaring har jeg opplevd at hos mange av de som er innforstått med informasjonen, har de klart å bedre håndtere angstanfallene selv. I de nevnte lovene og retningslinjene er det gitt at helsepersonell og sykepleiere skal forsikre seg om at pasienten har forstått den gitte informasjonen (Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Norsk Sykepleieforbund, 2011).

Når mennesker med KOLS opplever et angstanfall, ser man viktigheten av akkurat dette. En gang jeg var på besøk hos en pasient i hjemmetjenesten, møtte jeg pasienten sittende på kjøkkenstolen hvesende etter pusten og panikk i øynene. Jeg satte meg ned på kne, og med korte og konsise setninger, tydelig kroppsspråk og ro, fortalte jeg pasienten hva han skulle gjøre for å roe ned pusten.

Selv om pasienten egentlig visste hva han skulle gjøre ved et slik angstanfall, var det tryggheten av at det var noen sammen med ham som også hadde kunnskap som hjalp ham. Jeg støtter meg her til Hjalmarsen (2012, s. 98), som sier at dersom pasienten har informasjon og tilstrekkelig kunnskap om sykdommen, vil dette påvirke pasientens reaksjon på sykdommen betydelig, i tillegg til å gjøre det enklere å takle sykdommen. På den andre siden, vil mangelfull informasjon eller det å ikke ha tilstrekkelig informasjon føre til en økning i angst- og depresjonsnivå (Hjalmarsen, 2012, ss. 98-99).

Samtidig viser dette erfaringsseksempelet viktigheten av at helsepersonellet har kunnskap om sykdommen og dens komplikasjoner. Dette er i tråd med Helsedirektoratet (2012), som får frem at man som sykepleier skal ha grunnleggende kunnskaper om lungenes fysiolog og anatomi, kunnskap om KOLS, blant annet medikamentell og ikke-medikamentell behandling og oppfølging, og å pleie og veilede pasienten ved dyspné (Helsedirektoratet, 2012). Gjennom erfaringer har jeg opplevd at kunnskap hos sykepleiere er svært nødvendig, blant annet i denne situasjonen. Personlig opplevde jeg mestring på grunnlag av at jeg hjalp pasienten på bakgrunn av den kunnskapen jeg har. Dette er i tråd med Hardy et al. (2014), der sykepleierne opplevde en betydelig økning i selvtillit og kunnskap fordi de hadde fått god opplæring og fornyet kunnskap på i forkant av studien. Jeg støtter meg også både til Helsedirektoratet (2012) og Hummelvoll (2018, s. 164), som sier at for å hjelpe mennesker rammet av angst eller panikk, må behovet for trygghet, sikkerhet og kunnskap om angst være dekket.

5.3. Mestringsstrategier

Av erfaring vet jeg at pasienter har ulike mestringsstrategier, alt etter som hva som passer dem selv. De fleste pasienter jeg har møtt i praksis, har utviklet en mestringsstrategi som hjelper dem med å møte vanskelige problemer i hverdagen. Disse mestringsstrategiene har de utviklet på bakgrunn av kunnskapen de har opparbeidet seg gjennom livet, ved å kjenne seg selv om hvordan de reagerer på ulike faktorer. De har også fått gode råd, kunnskaper, veiledning og opplæring av helsepersonell. Jeg har spesielt lagt merke til at de som har funnet seg gode mestringsstrategier og hadde troen på egen mestringssevne, var mindre preget av angst og depresjon enn de som ikke hadde funnet slike problemorienterte mestringsstrategier. Dette kan relateres til studien til Haejung et al. (2013), som viser at et høyere kunnskapsnivå av sykdommen sammen med troen på egenmestring, har en positiv effekt på problemorienterte mestringsstrategier. Disse menneskene med viste å ha færre symptomer på både angst og depresjon (Haejung, Ju Young, Inah, & Young-Hee, 2013). Hummelvoll (2018, s. 169) får frem viktigheten av undervisning om hvordan man kan møte angst på. Reduksjon av stress og øking av mestringspotensialet relatert til angstopplevelsene er eksempler på dette (Hummelvoll,

2018, s. 169). Andenæs (2017, ss. 217-221) er også med på å understreke viktigheten av at sykepleiere bør hjelpe KOLS-pasienter med angst med å utvikle en problemorientert mestringsstrategi. Den bør baseres på sykepleierens og pasientens kunnskap og erfaring, som gjør at de kan håndtere symptomene ved begge disse diagnosene (Andenæs, 2017, ss. 217-221).

5.4. Kognitiv atferdsterapi

Omtrent alle personene med KOLS jeg har møtt har hatt en form for angst, enten mild, moderat eller alvorlig. Av erfaring kan jeg si at etterspørselen kognitiv atferdsterapi som behandlingsform er stor, både hos personer med kroniske sykdommer som KOLS men også for andre. Heslop et al. (2014) får frem i sin studie at antall sykepleiere med kunnskap om kognitiv atferdsterapi er for lav. Selv om denne behandlingsformen ikke tar del i en sykepleiers grunnutdannelse, er det viktig at sykepleiere kjenner til den og vet hvordan den fungerer. Dette er i tråd med Hummelvoll (2018, s. 122), som mener at man trenger opplæring, men behandlingsformen er relativt enkel å lære og å ta i bruk. Coventry et al. (2015) fant i sin studie at kognitiv atferdsterapi brukt som psykologisk intervensjon var den beste psykologiske metoden å bruke for å redusere angst hos personer med KOLS. Også Hynninen et al. (2010) får frem at kognitiv atferdsterapi er den beste formen for mental behandling for personer med KOLS. Dersom sykepleiere får muligheten til å bli kurset eller opplært, kan de bidra til at flere pasienter får hjelp til å mestre angst i hverdagen.

Selv om kognitiv behandlingsterapi retter seg mer mot behandling av angst enn behandling av KOLS, kan det likevel fungere som behandling for begge deler. Jeg støtter meg her til studien til Hynninen et al. (2010), da den viser at denne behandlingsformen har positiv effekt på angst hos KOLS-pasienter, i forhold til kontrollgruppen som ikke gjennomførte kognitiv atferdsterapi. Ifølge Mikkelsen et al. (2004), kan man ved å gjøre pasienten bevisst på egen kropp og reaksjon ved pust og avslapning, fremme en mer adaptiv kognitiv stil, samt identifisere automatiske tanker som oppstår ved et angstanfall. Dette er i tråd med Hjalmarsen (2012, s. 144), og pasienten kan dermed ta bedre kontroll over angsten som oppstår ved dyspné, og behandlingen viser effekt.

Jeg spurte en gang en bruker i hjemmetjenesten som hadde KOLS og var svært preget av angst, om hun hadde prøvd kognitiv atferdsterapi som behandling for angsten sin. Det hadde hun ikke. En stund senere fikk jeg vite at hun hadde prøvd ut dette, og med hjelp av et samarbeid med blant annet sykepleiere hjemmetjenesten og i kommunens psykiske helseteam, hadde livskvaliteten økt kraftig fordi hun bedre klarte å mestre angsten sin. Teknikkene som brukes identifiserer og korrigerer dysfunksjonelle tankemønstre og atferder. Selv om disse vanligvis ikke viser resultat før etter lang tid,

vil man etter hvert utvikle mestringsstrategier (Hummelvoll, 2018, ss. 122-123). Dette er i tråd med Heslop et al. (2014), som får frem at mestringsstrategiene påvirkes av pasientens oppfatning av både sykdom, atferd og både medikamentell og ikke-medikamentell behandling. Når man etter hvert tilegner seg kunnskap om sine egne reaksjoner på sykdom og hvordan de påvirker seg selv, kan mestringsstrategiene ta form (Heslop, 2014). Dette er i tråd med studien til Haejung et al. (2013), der argumenterer for at kunnskap om egen sykdom og tro på egenmestring påvirker mestringsstrategiene pasientene utvikler.

5.5. Fysisk aktivitet og trening

Som Coventry et al. (2015) får frem i sin studie, er kognitiv atferdsterapi den beste psykologiske intervensjonen å bruke hos personer med KOLS og angst. Til tross for dette, påpeker de at det finnes andre ikke-psykologiske intervensjoner som har bedre effekt enn kognitiv atferdsterapi på de samme pasientene. Dette er blant annet fysisk aktivitet og trening (Coventry, et al., 2015).

Av erfaring vet jeg at mange av brukerne med KOLS og angst i hjemmetjenesten trekker seg vekk fra fysisk aktivitet og trening. De sier at hovedgrunnen til dette er dyspné, for ikke å snakke redselen av å bli så tung i pusten at de ikke kan få nok luft. De orker rett og slett ikke å ta del i det sosiale livet utenfor sitt eget hjem, i frykt av et angstanfall. Dette gjør at de isolerer seg hjemme, som igjen gir en økt følelse av ensomhet. Jeg støtter meg her til Birkeland (2013), som trekker frem en negativ ringvirkning av at ensomhet, angst og isolering forsterker hverandre. Solberg (2018) får frem at ved å holde den fysiske formen ved like, ved hjelp av fysisk aktivitet og trening, blir det enklere å utføre daglige aktiviteter, samtidig som man kan lære å bedre mestre angst. Dette har jeg selv erfart i praksis. De personene med KOLS som var mer fysisk aktive enn andre, var tydeligere mindre preget av angst og de ga uttrykk for å ha en økt livskvalitet i forhold til før.

Min bestefar med KOLS sykler på trimsykkel hver dag i ti til 20 minutter. Han sier at dette er en måte for han å opprettholde hans fysiske form og kondisjon, og gjør det enklere for han å mestre daglige aktiviteter både hjemme og utenfor hjemmet. Det gjør også at han er klar over at det skal mer til før han blir tung i pusten og eventuelt et angstanfall. Dette er i tråd med Hjalmarsen (2012, s. 66), om at trening av underekstremitetene og kondisjon gir størst gevinst. I studien til Coventry et al. (2015) kommer det frem at strukturert trening reduserer både angst- og depresjonssymptomer hos KOLS-pasienter på kort sikt, og er mer effektiv enn andre livsstilsintervensjoner og psykologiske atferdsintervensjoner, sammenlignet med vanlig pleie. De får også frem av trening kan ha eventyrlyste effekter på den psykiske helsen hos personer med KOLS, til og med de svært alvorlig

angst eller deprejjon (Coventry, et al., 2015). Dette har jeg selv erfart i praksis, da mange pasienter med KOLS og angst har etter kort tid med fysisk aktivitet og trening, hatt en merkbar reduksjon i graden av angst.

Jeg har erfart at å motivere noen til å drive med fysisk aktivitet som er i dårlig fysisk form, kan være en svært utfordrende oppgave. Ivarsson og Ortiz (2016, s. 42) trekker frem at helsepersonell skal støtte og styrke pasientens mestringsstillit og motivere til å klare så mye som mulig selv, til tross for anstrengelsene. Her spiller pasientenes resiliens en stor rolle. En person trenger en drivkraft for å kunne møte belastninger (Haugan & Rannestad, 2018, s. 141). I dette tilfellet er belastningene angst ved dyspné. Coventry et al. (2015) får frem i sin studie at råd og rådgivning er effektive metoder for å fremme økt fysisk aktivt for mennesker med langvarige kroniske sykdommer. I praksis har jeg erfart at råd og rådgivning alene ikke er nok, men også sosial støtte er positivt assosiert med problemorienterte mestringsstrategier. Jeg støtter meg her til Haejung et al. (2013). I praksis har jeg erfart at KOLS-pasienter synes det er mer motiverende å drive med fysisk aktivitet når man er sammen med noen som støtter og motiverer deg, enn om man er alene.

Lungerehabilitering synes å ha en positiv effekt på pasienter med KOLS og angst. Jeg støtter meg her til Mikkelsen et al. (2004), som sier at pasienter får bedre treningstoleranse, livskvalitet og mindre dyspné ved hjelp av psykoutdanning, progressiv trening og trenings av luftveisfunksjon. Til tross for dette, kommer det frem av resultatene i studien til Hardy et al. (2014) at alvorlig angst eller depresjon forhindret henvisningene til lungerehabilitering, mens ved mild til moderat grad fant henvisningene fortsatt sted. De påpeker også at når lungerehabiliteringstilbudet er såpass dårlig, er det bra at to tredjedeler av pasientene i studien takket ja til å delta. Dersom sykepleiere er klar over denne behandlingsformen og kan informere pasientene om den, kan lungerehabilitering være et bra tiltak for personer med KOLS for å mestre angst.

Jeg fikk min bestefar med KOLS til å laste ned den nylanserte appen «Pust deg bedre», for å teste ut effekten av den, etter at jeg gav ham en innføring i bruken av den. Ved at sykepleiere kjenner til denne appen, kan vise til pasienter og dermed instruere og vise pasientene hvordan man skal gjøre, kan pasienten enklere håndtere dyspné selv under et eventuelt angstanfall, fordi informasjonen og instruksjonene er såpass enkel og lett tilgjengelig. Jeg støtter meg her til Hardy et al. (2014), som får frem i sin studie at når sykepleiere informerer godt nok og har god kjennskap til kunnskapen, føler et flertall av pasienter seg mer selvsikre og involverte i omsorgen, og de er mer motiverte til selvledelse. Dette relaterer jeg også til min bestefar. Han har i ettertid fortalt meg at når han en sjelden gang opplever angst ved dyspné, finner han frem appen og tar den i bruk.

6. Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke hvordan personer med KOLS kan mestre angst i hverdagen, og hvordan dette kan gjøres fra et sykepleiefaglig perspektiv. Funnene i litteraturstudien presiserer og understøtter viktigheten av fysisk aktivitet og trening, kognitiv atferdsterapi og tilstrekkelig kunnskap, informasjon og opplæring hos både pasient og sykepleier, for personer med KOLS som også har angst. Det er lagt vekt på alle grader av angst og KOLS, ikke bare mild eller alvorlig. Litteraturstudien åpner opp for muligheten av å benytte ikke-medikamentelle tiltak og behandlingsformer, og ikke bare medikamenter for behandling av angst hos personer med KOLS. Det kom frem av studier at disse tiltakene og behandlingsformene har positiv effekt på både angst og depresjon, og noen i tillegg til selve KOLS-diagnosen. Det at sykepleier viser og overfører egen kunnskap om dette, mestring og motivasjon, er med på å videreføre motivasjonen til pasientene, og hjelper dem med å utvikle mestringsstrategier til å håndtere og bedre mestre angstanfall.

Av egen personlig erfaring har jeg opplevd at fysisk aktivitet og trening og tilstrekkelig kunnskap, informasjon og opplæring har positiv effekt hos KOLS-pasienter for å mestre angst, noe det også finnes en god del forskning på. Kognitiv atferdsterapi har vist å fungere på selve angsten, men jeg ønsker at dette blir mer forsket på, slik at man som sykepleier kan tilegne seg mer kunnskap om dette.

Bibliografi

- Andenæs, R. (2017). Å leve med lungelidelser. I E. Gjengedal, & B. R. Hanestad, *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursendring* (ss. 208-232). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Aarre, T. F. (2018). *Psykatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Axelson, B. L. (2010). *Førluster. Om sorg og livsomstilling*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Bakkeland, J., Thorsen, B. H., Almås, H., Sorknæs, A. D., & Grønseth, R. (2016). Sykepleie ved lungesykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås, *Klinisk Sykepleie 1* (ss. 117-182). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Birkeland, A. (2013, Mai 9). *Eldre, ensomhet og hjemmesykepleie*. Hentet fra Sykepleien: 10.4220/sykepleienf.2013.0049
- Brodtkorb, K. (2016). Respirasjon og sirkulasjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk Sykepleie* (ss. 375-389). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bugge, P. (2018). Angstlidelser. I T. F. Aarre, *Psykatri for helsefag* (ss. 163-198). Bergen: Fagbokforlaget.
- Bugge, P., & Farshbaf, M. (2018). Psykoterapi. I T. F. Aarre, *Psykatri for helsefag* (ss. 69-84). Bergen: Fagbokforlaget.
- Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (1988). *Unending work and care: managing chronic illness at home*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Coventry, P. A., Bower, P., Keyworth, C., Kenning, C., Knopp, J., Garrett, C., . . . Dickens, C. (2015, April 5). *The Effect of Complex Interventions on Depression and Anxiety in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Systematic Review and Meta-Analysis*. Hentet fra PLOS ONE: doi:10.1371/journal.pone.0060532
- Dalland, O. (2019). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Di Marco, F., Verga, M., Reggente, M., Casanova, F. M., Santus, P., Blasi, . . . Centanni, S. (2006, Mars 15). *Anxiety and depression in COPD patients: The roles of gender and disease severity*. Hentet fra Respiratory Medicine: <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2006.01.026>
- Eggen, I. (2018). Vold i nære relasjoner fra en pasients perspektiv. I M. B. Hagen, A. B. da Silva, & M. I. Thelle, *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid* (ss. 122-136). Oslo: Universitetsforlaget.
- Erikson, M. G. (2015). *Riktig Kildebruk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Gjengedal, E., & Hanestad, B. R. (2007). *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursendring*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Haejung, L., Ju Young, Y., Inah, K., & Young-Hee, J. (2013, August 25). *The effects of personal resources and coping strategies on depression and anxiety in patients with chronic obstructive pulmonary disease*. Hentet fra Heart & Lung: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.07.009>
- Halvorsen, T., & Martinussen, P. (2015, Mai 25). *Benzodiazepine use in COPD: empirical evidence from Norway*. Hentet fra Dovepress: <https://doi.org/10.2147/COPD.S83107>
- Hardy, S., Smart, D., Scanlan, M., & Rogers, S. (2014). *Integrating psychological screening into reviews of patients with COPD*. Hentet fra British Journal of Nursing: DOI: 10.12968/bjon.2014.23.15.832
- Haugan, G., & Rannestad, T. (2018). Helsefremmende sykepleie i spesialist- og helsetjenesten. I Å. Gammersvik, & T. B. Larsen, *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (ss. 135-156). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helse Førde. (2020, April 15). *Helse Førde lanserer app for lungesjuka*. Hentet fra Helse Førde: <https://helse-forde.no/nyhende/helse-forde-lanserer-app-for-lungesjuka>
- Helsedirektoratet. (2012, November). *Kols. Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging*. Hentet fra Helsedirektoratet: https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kols/Kols%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20og%20veileder%20for%20forebygging,%20diagnostisering%20og%20oppfølging.pdf/_/attachment/inline/e974222b-9d84-4358-84d5-9dd57b090786:ce015dd544648e3ae7bc437
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Heslop, K. (2014). *Non-pharmacological treatment of anxiety and depression in COPD*. Hentet fra Nurse Prescribing: DOI:10.1186/1471-2296-12-10
- Hjalmarsen, A. (2012). *Lungerehabilitering – KOLS og andre lungesykdommer*. Litauen: Cappelen Damm Akademisk.
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), ss. 621-32.
- Hummelvoll, J. K. (2018). *Helt - ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Hynninen, M. J., Bjerke, N., Pallesen, S., Bakke, P. S., & Nordhus, I. H. (2010, Mars 25). A *randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in COPD*. Hentet fra Respiratory Medicine: doi:10.1016/j.rmed.2010.02.020
- Ivarsson, B. H., & Ortiz, L. (2016). *MI - Motiverende Samtaler*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (2016). *Geriatrisk Sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Landsforeningen for hjerte- og lungesyke. (2019, Juni 7). #13. *KOLS Podkast episode*. Hentet fra Helsepodden LHL: <https://www.lhl.no/podkast/>
- Magnus, P., & Bakketeig, L. S. (2000). *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Markussen, K. (2019, Desember 22). *Kols gir angst*. Hentet fra Sykepleien: <https://sykepleien.no/forskning/2009/05/kols-gir-angst>
- Martinsen, E. W. (2011). *Kropp og sinn (fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi)*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Mikkelsen, R. L., Middelboe, T., Pisinger, C., & Stage, K. B. (2004, Februar). *Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review*. Hentet fra Nordic Journal of Psychiatry: DOI:10.1080/08039480310000824
- Mjell, J. (2014). Sykdommer i respirasjonsorganene. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo, *Sykdom og behandling* (ss. 209-242). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nemiah, J. C. (1981). *Symptomene og det ubevisste*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk Sykepleieforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra Norsk Sykepleieforbund: <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>
- Oksholm, T. (2015). Sykepleie til pasienter med lungesykdommer. I U. Knutstad, *Utøvelse av klinisk sykepleie* (ss. 227-276). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om Pasient- og brukerrettighet (LOV-1999-07-02-63)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Raherison, C., Tillie-Leblond, I., Prudhomme, A., Taillé, C., Biron, E., Nocent-Ejnaini, C., . . . Ostinelli, J. (2014, Februar 20). *Clinical characteristics and quality of life in women with COPD: an observational study*. Hentet fra BMC Women's Health: doi:10.1186/1472-6874-14-31

- Refvem, O. K. (2019, Mars 20). *Kols – Kronisk obstruktiv lungesykdom*. Hentet fra LHL - Landsforeningen for hjerte- og lungesyke:
<https://www.lhl.no/lungesykdommer/kols/>
- Slettebø, Å. (2017). Forskningsetikk. I B. S. Brinchmann, *Etikk i sykepleien* (ss. 241-258). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Solberg, S. H. (2018, Juni 25). *Alle med KOLS kan trene*. Hentet fra LHL:
<https://www.lhl.no/et-sunnere-liv/alle-med-kols-kan-trene/>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Varol, Y., Çimen, P., Ünlü, M., Halilcolar, H., & Güclü, S. Z. (2017, Februar 27). *Sex-related differences in COPD Assessment Test scores of COPD populations with or without significant anxiety and/or depression*. Hentet fra Turkish Journal of Medical Sciences: doi:10.3906/sag-1509-60

Vedlegg 1

P	Population/patient/problem	Kols-pasienter
I	Intervention	Angst/depresjon
C	Comparison	
O	Outcome	Mestring

Vedlegg 2

Norske søkeord	Engelske søkeord
Kols / kronisk obstruktiv lungesykdom	COPD – chronic obstructive pulmonary disease – COAD – Chronic Obstructiove Airway Disease – Chronic Obstructive Lung Disease – Airflow Obstruction, Chronic – Airflow Obstructions, Chronic – Chronic Airflow Obstruction – Chronic Airflow Obstructions
Pasient	Patient – Patients – Client – Clients
Angst	Anxiety – Hypervigilance – Nervousness – Social Anxiety – Anxieties, Social, Anxiety, Social, Sosial Anxieties
Depresjon	Depression – Depressions – Depressive Symtpoms – Depressive Symtpom – Sympom, Depressive – Symtpoms, Depressive – Emotional Depression – Depression, Emotional – Emotional Depressions
Mestring	Coping – Cope – Coping strategy – Coping mechanism – Coping skills
Ikke-medikamentell	Non-pharmacological – non-pharmaceutical
Hjemmetjeneste	Homecare – Home care – Home health – Homehealth – Home care nursing – Home health nursing

Vedlegg 3

Søk nr.	Søkemotor	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgt ut
1	Chinal with full text, Medline, ERIC og Academic Search Elite	«Patient* AND Anxiet* OR Depression* AND COPD OR chonical obstructive pulmonary disease»	«Academic Journals»	4798	7 stk.
2	Chinal with full text, Medline, ERIC og Academic Search Elite	«Patient* AND Anxiet* OR Depression* AND COPD OR chonical obstructive pulmonary disease»	«Academic Journals», alder over 65 år, og publikasjonsdato 2010-2020	1240	0 stk.
3	Chinal with full text, Medline, ERIC og Academic Search Elite	«Patient* AND Anxiet* OR Depression* AND COPD OR chonical obstructive pulmonary disease AND cope OR coping OR coping strategy»	«Academic Journals», alder over 65 år, og publikasjonsdato 2010-2020	96	1 stk.
4	Chinal with full text, Medline, ERIC og Academic Search Elite	«Patient* AND Anxiet* OR Depression* AND COPD OR chonical obstructive pulmonary disease AND cope OR coping OR coping strategy AND non-pharmalogical OR non-pharmaceutical»	«Academic Journals», alder over 65 år, og publikasjonsdato 2010-2020	1	0 stk.
5	Chinal with full text, Medline, ERIC og	«Patient* AND Anxiet* OR Depression* AND COPD OR chonical obstructive pulmonary disease AND cope OR coping OR	«Academic Journals» , alder over 65 år, og publikasjonsdato 2010-2020	3	0 stk.

	Academic Search Elite	«coping strategy AND home care OR home health»			
6	Chinal with full text, Medline, ERIC og Academic Search Elite	«Patient* AND Anxiet* OR Depression* AND COPD OR chronic obstructive pulmonary disease AND cope OR coping OR coping strategy AND communica* OR motivational interviewing »	«Academic Journals», alder over 65 år, og publikasjonsdato 2010-2020	4	0 stk.
7	Chinal with full text, Medline, ERIC og Academic Search Elite	«Patient* AND Anxiet* OR Depression* AND COPD OR chronic obstructive pulmonary disease AND man OR men AND woman OR women»	«Academic Journals», alder over 65 år, og publikasjonsdato 2010-2020	286	1 stk.
8	Chinal with full text, Medline, ERIC og Academic Search Elite	«Patient* AND Anxiet* OR Depression* AND COPD OR chronic obstructive pulmonary disease AND man OR men AND woman OR women»	«Academic Journals», alder over 65 år, og publikasjonsdato 2010-2020, Europa	24	1 stk.
9	Chinal with full text, Medline, ERIC og Academic Search Elite	«Patient* AND Anxiet* OR Depression* AND COPD OR chronic obstructive pulmonary disease AND man OR men AND woman OR women, AND Norway OR Norwegian»	«Academic Journals», alder over 65 år, og publikasjonsdato 2010-2020, Europa	7	0 stk.
10	Chinal with full text, Medline, ERIC og	«Patient* AND Anxiet* OR Depression* AND COPD OR chronic obstructive pulmonary disease AND man OR men AND	«Academic Journals», alder over 65 år, og publikasjonsdato 2010-2020, Europa	20	4

	Academic Search Elite	woman OR women AND Scandianiva*»			
--	--------------------------	-------------------------------------	--	--	--



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	14-06-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	15-06-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie		
SIS-kode:	203 SK152 1 O 2020 VÅR		
Intern sensor:	Anne-Margrethe Hjertenes		

Deltaker

Naun:	Trine Sølberg Vedvik
Kandidatnr.:	357
HVL-id:	573431@hvl.no

Informasjon fra deltaker

Sideantall *:	36		
Antall ord *:	6878		
Sett hake dersom besvarelsen kan brukes som eksempel i undervisning?:	Ja	Egenerklæring *:	Ja
Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på utnemålet mitt *:	Ja	Jeg bekrefter innlevering til biblioteket *:	Ja

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei