



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9-H-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	13-05-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	27-05-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSS9 1 H 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	452
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7999
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	21
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



BACHELOROPPGAVE

Ut av den vonde sirkelen
- mestring av KOLS-relatert angst

Out of the vicious circle
- coping with COPD-related anxiety

Kandidatnummer: 452

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato 27.05.2022

Antall ord: 7999

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

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

ABSTRACT

Background:

A large part of people with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) also suffers from a variation of anxiety. Anxiety often goes undiagnosed and therefore also untreated. Because of this, a lot of the patients become isolated and keep to themselves in order to avoid stressful situations and panic attacks.

Aim

The aim of this literature study is to shed light on research based non-pharmaceutical means that nurses can implement in order to help patients cope with COPD-related anxiety.

Method

This is a literature study. Scientific articles have been discussed in regard to other relevant specialized literature, in addition to Benner and Wrubel's theory of care.

Results

Throughout this study, it becomes clear that non-pharmaceutical means as pulmonary rehabilitation, psychoeducation and cognitive behavioral therapy (CBT) are highly important. These treatment forms contribute to improve COPD-patients management of their illness related to anxiety in everyday life. A combination of multiple elements from the three forms has shown to have good effect on reducing anxiety. Interventions that often is used are physical training, lessons about the illness and triggers for anxiety, as well as thought process and behavioral changes in the context of stressful situations.

Summary/Conclusion

Patient with COPD have a large need for physiological support to manage everyday life. Pulmonary rehabilitation is well designed in Norway and presented studies support the positive effect the program has on COPD-related anxiety. Research also shows that both psychotherapy and CBT have a positive effect on the anxiety itself. There is a need for more research before implementing these treatment forms for COPD-related anxiety.

Keywords

COPD, anxiety, coping, non-pharmaceutical, pulmonary rehabilitation, psychoeducation, cognitive behavioral therapy

INNHALDSFORTEGNELSE

1. Innledning	4
1.1 Introduksjon	5
1.2 Problemstilling og problemformulering	6
1.2.1 Presisering og avgrensning av problemstillingen	6
1.3 Oppgavens hensikt	6
2. Teori	7
2.1 Kronisk obstruktiv lungesykdom	7
2.1.1 Behandling.....	9
2.5 Angst og dyspné	10
2.5.1 Kartlegging av angst.....	12
2.6 Mestring	12
2.7 Benner og Wrubels omsorgsteori	13
2.7.1 Stress og Mestring	14
2.7.2 Sykepleie.....	14
3. Metode	14
3.1 Litteraturstudie som metode	14
3.2 Søkeprosess og funn	15
3.2.1 Databaser	16
3.2.2 søk etter annen litteratur	16
3.3 Analyse og syntese	16
3.4 Kildekritikk og kvalitetsvurdering	17
3.5 Etske overveielser	18
4. Resultat	18
4.1 Lungerehabilitering	18
4.2 Psykoedukasjon	20
4.3 Kognitiv atferdsterapi	21
5. Diskusjon	23
5.1 Metodediskusjon	23
5.2 Resultatdiskusjon	24
5.2.1 Lungerehabilitering.....	24
5.2.2 Psykoedukasjon	26
5.2.3 Kognitiv atferdsterapi	28
6. Avslutning	29

Referanser	31
Vedlegg I PICO	35
Vedlegg II PRISMA Flow	36
Vedlegg III Søkehistorikk.....	37
Vedlegg IV Samleskjema	38
Vedlegg V Styrkeskjema.....	38

Tabell I *Liste med kort forklaring av relevante begreper (s.7)*

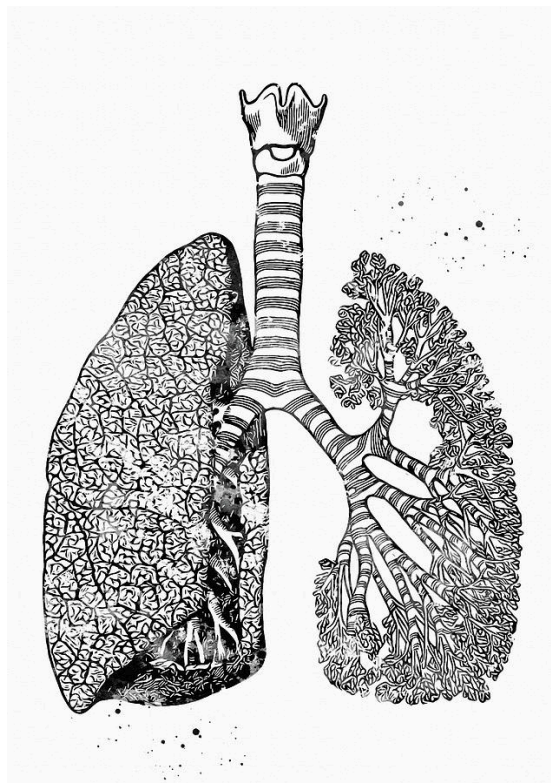
Tabell II *Klassifisering av KOLS etter Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (s.8)*

Tabell III *Oversikt over internasjonale retningslinjer for behandling av KOLS etter GOLD-klasser (s.9)*

Tabell IV *Liste over kartleggingsverktøy for angst med forkortelser (s.12)*

Tabell V *Inklusjon- og eksklusjonskriterier (s.15)*

Tabell VI *Oversikt over informasjon gitt til intervensjonsgruppen i He og Jiang (2012, s.412) (s.23)*



(Lungs Art 3., 2018, av Erzebet S)

<https://pixels.com/featured/lungs-art-3-erzebet-s.html>

Copyright © 2022 Pixels.com - All Rights Reserved

1. INNLEDNING

1.1 INTRODUKSJON

Tenk deg at du puster gjennom et sugerør og hvordan du da må kjempe for luften i hvert eneste åndedrag.

For mange pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er dette hverdagen. Følelsen av å ikke få tilstrekkelig med luft til lungene kan oppleves som en sakte kvelning. Å puste er en grunnleggende forutsetning for liv, og mangel på tilstrekkelig luft kan føre til blant annet bekymring, stress og dødsangst (Nordseth, 2020). Angst og følelsen av å ikke få nok luft er sterkt knyttet til hverandre, og det er her en vond selvforsterkende sirkel kan oppstå hos pasienter med KOLS og sykdomsrelatert angst (Bakkelund et. al., 2020, s.113).

Seks prosent av den norske befolkningen over 40 år lever med KOLS, og forekomsten øker med alderen (Folkehelseinstituttet, 2018). KOLS er en av de hyppigste årsakene til sykdom og dødsfall i Norge, og et økende folkehelseproblem i hele verden. Personer som lever med sykdommen opplever flere besværende symptomer som i mange tilfeller begrenser deres livskvalitet (Grundt & Mjell, 2019, s.239).

Kolspasienter har økt risiko for komorbiditet (Helsedirektoratet, 2012). De vanligste er hjerte- og karsykdommer, lungekreft, tap og dysfunksjon av skjelettmuskulatur, underernæring, vekttap, osteoporose, anemi og angst/depresjon (Helsedirektoratet, 2012). Sistnevnte er to av de minst behandelende komorbiditetene til KOLS. Samtidig kan behandling av angst og depresjon være avgjørende for å sikre mestring av hverdagen med KOLS (Grundt & Mjell, 2019, s.242-243).

Målet med behandlingen av KOLS er å bremse sykdomsprogresjon og sikre symptomestring (Bakkelund et al, 2020, s.135). Medikamenter som brukes for å forhindre forverring er korttids- og langtidsvirkende bronkodilaterende og glukokortikoider (Grundt & Mjell, 2019, s.242). Sentralt i sykepleie til pasienter med KOLS er også ikke-medikamentelle tiltak (Grundt & Mjell, 2019, s.241-242). Dette er en avgjørende del av behandlingen, men som ofte blir oversett. Sykepleie baserer seg på en helhetlig tilnærming, hvilket også inkluderer ivaretagelse av eventuelle medfølgende psykologiske faktorer. Patricia Benner og Judith Wrubel fremmer en holistisk tilnærming i sin omsorgsteori (Benner & Wrubel, 1989, s. 41-42). Omsorgsteorien har i tillegg fokus på stress og mestring. Deres

forståelse av denne sammenhengen kan benyttes i sykepleie til pasienter som opplever stress og angst knyttet til kolsdiagnosen.

Jeg ønsker med bakgrunn i dette å dykke dypere inn i hvilke tiltak som kan være hensiktsmessige i behandlingen av sykdomsrelatert angst hos kolspasienter, med fokus på ikke-medikamentelle tiltak.

1.2 PROBLEMSTILLING OG PROBLEMFORMULERING

Formålet med oppgaven er å undersøke hvilke ikke-medikamentelle tiltak som kan bidra til økt mestring av sykdomsrelatert angst hos pasienter med KOLS. Problemstillingen er som følger:

«Hvordan kan sykepleieres omsorg bidra til å redusere sykdomsrelatert angst og øke mestring hos pasienter med KOLS?»

Problemformuleringen blir som følgende: Hvilke ikke-medikamentelle tiltak reduserer angst og/eller øker mestring hos pasienter med KOLS?

1.2.1 PRESISERING OG AVGRENSNING AV PROBLEMSTILLINGEN

Pasienter med KOLS blir behandlet både i spesialhelsetjenesten og i primærhelsetjenesten. Jeg velger å inkludere begge arenaene uten å rette særlig fokus mot behandlingssted. Jeg har valgt å inkludere kolspasienter i alle stadier av sykdommen, uavhengig av alder og kjønn. Angst og depresjon oppstår ofte i kombinasjon, men i denne oppgaven velger jeg å vektlegge angstlidelser. Det vil ikke være fokus på andre komorbiditeter. Jeg velger å ha fokus på den ikke-medikamentelle sykepleiebehandlingen når jeg diskuterer tiltak mot angst hos personer med KOLS.

1.3 OPPGAVENS HENSIKT

Min motivasjon for temaet er å opparbeide forståelse av hvordan angst og dyspné kan affisere kolspasienter og hvordan utøve sykepleie til denne pasientgruppen. Jeg erfart hvor sårt det kan være når noen som står deg nær har utfordringer med angst knyttet til kolssykdom i den grad at det hemmer dagligdagse gjøremål. Jeg ønsker å bidra med mine erfaringer for å fremme tiltak som kan øke følelsen av mestring hos pasienter. I denne oppgaven skal jeg belyse forskningsbaserte tiltak som sykepleiere kan ta i bruk i arbeidet med kolsrelatert angst.

2. TEORI

Kapittelet vil beskrive vesentlige begreper, samt presentere sykepleieteorier som er sentrale for å besvare problemstillingen.

Begreper	Betydning
KOLS	Forkortelse for kronisk obstruktiv lungesykdom som er en samlebetegnelse for lungesykdommer der luftstrømmen blir hindret, med progredierende utvikling (Grundt & Mjell, 2019, s. 238-239).
Pasient	Jeg har valgt å bruke termen pasient ved omtale av mennesker med KOLS for å sikre samme begrepsbruk gjennomgående i oppgaven.
Omsorg	I denne oppgaven er omsorgsbegrepet basert på Benner og Wrubels beskrivelse. Den fremstiller omsorg som en måte å forholde seg til verden på, hvor personer, hendelser og ting har en betydning for et menneske (Benner & Wrubel, 1989, s.1-5).
Angst	Angstlidelser er en samlebetegnelse for tilstander hvor hovedsymptomet er angst (irrasjonell frykt) (Helsedirektoratet, 2017). Angst blir i denne oppgaven sett i sammenheng med redsel eller panikk for å ikke få puste.
Mestring	Å mestre vil i oppgaven henviser til at kolspasienter opplever tilfredsstillende livskvalitet til tross for sin sykdom.
Ikke-medikamentelle tiltak	Tiltak i et behandlingsforløp som ikke innebærer medikamenter.

Tabell I Liste med kort forklaring av relevante begreper.

2.1 KRONISK OBSTRUKTIV LUNGESYKDOM

Kronisk obstruktiv lungesykdom er et samlebegrep på sykdommer der luftstrømshindringen ikke er fullt reversibel (Grundt & Mjell, 2019, s.238-239). Sykdommen er vanligvis progredierende, og assosiert med en abnorm inflammatorisk respons på skadelige partikler eller gass (Grundt & Mjell, 2019, s.238-239). Den vanligste årsaken til KOLS er røyking.

Andre faktorer som kan forårsake sykdommen er inhalasjon av giftige kjemikalier eller kullstøv, eller arvelige tilstander (Helsedirektoratet, 2012).

Vanligste symptomer på KOLS er vedvarende hoste og varierende grad av dyspné (tungpust), eksempelvis ved hverdagslige aktiviteter som turgåing eller husarbeid. (Grundt & Mjell, 2019, s.240). Sykdommen kan føre til akutte, anfallsvis forverringer i pusten, såkalte eksaserbasjoner, som kan resultere i sykehusinnleggelser (Bakkelund et al., 2020, s.134).

KOLS deles i to hovedtyper, kronisk bronkitt og emfysem, og hovedtyngden av pasienter har en kombinasjon av disse (Grundt & Mjell, 2019, s.238-239). Kronisk bronkitt er definert som en tilstand med daglig produktiv hoste gjennom minst tre måneder, i to påfølgende år (Giæver, 2020, s.100). Tilstanden er karakterisert av økt sekretproduksjon og økt luftveismotstand. Emfysem er en unormal og permanent utvidelse av alveoler og respiratoriske bronkioler distalt for de terminale bronkiolene uten tegn til fibrose (Giæver, 2020, s.99). Utvidelsen av alveoler skjer ved at alveolene «smelter» sammen og danner færre og større alveoler. Dette resulterer i en redusert total alveoleoverflate, med nedsatt tilbakefjæringskraft. Tilstanden karakteriseres patofysiologisk ved økt respiratorisk luftveismotstand og redusert areal for gassutveksling (Bakkelund et al., 2020, s.133)

KOLS klassifiseres etter alvorlighetsgrad basert på spirometri og symptomer. Den internasjonale stadieinndelingen er utarbeidet av Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD).

Stadium	GOLD-klassifisering	Alvorlighetsgrad
Stadium 1	GOLD 1	Mild KOLS
Stadium 2	GOLD 2	Moderat KOLS
Stadium 3	GOLD 3	Alvorlig KOLS
Stadium 4	GOLD 4	Meget alvorlig KOLS

Tabell II *Klassifisering av KOLS etter Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)* (Grundt & Mjell, 2019, s. 240)

Vanlige symptomer ved GOLD 1 er hoste og slim i lungene. Ved GOLD 4, som er den alvorligste typen, er livskvaliteten oftest betydelig redusert, og forverringer kan være livstruende (Grundt & Mjell, 2019, s. 240).

2.1.1 BEHANDLING

Behandling av KOLS har som overordnet mål å begrense videre utvikling av sykdommen, lindre symptomer og bedre pasientens arbeidskapasitet og kondisjon (Grundt & Mjell, 2019, s.241). Som en del av behandlingen inngår det forebygging og behandling av forverringer og komplikasjoner. Behandlingen deles gjerne opp i medikamentell- og ikke-medikamentell behandling. Ifølge Helsedirektoratet (2012) er det vanlig å kombinere disse formene. Tabell III viser en oversikt over internasjonale retningslinjer for behandling av KOLS etter GOLD-klassifisering (Grundt & Mjell, 2019, s.242).

STADIUM	BEHANDLING
Stadium 1 (GOLD 1)	Bruk av korttidsvirkende bronkodilaterende midler ved behov. Unngå risikofaktorer (særlig tobakksrøyk). Anbefalt å ta influensavaksine.
Stadium 2 (GOLD 2)	Tillegg av ett eller flere langtidsvirkende bronkodilaterende midler til fast bruk. Ta del i rehabiliteringsprogram med pasientopplæring og treningsprogram.
Stadium 3 (GOLD 3)	Tillegg av glukokortikoider til inhalasjon ved gjentatte forverringer.
Stadium 4 (GOLD 4)	Tillegg av langtids oksygenbehandling ved kronisk respirasjonssvikt. Vurdering av kirurgisk behandling.

Tabell III Oversikt over internasjonale retningslinjer for behandling av KOLS etter GOLD-klassifisering (Grundt & Mjell, 2019, s.242).

Ifølge Helsedirektoratets retningslinjer for diagnostisering og behandling skal behandlende lege ordinere legemidler for å lindre symptomer, øke funksjonsnivå og redusere hyppighet av forverringer for å øke livskvalitet hos pasienter i stabil fase (Helsedirektoratet, 2012).

Medikamentene systematiseres i grupper med utgangspunkt i virkeområde. Første gruppe representerer medisiner som forebygger luftveisinfeksjoner. Denne gruppen innebærer blant annet årlig influensavaksine og vaksine hvert tiende år mot pneumokokker for å forebygge alvorlig pneumoni (Bakke & Grundt, 2018, s.169). Gruppe nummer to er medisiner som skal

lette respirasjonen. Slike medisiner utvider bronkiene og gjør det lettere for pasienten å puste. De mest sentrale medisinene er korttids- eller langtidsvirkende beta-2-agonister, antikolinerge midler og teofyllin (Grundt & Mjell, 2019, s. 242). Siste gruppe er inhalasjonssteroider (glukokortikoider) som demper slimproduksjonen og hevelse i slimhinnen. Slike medikamenter kombineres alltid med langtidsvirkende beta-2-agonister (Bakke & Grundt, 2018, s.169).

Ved utøvelse av sykepleie til pasienter er det svært viktig å kjenne til ikke-medikamentelle behandlingsalternativer (Helsedirektoratet, 2012). For kolspasienter som er aktive røykere er røykeslutt alltid en målsetting (Grundt & Mjell, 2019, s.241.). I retningslinjene til Helsedirektoratet (2012) nevnes lungerehabilitering, prinsipper ved fysisk aktivitet og trening ved KOLS, samt pusteteknikker og mobilisering av sekret som viktige ikke-medikamentelle intervensjoner. Rehabiliteringsprogram som innebærer fysisk trening og øvelser er viktig i den generelle behandlingen av KOLS. Av erfaring reduserer pasienter sin aktivitet grunnet dyspné ved bevegelse. Dette fører til en generelt dårligere kondisjon og fysisk form i denne pasientgruppen.

Nasjonale faglige retningslinjer for behandling av KOLS legger fram en sterk anbefaling om hva lungerehabilitering bør inneholde (Helsedirektoratet, 2012). Tverrprofesjonelt samarbeid vektlegges, eksempelvis bestående av lege, sykepleier og fysioterapeut (Helsedirektoratet, 2012). Andre profesjoner som også kan være nyttig å inkludere er ergoterapeut, klinisk ernæringsfysiolog, sosionom, arbeidsmedisiner og psykolog. Rehabiliteringen bør blant annet inkludere kartlegging av fysisk aktivitet og helse, samt grad av dyspné (Helsedirektoratet, 2012). Videre anbefales det fysisk trening som øker utholdenhet og muskelstyrke, vurdering av ernæringsstatus og veiledning i slimmobiliserende tiltak (Helsedirektoratet, 2012). Retningslinjene presiserer også fokus på psykoedukasjon. Dette inkluderer veiledning i legemiddelbehandling, økt kunnskap om egen sykdom, individuelt tilpasset opplæring som fremmer bedret helsesrelatert livskvalitet og fokus på å meste hverdagen.

2.5 ANGST OG DYSPNÉ

Angst er en tilstand som kan påvirke både følelser, kroppslige reaksjoner, tanker og atferd (Martinsen, 2021, s.115). Lidelsen kan gripe inn i følelseslivet til en person på en måte som gjør at alle andre følelser, tanker og handlinger blir overstyrt. I følge Yohannes et al. (2017,

s.1096.e1) lider mer enn 1 av 3 pasienter med KOLS av angstsymptomer med en klinisk betydning, som også forstyrrer daglige aktiviteter.

Angst fører til økt aktivitet i det sympatiske nervesystemet. Økningen gir symptomer som hjertebank, rask puls, svetting, svimmelhet, ubehag i magen, kvalme, opplevelse av ikke å få nok luft, anspenhet, skjelving og rastløshet (Martinsen, 2021, s.115). Symptomer på angst kan oppstå ved ulike situasjoner som et resultat av en trussel mot den enkeltes velvære, bekymring eller usikkerhet rastløshet (Martinsen, 2021, s.115). Følelser som ligger til grunn for angsten er individuelle og kan dermed oppleves ulikt hos forskjellige pasienter.

Det er vanlig å dele angstlidelser i kategorier ut fra når angstsymptomer oppstår (Martinsen, 2021, s.116). Hos pasienter med KOLS er det særlig panikkangst og generalisert angst som trekkes fram. Ved panikkangst forekommer panikkanfall som er plutselige anfall med raskt stigende angst eller ubehag, som videre følges av en rekke kroppslige reaksjoner som hjertebank, følelsen av ikke å få nok luft, smerter eller ubehag i brystet, skjelvinger og nummenhet i ekstremiteter (Martinsen, 2021, s.116). Dette kan resultere i hyperventilering og krisemaksimering, og det er ikke uvanlig at pasienten opplever redsel for eksempelvis å besvime, miste kontrollen eller å dø (Nordseth, 2020).

Ved generalisert angstlidelse er angsten mer generell og vedvarende (Martinsen, 2021, s.117).. Pasienten kan plages av bekymringer for hverdagslige hendelser slik som at en selv eller nære slektninger kan bli syk. Denne formen er mindre dramatisk utad, og symptomer er ikke like fremtredende. Pasienter kan oppleve nervøsitet, skjelvinger, muskelspenning, svetting, svimmelhet, hjertebank og ubehag i magen (Martinsen, 2021, s.117).

Panikkanfall er noe mange med fremskredet KOLS kan relatere til og kommer ofte som en følge av dyspné (Bakkelund et al., 2020, s.138). Pustebesvær og angst vil gjensidig forsterke hverandre, og det er dermed viktig som sykepleier å forebygge angst og utrygghet som en del av behandlingen for dyspné (Bakkelund et al., 2013, s.113; Bakkelund et al., 2020, s.170). Det er viktig å være oppmerksom på at pustebesvær kan være et symptom på angst og ikke alltid en forverring av KOLS. Samtidig må en tenke at et reelt pusteanfall kan føre til panikk eller andre symptomer på angst. Litteraturen presenterer ofte denne sammenhengen som «Angst-dyspné-angst»-sirkelen (Leader, 2021). Dette er et mønster som kan være vond og vanskelig å bryte, og for pasienten kan det oppleves håpløst fordi de ikke klarer å skille mellom faresignalene.

Angst og depresjon oppstår i allmennpraksis oftere i kombinasjon enn hver for seg (Martinsen, 2021, s.117). Depresjon og angst kan utvikles både som årsak til og konsekvens av hverandre. Når depresjon utvikles i etterkant skyldes det ofte isolasjon og funksjonstap som følge av angsten (Martinsen, 2021, s.117).

2.5.1 KARTLEGGING AV ANGST

Det er utformet en rekke ulike kartleggingsverktøy for å vurdere graden av angst hos pasienter. Kartleggingsverktøy er systematiserte spørreskjemaer som brukes som hjelpemidler for å sikre innhenting av relevant informasjon (Nortvedt & Grønseth, 2020, s.28-29).

Kartleggingsverktøy	Forkortelse
State-Trait Anxiety Inventory	STAI
Beck Anxiety Inventory	BAI
Hospital Anxiety and Depression Scale	HADS
Angstinventariet Respiratory	AIR
Emotional State	
Revised Symptom Checklist 90	RSC-90
Profile of Mood States	POMS-A
Patient Health Questionnaire	PHQ-9
General Anxiety Disorder	GAD-7
Hamilton Anxiety Rating Scale	HAM-A

Tabell IV Liste over kartleggingsverktøy for angst med forkortelser.

2.6 MESTRING

Mestring omhandler menneskets egenskap til å håndtere oppgaver eller utfordringer som vedkommende møter i livsløpet (Svartdal, 2018). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere nevner at sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienter (Norsk sykepleierforbund, 2019). Som sykepleier skal en bidra til økt mestring ved å styrke pasientens motivasjon, øke kunnskapen om kropp, helse, sykdom og konkrete ferdigheter som fremmer helsen og kan bidra til å forebygge sykdomsutvikling og komplikasjoner av allerede oppstått sykdom (Kristoffersen, 2017, s.19).

Mestring i følge Benner og Wrubel det personer gjør når betydninger blir forstyrret og jevn funksjon bryter sammen (Benner & Wrubel, 1989, s.408). De forklarer at mestring alltid er avgrenset av meningen og problemstillingene som ligger bak det som fører til stress. Benner og Wrubel vektlegger at pasienten selv opplever og handler ut ifra egen situasjon og egne forutsetninger (Konsmo, 1998, s.84). Videre beskriver de at mennesker sannsynligvis ivaretar noe som er viktig for dem selv, selv om det ikke umiddelbart er lett å se for en som står utenfor situasjonen (Konsmo, 1998, s. 84). En utdyping av Benner og Wrubels teori og syn på mestring presenteres følgende.

2.7 BENNER OG WRUBELS OMSORGSTEORI

Patricia Benner (født i 1934) og Judith Wrubel (født i 1942) er to amerikanske sykepleiere og sykepleieteoretikere. Benner er blant annet berømt for utgivelse av boken *From Novice to Expert* (1984). I 1989 publiserte Benner og Wrubel *The Primacy of Caring* som bygger videre og utfyller Benners tidligere utgivelse. Essensen i boken er forholdet mellom helse, stress og mestring, og hvordan dette er grunnleggende for utøvelse av omsorg (Benner & Wrubel, 1989, s. 1-5).

Omsorg omtales som en måte å forholde seg til verden på, ved at personer, hendelser, prosjekter og ting betyr noe for et menneske (Benner & Wrubel, 1989, s.1-5). Videre løftes den positive påvirkningen av omsorgsfull sykepleie frem som vesentlig for sykdommens utfall hos pasienter. Omsorg er fundamental i den forstand at det å bry seg om noe, skaper mulighet for å motta og yte hjelp (Benner & Wrubel, 1989, s.9).

Benner og Wrubel tar et oppgjør med og avstand fra et logisk-positivistisk verdens- og vitenskapssyn som har som mål å finne kunnskap som er forutsetningsfri og overførbar til vidt forskjellige personer og ulike situasjoner (Benner & Wrubel, 1989, s.41-42). De mener at sykepleieforskning bør ta utgangspunkt i en hermeneutisk-fenomenologisk innfallsvinkel som gjenspeiles ved at mennesket er fortolkende tilstede i verden, og er den del av sin kontekst (Benner & Wrubel, 1989, s. 41-42).

Et hermeneutisk-fenomenologisk utgangspunkt gir en holistisk tilnærming. Det vil si at det ikke er mulig å isolere ulike trekk ved personer eller situasjoner, men at en må innrette seg etter hele mennesket (Benner & Wrubel, 1989, s.41-42).

2.7.1 STRESS OG MESTRING

To sentrale begreper i omsorgsteorien til Benner og Wrubel er *stress* og *mestring*. Det skjer en endring i konteksten som mennesket befinner seg i når nye og ukjente situasjoner oppstår. I slike situasjoner beskriver Benner og Wrubel at menneskets tidligere selvforståelse, bakgrunnsforståelse og kroppslige intelligens ikke strekker til for at mennesket skal fungere uhemmet (Benner & Wrubel, 1989, s.59-62). Stress defineres som et brudd i mening, forståelse og uhemmet funksjon slik at fare, tap eller utfordring erfares, og sorg, tolkning eller nye ferdigheter er påkrevd (Benner & Wrubel, 1989, s.59).

Mestring er ikke en motgift mot stress, men en strategi for å takle det. Benner og Wrubel beskriver forholdet på denne måten: «Stress er en opplevelse av brudd i mening, forståelse og uhemmet funksjon. Mestring er det man gjør med dette bruddet.» (Benner & Wrubel, 1989, s.62). Mestring må vurderes ut fra personens egen forståelse, vurdering og mulighet.

2.7.2 SYKEPLEIE

Benner og Wrubels teori setter hovedsakelig sykepleierens ansvarsområde til pasienter som opplever stress knyttet til en form for helsesvikt, tap eller sykdom (Benner & Wrubel, 1989 s.9). Der pasienten opplever stress, skal sykepleier hjelpe og styrke dem til hva pasienten ønsker. Utgangspunktet for sykepleiers metode er å lytte og skape en dyp forståelse av pasientens opplevelse av sykdommen, helsesvikten, tapet og/eller lidelsen, for å kunne hjelpe til å mestre situasjonen (Benner & Wrubel, s.9). Sykepleie går videre ut på å støtte pasienten i å skape mening i situasjonen. For å oppnå dette må sykepleier hjelpe med å gi forståelse for ukjente og uklare symptomer, undersøkelser, behandlinger og hva som kan forventes som sykdomsutvikling. Sykepleiers oppgaver må skje på en måte som gir pasienten håp til å ikke oppleve stress rundt sine ressurser, relasjoner og kontekster (Benner & Wrubel, 1989, s.62). Sykepleiere kan ikke kurere stress, men hjelpe med å mestre det (Benner & Wrubel, 1989, s.62).

3. METODE

3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE

Jeg har valgt å benytte litteraturstudie som metode. Denne fremgangsmåten systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder ved å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og

sammenfatte det hele (Thidemann, 2019, s.77). En litteraturstudie kan deles inn i flere trinn, der man har en systematisk tilnærming gjennom hele prosessen. Trinnene inneholder formulering og avgrensning av problemstilling, systematisk litteratursøk og å vurdere, analysere og sammenfatte artiklene som blir funnet i søket. Hensikten 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).

Jeg har tatt utgangspunkt i Evans (2002, s.25) fire punkter i synteseprosessen. De fire punktene er følgende:

1. Samle artikkelutvalget
2. Identifisere hovedfunnene i hver studie
3. Avgjøre hvordan hovedfunnene i artiklene relaterer til hverandre
4. Samle funnene og formulere en beskrivelse av de ulike fenomenene i en syntese

3.2 SØKEPROSESS OG FUNN

Litteratursøk innebærer å søke frem den best tilgjengelige kunnskapen. Jeg tar utgangspunkt i kunnskapspyramiden. Dette hjelpemiddelet er utformet som en pyramide der kilder til oppsummert forskning ligger øverst i hierarkiet og kilder til enkeltstudier ligger nederst.

For å få en pekepinn på hvor mye forskning som eksisterer, foretok jeg et eksplorerende søk på Google Scholar. Videre benyttet jeg en søkestrategi der jeg startet på toppen av pyramiden for å finne frem til kvalitetsvurderte studier og systematiske oversikter. For å begrense søket, utformet jeg inklusjons- og eksklusjonskriterier. Kriteriene er presentert i tabell V.

Inklusjonskriterier:	Eksklusjonskriterier:
<ul style="list-style-type: none"> • Pasienter med KOLS og angst • Artikler fra 2010 eller nyere • Tilgjengelig i full tekst • Utgitt på engelsk, norsk eller dansk 	<ul style="list-style-type: none"> • Artikler publisert før 2010 • Utgitt på andre språk enn engelsk, norsk eller dansk • Artikler som ikke er publisert av godkjente kanaler

Tabell V Inklusjon- og eksklusjonskriterier.

3.2.1 DATABASES

Jeg utarbeidet et PICO-skjema (Vedlegg I) som et verktøy for søk i databaser. Da mange forskningsartikler er skrevet på engelsk, valgte jeg å oversette søkeordene til engelsk ved bruk av en nettside som er utarbeidet av Universitetet i Agder (Universitetet i Agder, 2022).

Nettsiden inneholder også MeSH-termer (Medical Subject Headings) som er begrepsdefinisjoner, synonymer og nærliggende begreper til søkeordene (Legemiddelaktuell, 2018).

Databasene jeg brukte i litteratursøket var Allied and Complementary Medicine (AMED), Epistemikos, Pubmed, UpToDate og Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). For fullstendig tilgang til databasene gikk jeg inn via nettsiden til Høgskulen på Vestlandet sitt bibliotek. Komplette oversikt med antall treff i databasene er lagt ved i et flyt-skjema som vedlegg II. Skjemaet viser hvor mange treff jeg fikk i de ulike databasene, antall artikler etter fjerning av duplikater og grunn til eksklusjon.

3.2.2 SØK ETTER ANNEN LITTERATUR

Jeg har funnet annen relevant litteratur ved å søke i helsebiblioteket.no, se på pensumlister, gå gjennom referanselister fra oversiktsartikler og tidligere bachelor- og masteroppgaver, samt søke gjennom biblioteket sine nettsider. Gjennom helsebiblioteket hentet jeg blant annet fram Nasjonale faglige retningslinjer og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging (2012)..

3.3 ANALYSE OG SYNTSE

Punkt nummer fire i Evans (2002, s.25) er å produsere syntese som en sammensetning av hovedfunn fra utvalgte artikler. Aktuell syntese bygger på grundig og kritisk gjennomgang av utvalgte artikler (Thidemann, 2019, s.92). Utvelgelsesprosessen ble innledet ved å først lese overskrifter på alle treff, og lesing av sammendrag av artikkelen dersom denne ble vurdert som relevant for problemstillingen. I prosessen ble en rekke studier ekskludert grunnet manglende relevans for problemstillingen. Resterende artikler ble studert i full tekst.

For å få en systematisk oversikt over funn og resultat i utvalgte artikler, etter punkt to i Evans (2002, s.25), lagde jeg en tabell som presenterer hovedfunn (vedlegg IV). Jeg benyttet fargekoder for å markere funnene i hver av artiklene. På denne måten fikk jeg overblikk over

likheter og ulikheter mellom artiklene. Sammenligningen er med på å avgjøre hvordan hovedfunnene i artiklene er relatert til hverandre jamfør punkt tre i Evans (2002, s.25).

En syntese skal vise helheten av analysert data (Evans, 2002, s.24). For å presentere en helhetlig sammenfatning av resultatene har jeg valgt å formulere hovedtemaer og fremstille disse som synteser i resultatkapittelet.

3.4 KILDEKRITIKK OG KVALITETSVURDERING

Kildekritikk går ut på å karakterisere og vurdere litteraturen jeg har funnet (Dalland, 2019, s.158). Faglighet og troverdighet i oppgaven er avhengig av at kildegrunnet blir godt beskrevet og begrunnet. God kildekritikk inneholder kildesøking og redegjørelse for den litteraturen som blir anvendt. I oppgaven må det gå tydelig fram *hvorfor* og *hvordan* jeg har funnet fram til litteraturen jeg benytter.

For å kvalitetsvurdere artiklene har jeg benyttet helebibliotekets sjekklister. Listene er utformet som pedagogiske verktøy for å arbeide med kritisk vurdering av forskningslitteratur (Helsebiblioteket, 2016). Sjekklister har forskjellig utforming basert på type studie som er benyttet i artikkelen. Listene har flere fellestrekk som blant annet vurdering av problemstilling, om de har brukt et velegnet studiedesign, og om resultatene er troverdige. Med utgangspunkt i sjekklister er styrker og svakheter med utvalgte studier presentert i styrkeskjema (Vedlegg V)

Etter utvalg av artikler benyttet jeg «Register over vitenskapelige publiseringskanaler» (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, u.å.) for å sjekke at artiklene var publisert av journaler og tidsskrifter som regnes som vitenskapelige. Alle artiklene er publisert i vitenskapelige redaksjoner som er fagfellevurdert.

Mine utvalgte artikler benytter IMRaD-struktur. Dette er en forkortelse for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2019, s.163). Strukturen er mye brukt i oppbygging av forskningsartikler. Standardiseringen gjør det enklere å orientere seg i innholdet (Dalland, 2019, s.163).

3.5 ETISKE OVERVEIELSER

Etiske overveielser handler om å tenke nøye gjennom mulige konsekvenser og utfordringer av planlagte handlinger (Dalland, 2019, s. 227). For å gjøre etiske vurderinger har jeg forholdt meg til nasjonale og internasjonale forskningsetiske prinsipper, jf. De nasjonale forskningsetiske komiteer, Helsinkideklarasjonen, gjeldende lovverk og etiske retningslinjer ved Høgskulen på Vestlandet (Høgskulen på Vestlandet, 2020)

Litteraturstudiet jeg har gjennomført involverer ikke pasienter direkte og det vil dermed være mindre etiske hensyn å ta stilling til, sammenlignet med andre forskningsmetoder. Til tross for dette har jeg vært oppmerksom på om forskningen jeg har tatt i bruk er vurdert som etisk godkjent og merket med det. Jeg er også ansvarlig for å presentere forskningen på en sannferdig måte hvor jeg ikke tilbakeholder eller gir en begrenset eller feil fremstilling av funn. Det er også viktig at opplysningene ikke skal kunne identifisere enkeltpersoner, og jeg må overholde anonymiseringen av sensitive opplysninger og helseopplysninger. Dette skal jeg sikre ved å ikke oppgi navn eller personnummer, eller gjenkjennelige hendelser.

4. RESULTAT

I resultatdelen skal jeg presentere synteser som viser helheten av data fra litteraturen jeg har brukt. Her skal jeg sammenføre funn i artiklene, og belyse ulikheter og likheter. Resultatet fra artiklene trekker frem lungerehabilitering, psykoedukasjon og kognitiv atferdsterapi som tre hovedtema.

Etter søk i de nevnte databasene og gjennomgang av en rekke relevante artikler, stod jeg igjen med fem artikler som jeg skal benytte i min syntese. Studiedesignet for artiklene er fordelt slik: to systematiske oversikter med metaanalyser, én randomisert-kontrollert studie, én oversiktsartikkel og én artikkel med kvalitativ metode.

4.1 LUNGEREHABILITERING

For å sammenligne nivåer av angst før og etter lungerehabilitering, benytter flere studier kartleggingsverktøy. På denne måten kan en se om intervensjonen endrer angstnivået. Det mest brukte kartleggingsverktøyet for angst i Yohannes et al. (2017, s.1096.e3) er HADS. 22 av de inkluderte artiklene viser en signifikant forbedring av HADS-score etter endt intervensjon ($P < .001$ til $P < .05$) (Yohannes et al., 2017, s.1096.e5-1096.e8). Andre

kartleggingsverktøy som blir tatt i bruk er AIR-scale, Beck Anxiety Inventory, the Emotional State, RSC-90 og STAI. Endring i score ved bruk av AIR-scale hadde sammenheng med både helsestatus og dyspne-score (Yohannes et al., 2017, s.1096.e3-1096.e4). I Coventry et al. (2017, s.3-8) blir det i tillegg benyttet SCL-90-R og POMS-A. Lungerehabilitering viser å ha positiv effekt på angst, uttrykt ved bruk av kartleggingsverktøy.

Angstreduksjon og varighet på rehabiliteringsprogrammet har vist å ha en sammenheng. Majoriteten av studier i Yohannes et al. (2017, s.1096.e3-1096.e4) benyttet åtte ukers program, som viste en signifikant forbedring i både dyspné og angstnivå, målt ved bruk dyspné-score og AIR-scale. Tolv ukers program var effektive i å forbedre angst og depresjon, men hadde ikke betydelig forbedring av dyspné-score sammenlignet med et åtte-ukers program (Yohannes et al., 2017, 1096.e4). I Coventry et al. (2013, s.14) var den gjennomsnittlige lengden av intervensjonen på elleve uker. Samlet resultat i meta-analysen viste at intervensjonene var assosiert med signifikante forbedringer i angst (SMD (Standard mean difference) -0.24, 95% konfidens intervall, -0.39 til -0.09, $I^2=56,4\%$, $P= 0.000$) (Coventry et al., 2013, s.15). Det var manglende langsiktig signifikant fordel med både åtte- og tolv-ukers program (Yohannes et al., 2017, 1096e4; Yohannes et al., 2017, 1096e8). Resultatet for langsiktig effekt er basert på et 22 måneders oppfølgingsprogram som inneholdt observasjonsintervjuer og målinger med kartleggingsverktøy (Yohannes et al., 2017, s.1094.e4). Resultatene presenterer en signifikant forbedring av angst på kort sikt ved bruk av lungerehabiliteringsprogram som varer mellom åtte og tolv uker.

Lungerehabilitering som inneholder fysisk aktivitet med eller uten psykologiske innslag, reduserer angst hos pasienter. I oversikten til Coventry et al. (2013, s.14) blir lungerehabilitering sammen med flerkomponent trening med eller uten psykologiske elementer trukket frem som mest brukte intervensjon. Som nevnt over, viste meta-analysen signifikant forbedring av angst i Coventry et al. (2013, s.15). Analyse av undergrupper var også assosiert med moderat og signifikant forbedring av angst, men viste bemerkelsesverdig heterogenitet ($I^2= 63,3\%$, $P=0.002$) (Coventry et al., 2013, s.16). Undergruppene som hadde små ikke-signifikante effekter var avslapningsteknikker og kognitiv atferdsterapi Coventry et al., 2013, s.16). Selvhåndtering viste ikke forskjell mellom intervensjon- og kontrollgruppe. Av livsstilskomponenter ble ikke-treningsbaserte komplekse intervensjoner undersøkt, undergruppen var positivt assosiert men hadde ikke-signifikant effekt (SMD -0.08, 95% konfidens intervall, -0.22 til 0.05, $I^2=18,7\%$, $P=0.245$) (Coventry et al., 2013, s.15). I Yohannes et al. (2017, s.1096.e5-1096.e8) foreligger det intervensjoner som inneholder

kombinasjoner av styrketrening, aerob trening (sykling, rytmiske øvelser, gå/jogging), avslapping, edukasjon og ernæringsstøtte. Begge studiene viser til angstreduksjon når lungerehabilitering kombinerer komponenter fra fysisk aktivitet og psykologisk tilnærming. Derimot viste Coventry et al. (2013) at flere undergrupper hadde ikke-signifikant effekt på angst.

Intensitet og formidling av lungerehabilitering har innvirkning på resultatet. Majoriteten i Coventry et al. (2013, s.14) gjennomførte lungerehabiliteringen hovedsakelig ansikt til ansikt, enten i grupper eller i individuelt. Gjennomsnittlig antall kontakt med pasientene i intervensjonsgruppene var 18 ganger (område 1 til 63) og lengden på hver sesjon strakk seg fra 30 til 240 minutter (Coventry et al., 2013, s.14). Yohannes et al. (2017, 1096.e8) sammenligner effekten av program som utføres en eller to ganger per uke. Resultat viser at begge versjonene har signifikant reduksjon på dyspné, angst og depresjon. Derimot oppnådde ikke versjonen med to ganger per uke den minimale klinisk viktige forskjellen på HADS skala for angst. Yohannes et al. (2017, 1906.e8) viser også til at 45% ikke klarte å fullføre program to ganger per uke. Utfallet var assosiert med økt nivå av angst og depresjon (HADS > 11), og økt dyspné-score (Medical Research Council > 4). Basert på resultater fra begge studier ser det ut til å være nødvendig med individuell tilpasning av intensitet og formidling for å sikre gjennomføring.

4.2 PSYKOEDUKASJON

Psykoedukativ tilnærming er en strategi der en benytter undervisning som metode for å bedre pasientens lærings- og mestringsressurser (Gonzalez, 2021, s.368). I Askey-Jones og Hailes (2020, s.26) gjennomgikk intervensjonsgruppen psykoedukasjonsøkter som inneholdt informasjon om symptomer og mulige triggere for angst og depresjon, samt grunnleggende kognitiv atferdsterapi for hvordan pasientene kan takle disse opplevelsene. I Helvaci og Metin (2020, s.2855) benytter de sykepleiedrevne selvledelsesprogrammer med detaljer informasjon om KOLS. Dette inkluderte anatomiske strukturer av luftveier og lunger, patofysiologi, vanlige symptomer, progresjon og sykdomsstadier, konvensjonelle medisiner, eksarbasjonshåndtering, daglig aktivitet og pustetrening (Helvaci & Metin, 2020, s.2855). Psykoedukative programmer bidrar til læring om egen sykdom for pasienter med KOLS ved å sammenfatte psykologisk kunnskap og pedagogikk.

«I didn't realize the impact anxiety had on COPD» (Askey-Jones & Hailes, 2020, s.28).

Økt kunnskap om egen sykdom vil bidra til mestring av symptomer og fremmer håndtering av egen livssituasjon for pasienter. Fra analysen av fokusgruppen i Askey-Jones og Hailes (2020, s.27-28) formidler deltakerne at undervisning om depresjon og angst gav en klarere forståelse av symptomer på angst og depresjon. De opplevde økt forståelse, og at det var bedre å vite hvorfor de følte seg angstpreget. Ved å forstå mer om symptomer og sykdommen, viste det seg også at deltakerne aksepterte symptomer som en vanlig og normal følge av KOLS (Askey-Jones & Hailes, 2020, s.28). Deltakere formidlet at dette reduserte stigma assosiert med å ha mentale helseproblemer, og det ble lettere å snakke om humør og angst med familie og venner (Askey-Jones & Hailes, 2020, s.28). Pasienter med bedre innsikt og kunnskap om egen sykdom viser å ha bedre forståelse for egne symptomer. Dette resulterer i bedre håndtering av egen situasjon.

Form og varighet på sesjonene hadde innvirkning på resultatene. I Askey-Jones og Hailes (2020, s.26) varte øktene i én time og var mest didaktisk, men inneholdt også rom for spørsmål og diskusjoner. Over 90% av deltakerne rapporterte i etterkant av psykoedukasjonen at de i større grad ville være i stand til å kjenne igjen tegn og symptomer på angst (Askey-Jones & Hailes, 2020, s.27). I Helvaci og Metin (2020, s.2855) tok sykepleierne i bruk individuell- eller gruppetrening gjennom utdanningshefter eller skriftlig materiale. Åtte av studiene inviterte pasienten til både poliklinikk og tok i bruk telefonsamtaler for oppfølging. De resterende studiene brukte hjemmebesøk og telefonsamtaler. I tillegg tok noen studier i bruk dagbøker, skritteller og teleovervåking. Helvaci og Metin (2020, s.2862) fokuserer ikke spesifikt på virkning fra de ulike formene, men viser til et samlet resultat med signifikant effekt på å redusere angst i intervensjonsgruppene (SMD = -0.40, 95% konfidensintervall, -0.51 til -0.29).

4.3 KOGNITIV ATFERDSTERAPI

«Understanding how thoughts and feelings are connected and how to manage them when I get stressed» (Askey-Jones & Hailes, 2020, s.28). Hovedprinsippet i kognitiv atferdsterapi er å påvirke følelser og kroppslige reaksjoner gjennom å arbeide med tanker og atferd (Martinsen & Gonzalez, 2021, s.376). Deltakere i Askey-Jones og Hailes (2020, s.28) rapporterte at strategier fra kognitiv atferdsterapi hadde positiv innvirkning på deres håndtering av angstsymptomer. Læren om basiskunnskaper førte til at de forstod hvordan tanker og følelser

henger sammen. Ved å erkjenne uhensiktsmessige tanker, kan pasienten endre atferd og dermed påvirke følelser og kroppslige reaksjoner i situasjoner hvor de er stresset (Martinsen & Gonzalez, 2021, s.376). Pasienter som gjennomgår kognitiv atferdsterapi vil på bakgrunn av dette være i bedre stand til å kontrollere følelser som ligger til grunn for angst og kroppslige reaksjoner som dyspné.

Kognitiv atferdsterapi inneholder strategier for å meste symptomer på angst.

Avspenningsstrategier var ifølge He og Jiang (2020, s.413) den mest brukte strategien for å håndtere triggerer for angst. 94% brukte denne strategien og anså den som hjelpsom (He & Jiang, 2020, s.413). Det nest mest brukte var hyggelige tanker og distraksjoner.

Sammenligning av intervensjon- og kontrollgruppe viste signifikant forbedring i angst, depresjon, usikkerhet, mestringsstrategier og livskvalitet relatert til mentale komponenter. Forbedringene er basert på forskjell mellom baseline og oppfølging etter ti måneder ved bruk av STAI-skala som viste en differanse på 12.16 ± 6.89 i intervensjonsgruppen. Resultatet er betydelig bedre enn kontrollgruppen som i kontrast hadde en differanse på 1.58 ± 7.16 (He & Jiang, 2020, s.416). I Yohannes et al. (2017, s.1096.e10) har programmer med signifikant forbedring i angst fokus på mestringssevner som avspenning, redusere angstrelatert unngåelse, tankeendring, problemløsning, søvnhåndtering og ferdighetsgjennomgang. Læren om strategier som kan benyttes i situasjoner hvor pasienten opplever stress, vil føre til økt mestring av sykdommen og bidra til at symptomer på angst forekommer i mindre grad.

Kognitiv atferdsterapi formidles i forskjellige former. I studien til He og Jiang (2012, s.412) mottar intervensjonsgruppen lyd-CD, selvhjelpsmanual og fire telefonsamtaler. Innhold på CD-en og i manualen er presentert i tabell VI. En sammenligning mellom effekten av kognitiv atferdsterapi-manual og informasjonshefter om angst og dyspné viser at manualen om terapi har signifikant forbedring av angst ($P = 0.004$), målt opp mot effekten av heftet (Yohannes et al., 2017, s.1096.e11). Oppfølging etter seks og tolv måneder viste også at gruppen som mottok kognitiv atferdsterapi-manualen hadde behov for færre innleggelses og akuttbesøk (Yohannes et al., 2017, s.1096.e11). Kognitiv atferdsterapi kan med fordel formidles ved bruk av CD eller manual for å redusere belastningen hos pasienter med KOLS og sykdomsrelatert angst.

Innhold om KOLS:	Innhold om usikkerhet og håndtering:
<ul style="list-style-type: none"> • Hva KOLS er • Årsaker • Risikofaktorer • Diagnostikk • Behandling • Prognose • Forverring 	<ul style="list-style-type: none"> • Hva usikkerhet er • Hvordan usikkerhet påvirker dagliglivet • Hva som trigger KOLS-relatert usikkerhet • Hvordan mestre KOLS-relatert usikkerhet • Faktorer som påvirker mestringen • Eksempler på tilfeller der en kan benytte mestringen

Tabell VI Oversikt over informasjon gitt til intervensjonsgruppen i He og Jiang (2012, s.412)

5. DISKUSJON

Hensikten med oppgaven er å se på hvilke ikke-medikamentelle tiltak som kan bidra til økt mestring av sykdomsrelatert angst hos pasienter med KOLS. I dette kapittelet skal jeg drøfte faglitteratur, relevant forskning og forsøke å fremme mitt eget standpunkt for å besvare problemstillingen.

5.1 METODEDISKUSJON

Valgene jeg har besluttet vedrørende innholdet i oppgaven har betydning for relabiliteten. Resultat av oppgaven kan være påvirket av indre og ytre konsekvenser av mine valg. Indre konsekvenser omfatter sammenhengen i oppgaven og om resultatet kan være presentert feil på bakgrunn av metode og innhold. Dette ligger til grunn for indre validitet som uttrykker at resultatene er korrekte og gyldige for det studerte utvalget (Pripp, 2018, s.1264). Ytre konsekvenser inkluderer valg som kan ha påvirket hvem resultatet gjelder for. Ytre validitet angir i hvilken grad resultatene er gyldige under andre betingelser og for andre utvalg, altså generaliserbarheten (Pripp, 2018, s.1264).

Det er flere punkter som har indre konsekvenser. Indre konsistens skal vise evnen til å produsere like resultater ved å benytte forskjellig utvalg som omhandler samme tema (Sander, 2019). På grunn av få treff i begynnelsen, endret jeg inklusjons- og eksklusjons-kriterier

underveis i søkeprosessen. Ved å benytte kriterier under søket er det mulig at jeg har gått glipp av forskning som er relevant for min oppgave. Jeg velger likevel å stole på den forskningen jeg har funnet og at den hjelper meg å svare på problemstillingen, på bakgrunn av systematiske litteratursøk og kritisk gjennomgang av funnene.

Alle forskningsartiklene jeg benytter er engelskspråklige. Dette kan være en svakhet med tanke på språkbarriere. Jeg kan ha misforstått eller mistolket noe av innholdet. På den andre siden vil engelskspråklige artikler være mer tilgjengelig internasjonalt og gjerne ha større anerkjennelse.

Inkludering av artikler av ulike studiedesign fører til bredere utvalg av resultater. Samtidig kan sammenligning av resultater fra ulike studiedesign være vanskeligere på grunn av ulike fremstillinger. Sammensetning til syntese i oppgaven kan dermed være påvirket av artikler med ulikt studiedesign. På bakgrunn av nevnte punkter over, kan den indre konsistens være påvirket av valg jeg har tatt.

Ytre konsekvenser som kan begrense generaliseringen er utvalget av pasientgruppen. I inklusjon- og eksklusjonskriteriene hadde jeg ingen begrensinger på kjønn, alder eller grad av KOLS. Dette fører til at bredden på pasientgruppen er svært vid. En svakhet med å ha et stort spekter er at resultatene ikke er overførbare til spesifikke grupper, men representerer et mer overordnet bilde. Resultatene kan for eksempel passe best for eldre med høy grad av KOLS eller vis a versa. På den andre siden kan et bredt spekter føre til at resultatene er mer generaliserbare for gjeldende for en større pasientgruppe.

5.2 RESULTATDISKUSJON

5.2.1 LUNGEREHABILITERING

Benner og Wrubel legger vekt på at når en pasient skal innhente ny kunnskap, må metoden tilpasses den enkelte på bakgrunn av deres eksisterende vaner, ferdigheter, metoder og forventninger (Benner & Wrubel, 1989, s.110-117). I Yohannes et al. (2017, s.1096.e15) kommer det fram at flere pasienter ikke klarer å fullføre lungerehabilitering eller fortsette med aktivitetene etter avsluttet program. Dette fører til at forbedringen av angst og dyspné hos pasientene er kortvarig. En mulig forklaring er at programmene ikke er nok tilpasset den enkelte. Faktorer som kan ha betydning er blant annet tidspunkt, størrelse på grupper, motivasjon, innhold i programmet, usikkerhet og manglende oppfølging. Helse Bergen tilbyr

et lungerehabiliteringsprogram som foregår poliklinisk over seks uker. For mange pasienter, spesielt eldre, kan transport til og fra poliklinikk være en større belastning målt opp mot utbytte av programmet. Et tilbud som for eksempel benytter metoden til He og Jiang (2020, s.412) med CD, manual og telefonoppfølging kan bidra til økt utnyttelse av lungerehabilitering.

Yohannes et al. (2017, s.1096.e4-1096.e8) drøfter varigheten og intensiteten av lungerehabilitering. De kommer ikke frem til en klar enighet, men både åtte og tolv ukers program viser å ha tilsvarende effekt på å redusere angst og dyspné. Studiene inkludert i Coventry et al. (2013, s.14) hadde en gjennomsnittlig varighet på elleve uker og viser at mest effektiv intervensjon omfattet tre til tolv uker med sesjoner på 30 minutter eller mer. Selv om denne varigheten var mest effektiv, konkluderer Coventry et al. (2013, s.20) med at oversikten ikke ga nok grunnlag til å bestemme den optimale varigheten. Ifølge Helsedirektoratet (2012, kapittel 4) skal et lungerehabiliteringsprogram ha en varighet på seks uker med oppmøte to til tre ganger per uke, eller døgnbasert program som strekker seg over tre til fire uker med fem-dagers program. På grunnlag av resultater i Yohannes et al. (2017) og Coventry et al. (2013) kan et seks ukers program være for kort og dermed ha innvirkning på langtidseffekten av programmet. På den andre siden kan et program som strekker seg over flere uker, være vanskelig for pasienter å delta på. En løsning kan være at pasienten får tilbud om et program som strekker seg over seks, åtte eller tolv uker, der innholdet er det samme men pasienten selv velger varighet tilpasset deres situasjon. Et bredere utvalg der pasienten kan være med å bestemme metoden vil fremme Benner og Wrubel sin teori om at ny kunnskap innhentes best på pasientens egne prinsipper. Et resultat av denne brukermedvirkningen vil etter omsorgsteorien føre til at pasienten får bedre utnytte av lungerehabiliteringsprogrammet.

Pasienter med utbredt angst har lavere sannsynlighet for å fullføre lungerehabiliteringsprogram (Yohannes et al., 2017, s.1096.e16). Coventry et al. (2013, s.19) formidler at komplekse psykologiske og/eller livsstils intervensjoner som inkluderer fysisk trening vil redusere symptomer på angst og depresjon hos pasienter på kort sikt. I motsetning til dette skriver de også at det er nødvendig å utforme en integrert og tverrfaglig omsorgsmodell som forbedrer muligheten for terapeutiske synergier mellom mental og fysisk helse. Som nevnt er det mindre sannsynlig at pasienter med utbredt angst fullfører programmet, og dermed ikke får nyttiggjort seg tilbudet om lungerehabilitering. Videre utvikling av tilbudet må dermed ha fokus på en større pasientgruppe enn bare pasienter med moderate symptomer på angst. Et mer tilgjengelig tverrfaglig samarbeid mellom sykepleiere

og andre profesjoner som psykolog kan være nødvendig for å redusere antallet som ikke fullfører.

Den vonde sirkelen av frykt for dyspné og anstrengelse fører til fysisk inaktivitet som igjen resulterer i høyere nivå av angst (Leader, 2021). Som sykepleier er et av målene i behandlingen å bryte denne sirkelen. Ukontrollert dyspné er ofte assosiert med økt stress, angst, depresjon og sykehusinnleggelse (Yohannes et al., 2017, s.1096.e1). I både Junke-Cunha et al. (2017) og Coventry et al. (2013) er forbedring av angst forbundet med en kombinasjon av både psykologiske og livsstils komponenter. Benner og Wrubel har sterkt fokus på den holistiske tilnærmingen som presiserer at det er umulig å skille en person fra konteksten (Benner og Wrubel, 1989, s.41-42). Teorien til Benner og Wrubel kan brukes i lungerehabilitering ved at forbedring av angst krever at man som sykepleier ser hele mennesket og har fokus på både det psykologiske og fysiske. I følge Benner og Wrubel er det mestring som skal til for å håndtere stresset som en pasient opplever. Dermed er mestring av symptomer og forverringer essensielt for å hindre ytterligere anstrengelser. Ifølge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleier understøtte håp og bidra til mestring (Norsk Sykepleieforbund, 2019). Med kunnskap om teorien til Benner og Wrubel, og yrkesetiske retningslinjer i bunn, vil sykepleiere kunne bidra til å redusere sykdomsrelatert angst og øke mestring hos pasienter med KOLS.

5.2.2 PSYKOEDUKASJON

Psykoedukasjon viser en signifikant forbedring av angst og depresjon (Askey-Jones & Hailes, 2020, s.29-30). Helse Bergen (2020) benytter psykoedukasjon som en del av lungerehabiliteringsprogrammet. Undervisningen foregår i grupper og inneholder temaer som pusteteknikk, treningslære, slimmobilisering, sykdomslære, medikamentbruk, ernæring, trygderetter og det å leve med en kronisk sykdom (Helse Bergen, 2020). Tilbudet inkluderer også muligheten for individuell veiledning angående røykeslutt, inhalasjonsteknikk, slimmobilisering, trygderetter og ernæring. Helse Bergen viser å ha et godt tilbud som inneholder flere av temaene som kommer fram i både Askey-Jones og Hailes (2020) og Helvaci og Metin (2020). Tross dette mangler programmet innhold spesifikt rettet mot angst. I Askey-Jones og Hailes (2020, s.26) fikk intervensjonsgruppen informasjon om symptomer og mulige triggere for angst og depresjon. På bakgrunn av positive resultater i Askey-Jones og Hailes (2020) vil en implementering av innholdet mulig redusere forekomsten av angstsymptomer.

Et spørsmål som kan stilles er om psykoedukasjon skal være en del av et lungerehabiliteringsprogram eller bør være et eget tilbud til alle pasienter. Askey-Jones og Hailes (2020, s.30) skriver at psykoedukasjon kan med fordel være en del av lungerehabilitering for å rette fokus mot på angst og depresjon. Dette resultatet forsterker beviset om at undervisningen fungerer som en del av rehabilitering, slik som for eksempel Helse Bergen praktiserer. På den andre siden kan et sammensatt tilbud føre til at andelen kolspasienter som ikke mestrer det fysiske ved et rehabiliteringsprogram, mister tilbudet om psykoedukasjon. Hvis tilbudet hadde vært oppført som bare undervisning, kunne en tatt i bruk metoder fra Helvaci og Metin (2020, s.2855) for å nå ut til flere hjemmeboende pasienter. Dette innebærer for eksempel telefonsamtaler, hjemmebesøk og dagbøker.

Psykoedukasjon skal øke kunnskap og orienterer pasienten om egen sykdom og danne grunnlaget for å mestre egen situasjon. Benner og Wrubel setter sykepleiere sitt ansvarsområde til pasienter som opplever stress knyttet til helsesvikt, tap eller sykdom (Benner& Wrubel, 1989, s.9) I en situasjon der en person blir diagnostisert med KOLS, vil de aller fleste oppleve brudd i mening og forståelse. I praksis vil ikke pasienten ha forutsetninger for å kunne leve med denne endringen, og er dermed avhengig av å etablere ny kunnskap om levevaner. Som sykepleier skal en hjelpe pasienten med å innhente denne kunnskapen. På denne veien kan pasienter møte på en rekke hinder som fører til at de isolerer seg eller ikke ønsker å ta imot hjelp. Jeg har opplevd at flere vegrer seg for å ta kontakt med helsevesenet på grunn av skam over egen sykdom. I Askey-Jones og Hailes (2020, s.28) formidlet deltakere at psykoedukasjon reduserte stigma assosiert med å ha mentale helseproblemer. Sykepleier med fokus på omsorg vil i følge Benner og Wrubel være fundamentalt og skaper mulighet for å motta og yte hjelp (Benner & Wrubel, 1989, s.9).

Både Askey-Jones og Hailes (2020, s.30) og Helvaci og Metin (2020, s.2068) konkluderer med at det trengs mer forskning for å nærere kartlegge effekten av psykoedukasjon. Det er derimot nok implikasjoner for at psykoedukasjon er nødvendig, og dermed kan innføres som en del av lungerehabilitering eller som et eget tilbud til pasienter. Det er flere aspekter å ta hensyn til ved implementering av psykoedukasjon som en større del av ikke-medikamentelle tiltak i behandlingen. Sammen med implementeringen, kommer det også ansvarsdelegering. Benner og Wrubel sin beskrivelse av sykepleien kan benyttes for å argumentere for at sykepleiere skal stå for undervisningen. Det er sykepleiere sitt ansvar å støtte pasienten i å skape mening i situasjonen hvor de opplever stress og endring (Benner & Wrubel, 1989, s.9). Et sykepleieutformet undervisningsprogram kan gjennomføres på en måte som gir pasienten

håp til å ikke oppleve stress rundt sine ressurser, relasjoner og kontekster slik som Benner og Wrubel (1989) formidler.

5.2.3 KOGNITIV ATFERDSTERAPI

Kognitiv atferdsterapi er et ikke-medikamentelt tiltak som i større grad retter seg mot behandlingen av angst enn behandlingen av KOLS. Samtidig vil behandling av angst føre til bedre mestring av kolssykdommen. Askey-Jones og Hailes (2020, s.29-20) skriver at mer avansert kognitiv atferdsterapi leveres av psykolog. For å effektivisere og gjøre tilbudet mer tilgjengelig bør sykepleiere kurses slik at de kan formidle basiskunnskaper om kognitiv atferdsterapi. For pasientene kan sykepleieformidlet basiskunnskaper være avansert nok. Kognitiv atferdsterapi kan vurderes som en del av lungerehabilitering. Det kan enten være som sykepleiedrevet program, eller en kan inkludere et større tverrfaglig arbeid ved å ta i bruk psykolog. Fordelen med å implementere det som sykepleiefaglig program, er at pasientene gjennom et lungerehabiliteringsprogram blir bedre kjent med sykepleieren som driver det. Det er med på å skape tillit og trygghet rundt behandlingen.

Det er vist at pasienter med KOLS oppfatter usikkerhet om egen sykdomssituasjon og spontant forsøker å håndtere den ubevisst gjennom prosessen med kognitiv mestring (He & Jiang, 2012, s.410). He og Jiang (2012, s.413) viser til positiv effekt på usikkerhetshåndtering. Usikkerhet er omvendt assosiert med livskvalitet og positivt assosiert med negative stemningsleie som angst og depresjon (He & Jiang, 2012, s.410). Formålet med intervensjon var å systematisk veilede og øke pasientens bruk av kognitive og atferdsmessige strategier for å mestre usikkerhet (He & Jiang, 2012, s.409-410). Studien er utført i Kina og en må derfor ta stilling til overførbarhetsverdien til Norge. Et argument for å implementere denne formen er hvor lite kontakt det behøver å være mellom sykepleiere og pasienten. Det skaper en god balanse mellom oppfølging og ansvar for egen læring. På den andre siden kan det være vanskelig for pasienter å fullføre program der mye av læringen skjer på eget initiativ. Andre begrensinger kan være tekniske vanskeligheter.

Helse Bergen har per i dag et behandlingsprogram for panikktilfeller, sosial angst og mild til moderat depresjon som foregår over internett (Helse Bergen, 2021). Programmet heter *eMeistring* og tilbyr veiledet kognitiv atferdsterapi. Per i dag tilbyr ikke Helse Bergen veiledning for pasienter med angst knyttet til en diagnose, men flere varianter av kognitiv atferdsterapi bør vurderes og utvikles videre i tråd med det norske helsevesenet. Studier som

He & Jiang (2012) som omfatter intervensjoner i andre land kan brukes som inspirasjon for fremtidig utforming av kognitiv atferdsterapi som internettbehandling.

Benner og Wrubel har sterkt fokus på stress og mestring i sin omsorgsteori. Ved å benytte kognitiv atferdsterapi og Benner og Wrubels forståelse av stress og mestring, kan sykepleiere bidra med å veilede og hjelpe pasienten til å forstå egen tankegang og hva som skjer når de blir stresset. Å jobbe med tankemåten kan både fungere som forebyggende arbeid som nevnt i He og Jiang (2012), men også i grupper med samtaler om tidligere erfarte hendelser som nevnt i Askey-Jones og Hailes (2020). Videre forskning er nødvendig for å avgjøre hvilken metode som er mest hensiktsmessig for å meste stressende situasjoner som fører til angst hos pasienter med KOLS.

6. AVSLUTNING

Hensikten med denne litteraturstudien er å undersøke hvordan personer med KOLS kan mestre angst i hverdagen, og hvordan dette kan gjøres fra et sykepleiefaglig perspektiv. Jeg har benyttet et systematisk litteratursøk for å finne frem til forskning som kan svare på problemstillingen. Funnene i utvalgte artikler fremmer viktigheten av lungerehabilitering inkludert fysisk aktivitet og trening, psykoedukasjon og kognitiv atferdsterapi. Alle behandlingsformene er ikke-medikamentelle og kan utføres av sykepleiere.

Av erfaring og ut fra retningslinjer er det sterkt fokus på medikamentell behandling av KOLS. Sykdomsrelatert angst kommer ofte i skyggen av kolsdiagnosen. Derimot kommer det frem av studier at ikke-medikamentelle tiltak har positiv effekt på angst i tillegg til selve KOLS-diagnosen. Sykepleiere skal fremme mestring hos pasientene ved å overføre kunnskap og veilede dem ut av den vonde sirkelen av angst og dyspné. Omsorgsteorien til Benner og Wrubel kan benyttes i arbeidet som sykepleier. Sykepleiere kan ta utgangspunkt i måten Benner og Wrubel forklarer sammenhengen mellom stress og mestring, og overføre dette ved sykepleie til pasienter som har KOLS og angst. Det er også svært sentralt å se hele menneske, både fysiske og psykisk utfordringen, slik som Benner og Wrubel presiserer (Benner & Wrubel, 1989, s.41-42).

Gjennom min praksis har jeg erfart den positive effekten av fysisk aktivitet, god informasjon og trygging hos pasienter for å mestre angst. Forskningen jeg har presentert understøtter påstanden, og jeg mener på bakgrunn av dette at en større del av intervensjonene med spesifikt fokus på angst bør innføres i behandling av KOLS. Lungerehabilitering er godt

utformet i Norge og presenterte studier støtter den positive effekten programmet har på kolsrelatert angst. På den andre siden viser også forskning at både psykoterapi og kognitiv atferdsterapi har positiv effekt på selve angsten. Studiene som skriver om psykoterapi og kognitiv atferdsterapi viser derimot at metodene er mer spesialisert. Avslutningsvis ser jeg dermed flere fordeler knyttet til mer forskning på utførelse av sykepleiedrevne programmer rundt metodene, slik at en gjennom utvikling av et større kunnskapsgrunnlag kan utvide tilbudet til pasientene.

REFERANSER

- Askey-Jones, R. & Hailes, K. (2020). Exploring the benefits of psychoeducation session for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and co-morbid depression and/or anxiety. *Mental Health Practice*. 23(4), 24-31.
<https://doi.org/10.7748/mhp.2020.e1435>
- Bakke, P., Husebø, G. R., Langhammer, A., Melbye, H., Nafstad, P. & Nystad, W. (2018, 24.januar) *Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) i Norge*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/KOLS/>
- Bakke, P. & Grundt, H. (2018). Legemidler ved sykdommer i respirasjonsorganene. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (3. utg.) (s.165-171). Gyldendal Akademisk.
- Bakkeland, J., Thorsen, B. H., Almås, H., Sorknæs, A. D. & Grønseth, R. (2020). Sykepleie ved lungesykdommer. I Stubberud, D-G., Grønseth, R. & Almås, H. (Red.), *Klinisk Sykepleie 1* (5. utg.). (s. 117-180). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Benner, P. & Wrubel, J. (1989) *The Primacy of Caring – Stress and Coping in Health and Illness*. Addison-Wesley Publishing Company.
- Coventry, P. A., Bower, P., Keyworth, C., Kenning, C., Knopp, J., Garrett, C., Hind, D., Malpass, A. & Dickens, C. (2013). The effect of complex interventions on depression and anxiety in chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 8/4, e60532, 1-22.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0060532>
- Dalland, O. (2019). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS
- Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (u.å.). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*.
<https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>
- Erzebet S. (2018). *Lungs Art 3* [Digital tegning]. Pixels.
<https://pixels.com/featured/lungs-art-3-erzebet-s.html>
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian journal of advanced nursing*, 20/2, 22-26.
- Giæver, P. (2020) *Lungesykdommer* (4. utg.). Universitetsforlaget.

- Gonzalez, M. T., (2021). Miljøterapi og tilretteleggelse av terapeutisk miljø I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (s.361-372). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Grundt, H. & Mjell, J. (2019). Sykdommer i respirasjonsorganene. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg.) (s. 238-243). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- He, G. & Jiang, X. (2012) Effects of an Uncertainty Management Intervention on Uncertainty, Anxiety, Depression, and Quality of Life of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Outpatients. *Wiley Online Library*, 35/4, 409-418.
<https://doi.org/10.1002/nur.21483>
- Helse Bergen (2021, 26. august). *Om eMeistring – Kven er vi?*. Helse Bergen.
<https://helse-bergen.no/emeistring/om-emeistring>
- Helse Bergen (2020, 23. juli). *Lungerehabilitering og søknadsskjema*. Helse Bergen.
<https://helse-bergen.no/avdelinger/lungeavdelinga/lungepoliklinikk/lunge-rehabilitering/lungerehabilitering-og-soknadsskjema#tid-og-stad>
- Helsedirektoratet (2017, 14. april). *Angst*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/angst-og-depresjon/angst>
- Helsedirektoratet (2012, 01. november). *KOLS – diagnostisering og behandling*. *Nasjonal faglig retningslinje* (sist faglig oppdatert 15. februar 2022). Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/KOLS>
- Helsebiblioteket. (2016, 07. juni). *Kildevalg*. Helsebiblioteket.no
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>
- Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). *Sjekklist*. Helsebiblioteket.no
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklist>
- Helvaci, A. & Metin, Z. G. (2020). The effects of nurse-driven self-management program on Chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. *Wiley Online Library*, 76/11, 2849-2871.
<https://doi.org/10.1111/jan.14505>
- Hjalmarsen, A. (2012) *Lungerehabilitering: KOLS og andre lungesykdommer*. Cappelen Damm AS.

- Høgskulen på Vestlandet. (2020, 23. august). *Rettleiar for bacheloroppgåva ved fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)*. Høgskulen på Vestlandet.
<https://www.hvl.no/student/eksamen/heimeeksamen-og-oppgaveskriving/rettleiar-for-bacheloroppgava-ved-fhs/>
- Kirkevold, M. (1998) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Ad Notam Gyldendal.
- Konsmo, T. (1998). *En hatt med slør...: Om omsorgens forhold til sykepleie – en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. TANO A.S.
- Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. -A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3 – pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg.) (s.15-64). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Leader, D. (2021, 29. november). *Breaking the Dyspnea Cycle in COPD - Anxiety leads to breathlessness and then to more anxiety*. Verywellhealth.
<https://www.verywellhealth.com/breaking-the-dyspnea-cycle-914973>
- Legemiddelaktuell (2018, 19. februar) «MeSH på norsk» i Helsebiblioteket – verktøy for gode søkeord og treffsikre artikkelsøk. Helsebiblioteket.no.
<https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/aktuelt/mesh-pa-norsk-i-helsebiblioteket-verktoy-for-gode-sokeord-og-treffsikre-artikkelsok>
- Martinsen, E. W. (2021) Angstlidelser. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (s.115-117). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Martinsen, E. W. & Gonzalez, M. T. (2021). Kognitiv atferdsterapi I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (s.376-382). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nordseth, T. (2020, 12. mars). *Pustevansker*. I Store Medisinske Leksikon.
<https://sml.snl.no/pustevansker>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2020). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I Stubberud, D-G., Grønseth, H. & Almås, H. (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg.). (s. 18-39). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Norsk Sykepleierforbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF.
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pripp, A. H. (2018). Validitet. *Tidsskriftet – Den norske legeförening 138(13)*, 1264.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0398>

Refvem, O. K. (2014, 27. januar). *KOLS – kronisk obstruktiv lungesykdom*. LHL.
<https://www.lhl.no/lungesykdommer/KOLS/#treatment>

Sander, K. (2019, 05. september) *Reliabilitet*. Estudie.no
https://estudie.no/reliabilitet/#Reliabilitet_vs_validitet

Svartdal, F. (2018, 29. august). *Mestring*. Store norske leksikon.
<https://snl.no/mestring>

Thidemann, I. J. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Universitetet i Agder (2022, januar) *MeSH på norsk – begreper innen medisin og helsefag*.
Universitetet i Agder.
<http://mesh.uia.no>

Yohannes, A. M. Junkes- Cunha, M., Smith, J. & Vestbo, J. (2017). Management of Dyspnea and Anxiety in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Critical Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18/12, 1096.e1-1096.e17.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.09.007>

VEDLEGG I PICO

Utvidet PICO-skjema

Din problemformulering: Hvilke ikke-medikamentelle tiltak reduserer angst og/eller øker mestring hos pasienter med kols?	Type spørsmål: Effekt av tiltak
--	---

	P:	I:	C:	O:
Norsk formulering hentet fra din problemstilling	Pasienter med kols og angst	Ikke-medikamentelle tiltak		Mestring
MeSH ¹ ord	<ul style="list-style-type: none"> • COPD² • Chronic Obstructive Pulmonary Disease • COAD³ • Chronic Obstructive Airway Disease • Chronic Obstructive Lung Disease • Chronic Airflow Obstruction(s) • Anxiety • Hypervigilance • Social Anxiety • Anxieties, Social 	<ul style="list-style-type: none"> • Non-pharmacological • Non-pharmaceutical • Non-drug 		<ul style="list-style-type: none"> • Coping • Cope • Coping strategy • Coping mechanism • Coping skills • Self-management • Empowerment
AMED	Lung Diseases obstructive/ OR COPD AND anxiety			Self-management
CINAHL	(MH ⁴ «Pulmonary Disease, Chronic obstructive») OR (MH «Lung Disease, Obstructive) AND (MH «Anxiety»)	Non-pharmaceutical OR non-pharmacological OR non-drug		(MH «Coping+») OR coping strategies OR coping skills OR cope
PubMed	COPD AND anxiety			Coping OR self-management
Epistemonikos	COPD AND Anxiety	Non-pharmacological		Coping

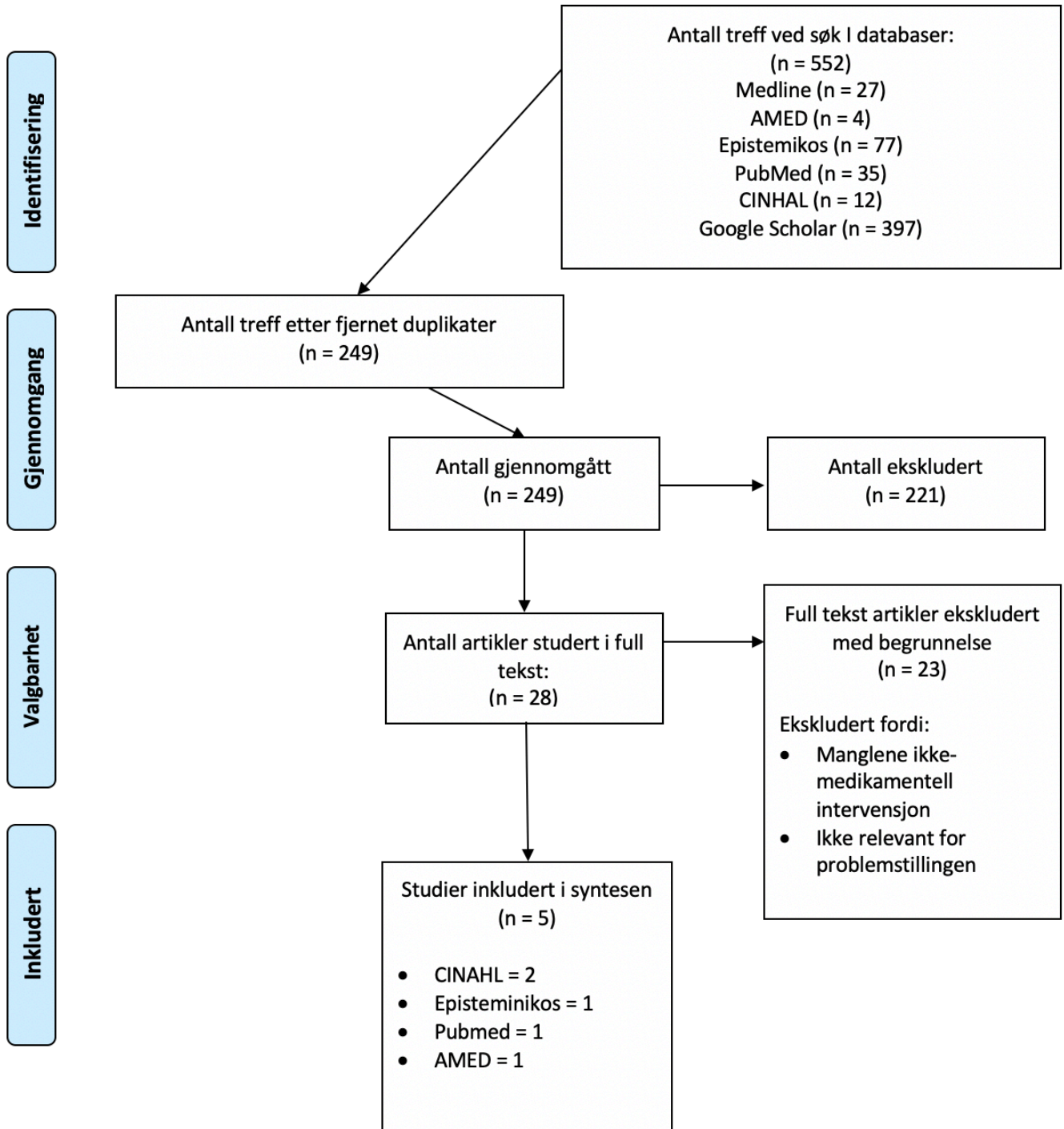
¹Medical Subject Headings, ²Chronic Obstructive Pulmonary Disease, ³Chronic Obstructive Airway Disease, ⁴MeSH

VEDLEGG II PRISMA FLOW

Flyt-skjema som viser søkeprosessen i databasene



PRISMA 2009 Flow Diagram



VEDLEGG III SØKEHISTORIKK

Fullstendig søkehistorikk.

AMED

1	Lung diseases obstructive/ or copd.mp.	1884
2	Anxiety/ or anxiety.mp.	5842
3	1 and 2	86
4	self-management.mp.	823
5	3 and 4 (2010-2022)	4

Brukt: 1

The effects of nurse-driven self-management programs on chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis

PubMed

1	(COPD AND Anxiety) AND (self-management OR coping OR Non-pharmacological)	267
2	(2010-2022)	218
3	(Norsk, dansk, engelsk)	35

Brukt: 1

Management of Dyspnea and Anxiety in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Critical Review

Epistemonikos

1	(COPD AND Anxiety) AND (coping OR Non-pharmacological)	229
2	(2010-2022)	172
3	(systematic review)	77

Brukt: 1

The Effect of Complex Interventions on Depression and Anxiety in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Systematic Review and Meta-Analysis

CINAHL

1	(Pulmonary Disease, Chronic Obstructive OR Lung Diseases, Obstructive)	25 864
2	(anxiety)	52 194
3	(coping)	35 601
4	(Pulmonary Disease, Chronic Obstructive OR Lung Diseases, Obstructive) AND (anxiety) AND (coping)	21
5	(2010-2022)	12
6	(Norsk, dansk, engelsk)	12

Brukt: 2

Effects of an Uncertainty Management Intervention on Uncertainty, Anxiety, Depression, and Quality of Life of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Outpatients

Exploring the benefits of a psychoeducation session for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and co-morbid depression and/or anxiety.

Tabell som viser hovedfunn i utvalgte artikler.

Referanse, Land & Årstall	Metode	Intervensjoner	Kartlegging av angst	Populasjon	Varighet	Konklusjon
<p><i>Exploring the benefits of a psychoeducation session for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and co-morbid depression and/or anxiety.</i></p> <p>Askey-Jones, R., & Hailes, K. England (Europa) (2020)</p>	<p>Kvalitativ metode med individuelle spørreskjema og fokus-grupper</p>	<p>Psykoedukasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informasjon om symptomer og mulige triggere for depresjon og angst • Kognitiv atferdsterapi 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient Health Questionnaire (PHQ)-9 • General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) 	<p>214 av 498 som ble tilbudt, deltok. Medianalder 70 år, fra 34 til 91 år. 75% over 65 år. Av 214 var det 163 som fullførte sesjonen. Ikke oppgitt fordeling mellom menn og kvinner.</p>	<p>Hver økt varte i 1 time. Totalt 74 sesjoner, men uvisst hvor mange sesjoner hver enkelt deltok på.</p>	<p>Nyttig med psykoedukasjon som en del av lungerehabilitering.</p>
<p><i>Management of Dyspnea and Anxiety in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Critical Review</i></p> <p>Yohannes, A. M., Junkes-Cunha, M., Smith, J., & Vestbo, J. England (Europa) (2017)</p>	<p>Oversiktsartikkel/ Kritisk vurdering</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lungerehabilitering • Kognitiv atferdsterapi • Yoga • Fysisk aktivitet • Psykoedukasjon • Selvledelse 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (mest brukt) • Beck Anxiety Inventory (BAI) • Anxiety Inventory for Respiratory disease (AIR) scale • Emotional State • Revised Symptom Checklist 90 • Spielberger State-Trait Anxiety Inventory 	<p>47 Inkluderte studier. n = 4595 3928 deltakere mottok intervensjonen mens 667 var i kontroll-grupper. Alder fra 58 til 75 år. Ikke oppgitt fordeling mellom menn og kvinner, nevner fordelingen i enkelte studier.</p>	<p>6 ukers lungerehabilitering 7 ukers lungerehabilitering 8 ukers lungerehabilitering 12 ukers lungerehabilitering</p> <p>Stor variasjon i antall sesjoner i uken og varighet</p>	<p>God effekt av lungerehabilitering og kognitiv atferdsterapi på kort sikt.</p> <p>I tillegg kom det fram at selvledelse, yoga-terapi og kognitiv atferdsterapi kombinert med lungerehabilitering hadde positiv effekt</p>

VEDLEGG IV SAMLESKJEMA Side 2 av 3

<p><i>Effects of an Uncertainty Management Intervention on Uncertainty, Anxiety, Depression, and Quality of Life of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Outpatients</i></p> <p>Jiang, X. & He, G. Kina (Asia) (2012)</p>	<p>Randomisert kontrollert studie.</p>	<p>Kognitiv atferdsterapi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strategier gitt gjennom en CD • Atferdsteori gjennom en manual 	<ul style="list-style-type: none"> • State-Trait Anxiety Inventory (STAI) • Hospital Anxiety and Depression Scale – Depression (HADS-D) 	<p>100 pasienter som ønsket å delta, 96 som fullførte n = 49 intervensjonsgruppen (68,1% menn) n = 47 kontrollgruppe (71,4% menn)</p> <p>Medianalder i intervensjonsgruppen = 64,7 år +-8,5 Medianalder i kontrollgruppe = 65,2 år +-8,96</p>	<p>Oppfølging hver uke i 4 uker etter utdelt intervensjon. Hver samtale varte i gjennomsnitt 35 min.</p>	<p>God effekt av kognitiv atferdsterapi gjennom usikkerhetshåndtering, kognitive strategier og atferdsendrende strategier</p>
<p><i>The Effect of Complex Interventions on Depression and Anxiety in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Systematic Review and Meta-Analysis</i></p> <p>Coventry, P.A., Bower, P., Keyworth, C., Kenning, C., Knopp, J., Garrett, C., Hind, D., Malpass, A. & Dickens, C. USA (Nord-Amerika) (2013)</p>	<p>Systematisk oversikt og metaanalyse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Psykoedukasjon • Livsstilsintervensjon 	<ul style="list-style-type: none"> • State-Trait Anxiety Inventory (STAI) • Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) • Beck Anxiety Inventory (BAI) • The Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) • Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) • Profile of Mood States (POMS-A) 	<p>35 inkluderte studier (n = 2063) Medianalder: 66,3 år Medianfordeling av menn: 59% Moderat til alvorlig kols. Noen med mild. 5 studier rekrutterte pasienter med identifisert depresjon og angst.</p>	<p>Gjennomsnitt antall kontakt: 18 (område 1-63)</p> <p>Lenge per sesjon varierte fra 30 til 240 min.</p> <p>Gjennomsnitt varighet av intervensjon var 11 uker.</p>	<p>Den mest effektive teknikken var flerkomponent trening. Små, ikke-signifikante effekter ble observert ved avslapping og kognitiv atferdsterapi.</p>

VEDLEGG IV SAMLESKJEMA Side 3 av 3

<p><i>The effects of nurse-driven self-management programs on chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis</i></p> <p>Helvacı, A. & Metin, Z. G. Tyrkia (Europa) (2020)</p>	<p>Systematisk oversikt og metaanalyse</p>	<p>Selvledelse-program</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anatomiske strukturer av luftveier og lunger • Patofysiologi • Vanlige symptomer • Forløp og sykdomsutvikling • Vanlige medisiner • Håndtering av dyspné • Daglig aktivitet • Pustetrening 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) 	<p>Totalt 2121 deltakere. Medianalder basert på 11 artikler var 61,4 (SD = 9,3) år. 55,6% (1212 personer) var menn. Stor variasjon av kolsgrader.</p>	<p>Oppfølgingsperioden varierte fra 2 til 24 måneder.</p>	<p>Konkluderer med at tilgjengelige bevis antyder fordelene i fysiske og psykososiale variabler blant pasienter registrert i selvledelse-program sammenlignet med kontrollgruppene.</p>
---	--	--	--	---	---	--

Tabell som viser styrker og svakheter i utvalgte artikler.

Artikkel	Styrker	Svakheter
<p><i>Exploring the benefits of a psychoeducation session for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and co-morbid depression and/or anxiety.</i> Askey-Jones, R., & Hailes, K. (2020)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formål tydelig formulert • Utformingen er hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen • Høy responsrate (76% fullførte) • Redegjort for etiske overveielser • Tydelig presentert begrensinger av studie. • Mange deltakere • IMRaD-struktur 	<ul style="list-style-type: none"> • Ikke benyttet kartleggingsverktøy etter program for å se forskjeller • Få deltakere i fokusgruppe i forhold til antall deltakere i sesjonene
<p><i>Management of Dyspnea and Anxiety in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Critical Review</i> Yohannes, A. M., Junkes-Cunha, M., Smith, J., & Vestbo, J. (2017)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formål tydelig formulert • Søkt i 5 databaser som er relevant for formålet • Grundig presentert flyt-skjema • Forskningen dekker lang tidsperiode • Presentasjon av data utvalg • IMRaD-struktur 	<ul style="list-style-type: none"> • Presenterer ikke konkrete data i resultatdelen, men henviser til inkluderte artikler • Redegjør ikke for etiske overveielser
<p><i>Effects of an Uncertainty Management Intervention on Uncertainty, Anxiety, Depression, and Quality of Life of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Outpatients</i> Jiang, X. & He, G. (2012)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formål tydelig formulert • Forklarer rekrutteringen i tekst og flow-skjema • Tydelig formulert intervensjon og hvordan målinger er utført • Presenterer hvordan statistisk analyse er utført • Presenterer resultater i tekst og tabell • IMRaD-struktur 	<ul style="list-style-type: none"> • Presenterer ikke randomiseringsmåten, uklart hvem som er blindet utenom sykepleierne • Redegjør ikke for etiske overveielser • Inkluderte ikke en oppmerksomhetsgruppe • Utvalget var begrenset til pasienter med diagnose i < 2 år med moderat til alvorlig KOLS. • Innhold og resultat er oversatt mellom kinesisk og engelsk flere ganger.

<p><i>The Effect of Complex Interventions on Depression and Anxiety in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Systematic Review and Meta-Analysis</i></p> <p>Coventry, P.A., Bower, P., Keyworth, C., Kenning, C., Knopp, J., Garrett, C., Hind, D., Malpass, A. & Dickens, C. (2013)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formål tydelig formulert • Søkt i 8 databaser som er relevant for formålet • Grundig presentert inkluderte artikler etter karakteristikkk på populasjon og karakteristikkk på intervensjoner • Presenterer risiko for bias i inkluderte artikler • Presenterer grundig hvordan dataanalyse og syntese er utført • Mange inkluderte artikler • Tydelig presentert resultater med tall fra meta-analyse • Presenterer implikasjoner for videre forskning og praktisering • IMRaD-struktur 	<ul style="list-style-type: none"> • Inkluderte studier skilte seg betydelig ut når det gjelder intervensjoner, pasientpopulasjoner, studiekvalitet og oppfølgingstider, noe som begrenser i hvilken grad brede konklusjoner kan trekkes om den generelle effektiviteten
<p><i>The effects of nurse-driven self-management programs on chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis</i></p> <p>Helvaci, A. & Metin, Z. G. (2020)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formål tydelig presentert • Søkt i 5 databaser som er relevant for formålet • Grundig presentert søkehistorikk med flow-skjema • Nøye presentert kartleggingsverktøy som er benyttet for hovedresultater • Presenterer karakteristikkk for inkluderte studier • Alle artikler er vurdert til Level 1b evidensnivå ved bruk av «CEBM assessment (Versjon, Mars 2009) • Presenterer risiko for bias i inkluderte artikler • Tydelig presentert resultater med tall fra meta-analyse • Presenterer relevans for klinisk praksis • IMRaD-struktur 	<ul style="list-style-type: none"> • Redegjør ikke for etiske overveielser • Inkluderer bare engelskskriftlige artikler • Varierte intervensjoner mellom de inkluderte studiene når det gjelder varighet av intervensjonen, antall økter, intervensjonsleverandører og innstillinger, noe som forårsaket heterogenitet i resultatene. • Ikke alle studier var inkludert i meta-analyse grunnet høy heterogenitet eller utilstrekkelig data