

BACHELOROPPGÅVE

Meistring av kolsrelatert angst

Coping with copd-related anxiety

Kandidatnummer 458

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse - og sosialvitenskap

Institutt for helse - og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 25.05.2022 kl 14.00

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.*

Samandrag

Tittel

Meistring av kolsrelatert angst.

Bakgrunn

Kronisk obstruktiv lungesjukdom (kols) er ein sjukdom som rammar svært mange. Mange pasientar med kols har angst som følge av sjukdomen, og det er ofte mindre fokus på den psykiske delen av sjukdomen. Det er viktig å ha kunnskap om korleis kols påverkar livssituasjonen til pasienten og korleis ein som sjukepleiar kan hjelpe pasienten til å meistre sjukdomen.

Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar hjelpe heimebuande pasientar med å førebygge at kols fører til angst?

Metode

Dette er ei litterær oppgåve der eg har henta data frå eksisterande fagkunnskap, forskning og teori.

Oppsummering av funn og konklusjon

Ut ifrå studiar, teori og egne erfaringar kjem det fram at ikkje-medikamentelle tiltak, som informasjon og kunnskap, i tillegg til fysisk aktivitet og trening er viktig for at pasientar med kolsrelatert angst skal meistre kvardagen i eigen heim. Som sjukepleiar er det viktig å halde seg oppdatert på informasjon om kvar enkelt pasient og tileigne seg kunnskap om sjukdomen, slik at det er forsvarleg for pasientar å bu heime. Pasientar med kols treng kunnskap og informasjon for å forstå og meistre angst relatert til sjukdomen. Det er viktig å gje tilpassa informasjon og opplæring av sjukdomen ut ifrå kva behov den enkelte har. Det kan vere vanskeleg for pasientar å setje i gang med trening på eigenhand. Som sjukepleiar er det viktig å motivere pasientar til fysisk aktivitet og trening, det kan føre til at pasientar meistrar episodar med dyspné betre.

Nøkkelord

Kronisk obstruktiv lungesjukdom, meistring, angst, livskvalitet

Summary

Title

Coping with COPD-related anxiety.

Background

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a disease that affects many people. Many patients with COPD have anxiety because of the disease, and there is often less focus on the mental part of having the disease. It is important to have knowledge about how COPD affects the patient's life situation and how nurses can help the patient to cope with the disease.

Problem statement

How can nurses help patients living at home prevent COPD from leading to anxiety?

Method

This is a literary assignment where I have taken data from existing professional knowledge, scientific research, and theory.

Summary of findings and conclusion

Based on studies, theory, and my own experiences, it emerges that non-drug measures, such as information and knowledge, in addition to physical activity and exercise, are important for patients with COPD-related anxiety to cope with their everyday life within their own homes. Patients with COPD need knowledge and information to understand and cope with anxiety related to the disease. As a nurse, it is important to stay up to date about information related to each individual patient and acquire knowledge about the disease, as it is justifiable for patients to live at home. It is important to adapt information and education of the disease based on the needs the individual has. It can be difficult for patients to start exercising on their own. As a nurse, it is important to motivate patients to conduct physical activity and exercise, it can lead to patients coping with episodes of dyspnoea in a better manner.

Keywords

Chronic obstructive pulmonary disease, coping, anxiety, quality of life

Innholdsliste

1 Innleiing.....	1
1.1 Introduksjon	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Avgrensing og presisering.....	2
2 Teori.....	2
2.1 Kols.....	2
2.2 Sentrale føringar	3
2.3 Heimesjukepleie	3
2.4 Meistring	4
2.5 Angst og dyspné.....	5
2.6 Behandlingsmåtar	6
3 Metode.....	7
3.1 Kjeldekritikk	9
3.2 Forskingsetikk	11
4 Presentasjon av forskingsartiklar	11
4.1 Artikkel 1	11
4.2 Artikkel 2	12
4.3 Artikkel 3	12
4.4 Artikkel 4	13
5 Drøfting	14
5.1 Informasjon, kunnskap og forståing.....	14
5.2 Fysisk aktivitet og trening	17
5.3 Meistringsstrategiar	19
6 Konklusjon.....	20

Litteraturliste..... 21

1 Innleiing

1.1 Introduksjon

Kroniske sjukdomar i nedre luftvegane var ei av dei hyppigaste dødsårsakene i Noreg i 2016 (Folkehelseinstituttet, 2018). Kronisk obstruktiv lungesjukdom (kols) er ein kronisk sjukdom og er eit samleomgrep for lungesjukdomar som har som kjenneteikn at luftstrømmen blir hindra gjennom luftvegane og det blir tyngre å puste (Brodtkorb, 2018, s. 385). Sidan talet på eldre aukar, vil tal personar som lev med kols halde seg høgt i åra framover. I 2018 var det registrert at omlag 150 000 nordmenn over 40 år hadde varierende grad av kols. For personar med framskriden kols kan sjukdomen gje nedsett funksjonsevne, pusteproblem, auka risiko for andre sjukdomar og forverring av sjukdomen som fører til innlegging i sjukehus (Folkehelseinstituttet, 2018). I følgje *The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* kan sjukdomen graderast frå 1-4: mild, moderat, alvorleg og svært alvorleg kols (Bakkelund et al., 2020, s. 134-135).

Hovudsymptomet på kols er dyspné og blir definert som tung pust (Bakkelund et al., 2020, s. 137). Pasientar som ikkje får nok luft kan bli redde, irritable og utmatta. Når sjukdomen utviklar seg blir dei meir avhengig av andre fordi dei kan oppleve å miste kontroll over eigen kropp (Brodtkorb, 2018, s. 385). Daglege episodar med dyspné kan føre til redusert livskvalitet og kan vidare utvikle seg til angst og depresjon. Dette kan føre til at sjukdomen styrar livet og det blir tyngre å utføre daglege gjeremål (Bakkelund et al., 2020, s. 170). Eit mål er at desse pasientane skal få hjelp til å meistre sjukdomen i kvardagen. Meistring blir knytt til mennesket si evne til å handtere hendelsar i livet og belastning som går over utfordringar i kvardagen (Renolen, 2015, s. 166).

Dei siste åra har det skjedd store endringar i samfunnet, helsepolitikken og helsetenestene. Det har medført at fleire med behov for helsehjelp bur heime og mottok sjukepleie i heimen. Heimesjukepleie skal bidra til at den enkelte meistrar kvardagen i eigen heim, og sikre at pasienten skal få dekkja sine grunnleggjande behov og få nødvendig helsehjelp (Fjørtoft, 2016, s. 17-18).

Gjennom praksisperiodar har eg møtt pasientar med kols i ulike stadium, og eg har opplevd at pasientar blir redde fordi dei ikkje veit korleis dei skal handtere situasjonar med sjukdomen. I oppgåva ynskjer eg å fordjupe meg i korleis kols påverkar kvardagen til pasientar, og korleis

ein som sjukepleiar kan hjelpe pasientar med å førebyggje angst ved kols. Pasientar med kols treng kunnskap om sjukdomen, behandling og korleis førebyggje angst (Bakkelund et al., 2020, s. 170). Angst kan oppstå som ein psykisk reaksjon på ein stressande livssituasjon og blir definert som ein diffus uro, som kan skifte mellom å vere vag, lammande og valdsam (Kvaal, 2018, s. 439). I oppgåva blir angst knytt til redsle for å ikkje få nok oksygen. Som framtidig sjukepleiar kjem eg til å møte pasientar med kolsrelatert angst, både i heimen, i institusjon og på sjukehus. På bakgrunn av dette vil det vere viktig å tileigne seg kunnskap om korleis ein som sjukepleiar kan hjelpe desse pasientane.

1.2 Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar hjelpe heimebuande pasientar med å førebygge at kols fører til angst?

1.3 Avgrensing og presisering

Eg har valt å avgrense oppgåva til å omhandle pasientar med sjukdomen kols i stadium 3 og 4. Her har mange behov for sjukepleie fordi sjukdomen ofte har stor innverknad på livet (Bakkelund et al., 2020, s. 135). Personar bur lengre heime med funksjonssvikt (Fjørtoft, 2016, s. 19). Oppgåva er derfor avgrensa til å omhandle pasientar som bur heime og får hjelp av heimesjukepleie. Mange pasientar med kols har både angst og depresjon som følge av sjukdomen (Bakkelund et al., 2020, s. 138), men i oppgåva har eg valt å utelukka depresjon, sjølv om det kan vere til stades og påverke pasienten. Eg har valt å skrive om ikkje-medikamentelle tiltak knytt til kolsrelatert angst. Oppgåva vil ta for seg pasientar med kols som er relativt nye for heimesjukepleien. Eg har òg valt å utelukka relasjonsbygging mellom sjukepleiar og pasient ettersom oppgåva då ville blitt for omfattande.

2 Teori

I dette kapitlet har eg gjort greie for relevant teori som skal bidra til å belyse oppgåvas problemstilling.

2.1 Kols

Kols inneheld hovudsakleg sjukdommane kronisk obstruktiv bronkitt (innsnevring av luftvegar) og emfysem (øydela lungealveolar). Mange med kols har ofte ein kombinasjon av desse (Bakkelund et al., 2020, s. 133). Kols har ein progredierende (framskridande)

utvikling, og den tapte lungefunksjonen er permanent. Sjukdomen kan derfor ikkje kurerast, men som sjukepleiar kan ein bidra til å behandle symptom og bremse sjukdomsutvikling (Brodtkorb, 2018, s. 385).

Røyking er den vanlegaste årsaka til kols, men mange held seg friske sjølv om dei røyker. Dette har samband med at det også er genetisk årsak som fører til utvikling av sjukdomen. Førekomsten av sjukdomen aukar med alderen. Andre dokumenterte årsaker til kols er astma, langvarig yrkeseksponering for støv og kjemikaliar, utandørs luftforureining som gir stor total belastning av inhalerte partiklar, passiv røyking, hyppige lungeinfeksjonar i yngre alder og innandørs forureining frå fossile brennstoff. Vanlege symptom ved kols er kronisk hoste i periodar eller kvar dag, kronisk slimproduksjon i luftvegane, fleire episodar med akutt bronkitt og tung pust som forverrar seg over tid (Bakkelund et al., 2020, s. 133-134).

2.2 Sentrale føringar

Ifølge yrkesetiske retningslinjer skal ein som sjukepleiar fremje pasienten sin moglegheit til å ta sjølvstendige val ved å gi tilstrekkeleg, tilpassa informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Sneltvedt, 2017, s. 111). Det står også sentralt i pasient- og brukarrettighetslova (1999, § 3-2) at pasienten har rett på informasjon som er nødvendig for å få innsikt i eiga helsetilstand og innhaldet i helsehjelpa. Sjukepleiar saman med blant anna lege og fysioterapeut har ansvar for å gje den informasjonen pasienten treng for å leve godt med sjukdomen (Bakkelund et al., 2020, s. 171).

Dei yrkesetiske retningslinjene bygg på grunnprinsippa til det internasjonale sjukepleiarrådet, og beskriv ideal for viktige moralske og praktiske handlingar innanfor sjukepleie. Desse gjeld for norske sjukepleiarar og er eit verktøy for refleksjon og fagleg argumentasjon som vil vere til hjelp når ein utfører handlingar i praksis (Sneltvedt, 2017, s. 97). Retningslinjene er grunnleggjande menneskerettar som byggjer på verdiar som miskunn, omsorg og respekt. Den fundamentale plikta til sjukepleiaren kan ein formulere i fire punkt: å fremje helse, å forebygge sjukdom, å lindre lidning og å sikre ein verdig død (Sneltvedt, 2017, s. 100).

2.3 Heimesjukepleie

Heimesjukepleie er tilbod om helsehjelp i heimen når sjukdom, nedsett funksjon, alder eller livssituasjon fører til at personar har behov for hjelp (Fjørtoft, 2016, s. 17). Som sjukepleiar

må ein ha kunnskap om sjukdomen til pasienten, samt symptom og komplikasjonar. Det er også viktig å ha forståing for korleis det er å leve med sjukdomen og korleis ein kan hjelpe den enkelte til å meistre kvardagen. Kronisk sjuke er den største pasientgruppa i heimesjukepleien, og sjukdom kan føre til at pasienten opplev tap av fysiske funksjonar, sosiale rollar og relasjonar, sjølvfølelse og tap av kontroll (Fjørtoft, 2016, s. 49). Målet med heimesjukepleie er å hjelpe den enkelte til å oppnå meistring i heimen så lenge det er forsvarleg og ynskjeleg. Det er viktig at helsepersonell har god innsikt i pasienten sin situasjon og kva som skal til for å bidra til best mogleg livskvalitet (Fjørtoft, 2016, s. 17). Ein viktig og avgjerande ressurs i heimesjukepleien er at sjukepleiarane har tilstrekkeleg kompetanse slik pasienten blir ivarettatt på ein forsvarleg måte. Pasientar har krav på å bli møtt av flinke fagpersonar (Fjørtoft, 2016, s. 213).

I heimesjukepleien er det viktig med godt samarbeid. Det er mange tilsette og det er ei døgnkontinuerleg teneste der dei tilsette går turnus på dag-, kveld-, natte- og helgevakter. Det føre til at pasientar får hjelp av fleire forskjellige hjelparar, og pasientar kan oppleve at tenesta manglar kontinuitet og tryggleik. Det er viktig at dei tilsette har faglege diskusjonar og informasjonsutveksling som sikrar eit godt samarbeid. Då får pasientane nytte av personalet sine erfaringar og deira kompetanse. Gode rapportar, dokumentering og hyppige samarbeidsmøte er viktig for å sikre mest mogleg kontinuitet og samordning (Fjørtoft, 2016, s. 203).

2.4 Meistring

Meistring er eit resultat av indre ressursar og handlingsevne. Det handlar om korleis personar møter vanskelege livssituasjonar for å finne mening i livet, samt handtere og kontrollere vanskelege situasjonar som ein kjem over (Haugan & Rannestad, 2018, s. 142). Meistring kan handle om handtering av forskjellige følelsar eller løysing av problem. Meistringsstrategiar kan vere så mangt. For nokre pasientar kan det å skape struktur og rutiner i kvardagen vere ei løysing, medan det for andre kan vere fysisk aktivitet (Eriksson, 2012, s. 388).

Antonvskys salutogene sin modell legg vekt på kva som kan bidra til meistring og helse. Eit salutogenetisk perspektiv skildrar helse som eit kontinuum om kva som gjer oss eller held oss friske, i staden for at vi vert omtala som enten friske eller sjuke. Det blir lagt vekt på individet si historie og kva meistringsevne personen har vist før. Eit viktig omgrep i denne teorien er

opplevinga av samanhengen. Det består av tre komponentar. Begripelighet går ut på at personen må forstå kva som skjer, altså kognitiv forståing. Handterbarhet omfattar ein følelse av at utfordringar kan handterast. Meiningsfullhet, skapar lyst til å finne meir forståing og dei ressursane ein har å bruke. Begripelighet, handterbarhet og meiningsfullhet heng saman og påverka kvarandre. Høg grad av meiningsfullhet og begripelighet fører til at motivasjonen aukar for å søke etter ressursar til meistring (Renolen, 2015, s. 172-173). Sjukepleiar si oppgåve er å støtte, samarbeide og legge forholda til rette for å hjelpe pasienten til å finne individuelle mestringsstrategiar (Brodtkorb, 2018, s. 386).

Håp er viktig for menneska si evne til å meistre. Det er dette som gjer det meiningsfullt for alvorleg sjuke å bringe fram ytre og indre ressursar, følelsen av at det kan vere lys i tunellen. Ei sterk kjensle av håp vil også mobilisere energi og kan gje krefter til å takle motgang. Svakt håp kan gje frustrasjon og apati. Som sjukepleiar kan ein hjelpe pasienten til å oppnå håp ved å vise ærlegdom, respekt, ta seg tid til å snakke, gi informasjon, vere høfleg, omsorgsfull og hjelpsam. Det viktigaste faktoren som kan redusere håp hjå pasientar er måten informasjon blir gitt på (Renolen, 2015, s. 174).

2.5 Angst og dyspné

Pasientar med kols er ofte prega av angst, uro og redsle. Det er fordi opplevinga av å ikkje få nok luft er skremmande (Brodtkorb, 2018, s. 385). Angst kan oppstå plutselig og utan noko varsel. Det skjer ofte saman med fysiske reaksjonar som pustevanskar og følelse av kveling, hjarteklapp, auka eller uregelmessig hjarrefrekvens, sveitning, skjelving, smerte i brystet, kvalme, kjensla av å bli nummen, svimling og dødsangst (Helsedirektoratet, 2017).

Angst og aukande tung pust hjå personar med kols heng saman med kvarandre og kan føre til ein vond sirkel. Kjensla av å ikkje få nok luft leiar ofte til angst. Det er ofte det første teiknet på forverring i pusten hjå personar med kols. Pasientar kan då oppleve at brystkassa knyt seg saman og det gir kjensla av kveling. Denne kjensla gir auka stressnivå og kan føre til angst. Dei som opplever daglege episodar med dyspné kan vere redde for å forlate heimen på grunn av uvissa om når neste anfall med dyspné oppstår (Bakkellund et al., 2020, s. 138).

For å lære seg å meistre angst treng pasienten informasjon og kunnskap. Dette kan dempe angsten og gje pasienten ei betre oppleving (Stubbeurd, 2015, s. 433). Ved at sjukepleiar hjelp

pasienten til å forstå kva pasienten sjølv kan gjere for å lette dyspné, kan ein gjere om angst til ei meir handterbar frykt. Som sjukepleiar er det viktig å undervise og rettleie i teknikkar. Det kan hjelpe pasienten med å roe ned pusten, og kan føre til betre kontroll. Dette kan gjere det enklare for kvart menneske å forstå korleis ein sjølv kan handtere situasjonar med dyspné og angst (Bakkeland et al., 2020, s. 170). Tryggleik, angstreduksjon og kunnskap om angst er tre behov som sjukepleiar må dekke for å hjelpe pasientar med sterk angst. For å oppnå tryggleik treng sjukepleiar kunnskap om korleis pasienten si forståing av angsten er og korleis pasienten prøver å meistre den (Hummelvoll, 2012, s. 164).

Pasientar som er prega av angst er ofte sårbare, samtidig som dei er sensitive for haldningar dei møter i miljøet rundt seg. Støttesamtaler er eit av dei viktigaste hjelpemidla ein som sjukepleiar har i behandling av angst. Som sjukepleiar er det viktig å forstå pasienten sine opplevingar, kjensler og perspektiv (Kvaal, 2018, s. 447-448).

Psykoterapi, fysisk aktivitet og medikamentell behandling har vist dokumentert effekt på både angst og depresjon. Den mest brukte forma for psykoterapi i behandling av angst er kognitiv åtferdsterapi, som går ut på at ein lærer, kjenner og forandrar negativt tankemønster (Kvaal, 2018, s. 444-445). Medikamentell behandling har plagsame biverknadar i behandling av angst og depresjon. Dette kan vere slik som skjelvingar, kvalme og uro. Det har òg mogeleg samanheng med høgare utbreiing av sjølv mord, og bør difor vere siste alternativ (Kvaal, 2018, s. 446).

2.6 Behandlingsmåtar

Motivasjon og innsats er viktig for å klare å meistre og bremse utvikling av kols. Dersom pasientar med kols røyker vil røykeslutt vere det som har best effekt på å bremse sjukdomsutviklinga (Bakkeland et al., 2020, s. 177). Det kan for mange menneske vere vanskeleg ettersom røykinga tidelegare har verka angstdempende og blitt ei rutine (Bakkeland et al., 2020, s. 138).

Pasientar med kols bør få informasjon om effekten av fysisk aktivitet gjennom daglege gjeremål (Helsedirektoratet, 2022). Pasientar med kols brukar mykje energi på å puste, og dermed kan dei ha lite overskot til andre aktivitetar. Mange pasientar vil ofte unngå aktivitetar som fører til tung pust, og blir derfor inaktive. Dersom det er nødvendig med opplæring i spesifikke fysiske øvingar bør ein trekke inn fysioterapeut. Som sjukepleiar er det viktig å

motivere til trening og gje bekrefting på at det er ubehageleg å bli tungpusten ved fysisk aktivitet, men at det er ikkje farleg (Brodtkorb, 2018, s. 386-387). Fysisk trening kan bidra til å oppretthalde muskelmasse, rørsle, førebygge forverring av sjukdom og funksjon. Trening kan auke uthald og dermed føre til at pasienten betre toler periodar med dyspné (Bakkeland et al., 2020, s. 178).

Alvorlegheitsgrada av kols vil gå utover pasienten sin fysiske form og utgangspunkt for å vere i aktivitet, men det er likevel tilrådd å dagleg vere 30 minutt i fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet og trening føre til at pasientar med kols og dyspné tølir meir slik at det blir lettare å utføre daglege gjeremål og aktivitetar. Det fører også til auka sjølvtilitt, meistring av sjukdomen og livskvalitet (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke [LHL], 2021).

Lungerehabilitering har vist god effekt på å redusere symptom, bremse sjukdomsutvikling og betre livskvalitet. Rehabiliteringstiltak som er spesielt viktige ved kronisk lungesyjukdom er livsstilsending som røykeslutt, fysisk aktivitet og trening, pasientundervisning og psykososial støtte (Bakkeland et al., 2020, s. 177).

3 Metode

I oppgåva har eg valt å bruke litterært studie som metode og har samla inn data frå eksisterande fagkunnskap, forskning og teori i tråd med Daland (2019, s. 207).

For å finne relevant forskning som gjer greie for problemstillinga, blei det nytta ein god søkjeopprosess (Thidemann, 2019, s. 82). Gjennom studiet har biblioteket hatt nokre undervisningstimar om databasar der ein kan finne god og relevant forskning i forhold til tema. For å finne forskning som var relevant for tema har eg brukt databasane Academic Search Elite, CINAHL og MEDLINE. Ein kan søke i dei tre databasane samtidig. Eg har i tillegg brukt databasen SveMed+ for å finne ein norsk forskingsartikkel.

I tråd med Thidemann (2019, s. 86) nytta eg databasen SveMed+ sitt emneordsystem MeSH (Medical subject headings) for å finne synonym og omsetje dei norske søkeord «kols», «heimesjukepleie», «angst», «mestring», «pasient», og «dyspné» til engelsk. For å få eit meir begrensa søk i databasane kombinerte eg søkeord med AND og OR. Eg brukte AND for å kombinere fleire søkeord og OR for å få treff som inneheld søkeord 1 eller søkeord 2 eller

begge orda (Thidemann, 2019, s. 87). Eg merka fort at det var mykje forskning innan temaet kols og for å få den nyaste og mest oppdaterte forskinga har eg derfor avgrensa søka frå 2017-2022. For å kartleggje om forskingsartiklane var relevante for oppgåva mi byrja eg å lese overskrifter på artiklar og deretter samandrag. Artiklar eg synest var relevante og interessante for å belyse oppgåvas problemstilling leste eg grundig (Thidemann, 2019, s. 91). Alle søka mine er avgrensa til «peer reviewed» (fagfelleurdert).

I søka mine gjekk eg innpå Academic Search Elite og inkluderte MEDLINE og CINAHL. Eg brukte søkeorda «COPD or chronic obstructive pulmonary disease», AND «anxiety» AND «home care services» som gav 15 treff. Artikkelen «Home-based COPD psychoeducation: A qualitative study of the patients' experiences» (Bove et al., 2017) vart vald. I det neste søket brukte eg søkeorda «COPD or chronic obstructive pulmonary disease» AND «anxiety» AND «dyspnoea» AND «patient» som gav 132 treff. Artikkelen «Individualized breathlessness interventions may improve outcomes in patients with advanced COPD» (Qian et al., 2018) vart vald.

Eg gjorde eit søk der eg kombinerte «COPD or chronic obstructive pulmonary disease» AND «anxiety» AND «quality of life» AND «patient» som gav 564 treff. For å minke antal resultat avgrensa eg årstal frå 2019-2022 som gav 363 treff. Før eg rakk å avgrense søket la eg merke til artikkelen «Mind-Body Exercise for Anxiety and Depression in COPD patients: A Systematic Review and Meta-Analysis» (Li et al., 2019). Eg las samandraget, deretter heile artikkelen og eg synest det var ein relevant artikkel å inkludere i oppgåva.

I databasen SveMed+ kombinerte eg søkeorda «pulmonary disease chronic obstructive» AND «quality of life» som gav 64 treff. Deretter avgrensa eg til norske artiklar som gav 7 treff og valde artikkelen «Et bedre liv med KOLS-erfaringer med en lavterskelmodell for lungerehabilitering i kommunehelsetjenesten» (Bruusgaard et al., 2019).

Eg har brukt bøker frå tidelegare pensum for å finne fram til anna litteratur utanom forskning som er relevant for å gjer greie for oppgåvas problemstilling. Eg har brukt nettsider som Folkehelseinstituttet.no og Helsedirektoratet.no for å gjere greie for korleis temaet er samfunns- og sjukepleieaktuelt. For å finne fram til relevant lovverk har eg brukt Lovdata.no, yrkesetiske retningslinje for sjukepleiarar og nasjonale faglege retningslinje (Helsedirektoratet, 2022; Sneltvedt, 2017, s. 111).

3.1 Kjeldekritikk

For å kritisk vurdere forskingsartiklane har eg brukt sjekklister frå Helsebiblioteket. Dette er eit hjelpemiddel for å kartleggje om innhaldet er relevant for å gjere greie for problemstillinga, kva resultatata sa, og om dei er til å stole på. Artiklane til Bove et al. (2017) og Bruusgaard et al. (2019) er vurdert opp mot sjekklister for kvalitativ studie. Artikkelen til Qian et al. (2018) er todelt og er derfor vurdert opp mot sjekklister både for kvalitativ studie og randomisert kontrollert studie (RCT) fordi det er ein forstudie før RCT. Artikkelen til Li et al. (2019) er vurdert opp mot sjekklister for oversiktsartikkel. Artiklane i denne oppgåva er etisk vurdert og kvar enkelt artikkel har presentert korleis forfattarane har ivaretatt personvern og andre etiske omsyn (Helsebiblioteket, 2016).

Bove et al. (2017) har presentert ein vitenskapleg artikkel i tidsskriftet *Journal of Psychosomatic Research*, som er eit tverrfagleg tidsskrift retta mot psykologi og medisin. Artikkelen beskriv psykoedukasjon utført av sjukepleiarar, men for å utføre kognitiv atferdsterapi og psykoedukasjon treng ein spesialutdanning. Sjølv om det ikkje er ein del av utdanninga til sjukepleiarar synest eg den er relevant for sjukepleiarar, fordi ein kan ta med seg viktige ikkje-medikamentelle tiltak frå studien, som kan brukast i møte hjå pasientar med kolsrelatert angst.

Qian et al. (2018) har presentert ein vitenskapleg artikkel i tidsskriftet *Official Journal of the Asian Pacific Society of Respiriology*, som er tidsskrift retta mot respiratorisk biologi og sjukdom. Det var 26 personar med i den kvantitative studien. Dette kan vere ein svakheit for oppgåva mi fordi det er eit lite grunnlag og det er nødvendig å utforske funna meir for å seie om resultatata er truverdige. Eg vel likevel å ha denne artikkelen med fordi andre artiklar og teori som eg har inkludert i oppgåva styrka funna i artikkelen. Det var også ei undergruppe der 9 av deltakarane kvalitativt vurderte intervensjonane og desse kom med tydelege tilbakemeldingar.

Li et al. (2019) har presentert ein vitenskapleg artikkel i tidsskriftet *International Journal of Enviromental Research and Public Health* som blant anna dekkjar folkehelse. Artikkelen viser kor viktig det er at sjukepleiar motivera pasientar med kols til trening.

Bruusgaard et al. (2019) har presentert ein vitenskapleg artikkel i tidsskriftet *Fysioterapeuten*, som er Noregs største fagtidsskrift for fysioterapeutar. Artikkelen beskriv pasientar i kommunehelsetenesta sine erfaringar med interprofesjonelt lågterskel rehabiliteringstilbod for personar med kols. Den er relevant fordi den syner korleis fysioterapeutar og sjukepleiarar kan jobbe saman med å byggje opp og styrke pasienten sine ressursar for å meistre dyspné og angst.

Fagfeltet endrar seg fort og ein styrke ved denne oppgåva er at eg har anvendt fagleg oppdatert forskning. Sjølv om artiklane i oppgåva er frå forskjellige land, har eg vurdert artiklane til at dei har relevant innhald for å belyse oppgåvas problemstilling. Databasane eg har brukt for å finne forskning er tilrådd av Høgskulen på Vestlandet. I oppgåva er tre av fire artiklar skrivne på engelsk, og dette kan både vere eit sterkt og eit svakt punkt for oppgåva. Eit svakt punkt kan vere at eg har tolka dei engelskspråklege artiklane på feil måte, men for å redusere denne svakheita har eg brukt ordbok som hjelpemiddel når eg var usikker på kva ordet betydde. Det kjem ikkje tydeleg fram i alle artiklane korleis busituasjonen til deltakarane er, men fleirtalet av pasientane med kols er heimebuande (Folkehelseinstituttet, 2018).

Eg har mellom anna brukt pensumlitteratur frå *Geriatrisk sykepleie* (Brodtkorb, 2018; Kvaal, 2018), *Grunnleggende kunnskap i Klinisk sykepleie* (Stubberud, 2015) og *Klinisk sykepleie 1* (Bakkeland et al., 2020) som skriv både om kols og angst, *Hjemmesykepleie* (Fjørtoft, 2016) som inneheld informasjon om korleis ein som sjukepleiar kan hjelpe pasientar på best mogleg måte i heimen. Pensumlitteraturen som er brukt i oppgåva inneheld mykje relevant og nyttig informasjon som gir eit godt grunnlag for å gjere greie for oppgåvas problemstilling. Ingen bøker er eldre enn ti år, og eg har prøvd å halde meg til dei nyaste utgåvene av bøkene, men i nokre tilfelle har eg brukt eldre utgåver på grunn av manglande tilgang på den nyaste utgåva. Eg har prøvd å nytte primærkjelder, men ved nokre tilfelle i pensum-og faglitteratur har eg nytta sekundærkjelde. I desse høva har eg valt å stole på sekundærkjelda (Dalland, 2019, s. 162).

3.2 Forskingsetikk

I oppgåva blir erfaringar frå praksis brukt for å støtte opp under teoriane som blir drøfta, utan at opplysningane vil identifisere enkeltpersonar. I tråd med Dalland (2019, s. 239) har eg haldt personane anonyme ved å ikkje utlevere namn, personnummer eller bakgrunnsvariablar.

4 Presentasjon av forskingsartiklar

I denne delen av oppgåva har eg kort presentert forskingsartiklane med tittel, forfattar, hensikt, metode og funn frå kvar artikkel.

4.1 Artikkel 1

«Home-based COPD psychoeducation: A qualitative study of the patients' experiences»
(Bove et al., 2017).

Hensikta med denne studien er å undersøke om psykoeduaktiv behandling gjennomført av sjukepleiarar kan hjelpe pasientar med alvorleg kols til å redusere symptom på angst. Målet med intervensjonen var å støtte pasientar med kols og symptom på angst til å endre tolking og reaksjon på fysiske og psykiske symptom knytta til dyspné og angst. Det er ein kvalitativ studie frå Danmark, der 20 pasientar deltok i semistrukturerte intervju og deltakarane var frå 58-88 år. Intervensjonane som sjukepleiarar gjennomførte, starta med eit djupneintervju om pasienten sin sjukdomssituasjon. Sjukepleiarane fekk innsikt i korleis pasientane handterte dyspné og relatert angstanfall. Tiltaka bestod av éin times samtale i heimen, som var basert på kognitiv atferdsteori og psykoedukasjon. Det skulle bidra til at pasientane fekk kunnskap og meistring til å kjenne igjen symptom og vidare kunne handtere negativt tankemønster og åtferd. Intervensjonen handlar om å forstå samanheng mellom tankar, følelsar, åtferd og kroppsleg opplevingar i situasjonar som er prega av dyspné og angst. Pasientane fekk også utdelt to laminerte kort med forklaring av to pusteteknikkar (Bove et al., 2017).

I studien blei det gjort tre hovudfunn: **1)** Ved å gjere angsten synleg blei det lettare å handtere den. Pasientane følte at dei var åleine med angsten, og la vekt på at det var vanskeleg for nokre pårørande å forstå situasjonen. Ved at sjukepleiar inviterte deltakarane til å snakke om angsten blei kjensla av å vere aleine redusert, og det førte til ein lettelse for pasientane som gjorde angsten handterbar. **2)** Angstmeistring handlar om å få kontroll over tankane. Ved å få

kontroll over egne tankar hjalp det pasientar med å redusere angst og dyspné. Korta gav dei tryggleik til å meistre framtidige angstanfall **3) Å vere aleine med angst og dyspné.** Samtalen som var basert på åtferdsteori og psykoedukasjon var til nytte for pasientane. Sjukepleiar hjalp dei til å auke kunnskap, noko som gav dei håp og følelse av å ha kontroll. Gjennom dette fekk pasientane forståing av eige symptombilde og kunnskap om korleis dei kunne handtere dyspné og angst (Bove et al., 2017).

4.2 Artikkel 2

«Individualized breathlessness interventions may improve outcomes in patients with advanced COPD» (Qian et al., 2018).

Hensikta med studien er å undersøke om ein individualisert plan har effekt for pasientar med kols og pustevanskar i Australia. I studien var det 26 deltakarar med alvorleg kols, og pasientane hadde ein gjennomsnittsalder på 74 år. Deltakarane fekk utdelt ein pustepakke som bestod av ei handhalden vifte, informasjonsbrosjyre og ein individuell plan for dyspné. Ved starten vart det levert ut eit validert spørjeskjema om dyspné, livskvalitet og angst/depresjon. Informantane fylte ut skjemaet på nytt etter seks veker (Qian et al., 2018).

Det kjem fram at pusteøvingar og den handhaldne vifta hjalp pasientar med å redusere opplevinga av dyspné. Pasientane brukte dei individuelle skriftlege planane i episodar med dyspné. Ved at dei lærte seg korleis dei skulle handtere dyspné, og ved å trygge seg sjølve på at episodar med dyspné vil gå over, dempa det kjensla av panikk. Etter seks veker var det ei betydeleg forbetring av pusten, reduksjon i dyspné-skåre og reduksjon av angst (Qian et al., 2018).

4.3 Artikkel 3

«Mind-Body Exercise for Anxiety and Depression in COPD patients: A Systematic Review and Meta-Analysis» (Li et al., 2019).

Hensikta med artikkelen er å undersøke om tidelegare randomiserte kontrollerte studiar med trening gav effekt for kols pasientar med angst og depresjon. 13 kvalifiserte RCT studiar blei brukt til metaanalyse og fleirtalet blei testa i Kina. Deltakarane var frå 45 til 85 år og det var totalt 906 deltakarar. Alle deltakarane hadde angst og/eller depresjon, i tillegg til kols. Studien

blei gjennomført ved at deltakarane var fordelt i treningsveker med varierende treningstimar. Det var tilfeldig kva alder og grad av kols deltakarane hadde. Dei ulike studia varte alt frå 8 til 48 veker. Det var regelbunden oppfølging og samanlikning av tidelegare resultat i forhold til angst og depresjon (Li et al., 2019).

Det kjem fram at kroppstrening (tai chi, helse-qigong, yoga) hadde effekt på å redusere angst og depresjon hjå personar med kols. Ved denne type trening fekk deltakarane både fysisk aktivitet og lærte seg pusteteknikkar som var relatert til treninga. Dette hjalp deltakarane med å få kontroll på pusten (Li et al., 2019).

4.4 Artikkel 4

«Et bedre liv med KOLS-erfaringer med en lavterskelmodell for lungerehabilitering i kommunehelsetjenesten» (Bruusgaard et al., 2019).

Hensikta med artikkelen er å finne ut om ulike verktøy i ein lungerehabiliteringsmodell ville hjelpe pasientar med kols til å handtere symptom. Målet med tiltaka var at pasientane utvikla kompetanse gjennom å underbygge opplevelse av kontroll og mestringssevne. Det var 20 deltakarar med ein gjennomsnittsalder på 71 år som deltok i eit åtte vekers rehabiliteringsprogram. Programmet inneheldt gruppetrening to gongar i veka, pasientopplæring og optimalisert medikamentell behandling. Studien har eit kvalitativt design med fokusgruppeintervju og blei gjennomført i Noreg (Bruusgaard et al., 2019).

Det kjem fram at det er nødvendig med auka informasjon og tilbod om oppfølging hjå pasientar med kols. Rehabiliteringstilbodet har ført til at pasientar har utvikla pasientkompetanse gjennom styrka oppleving av eigenkontroll og mestringssevne. Det har gitt deltakarane verktøy til å meistre utfordringar med pusten gjennom erfaringar med kroppen, kunnskap og større forståing av sjukdomen. Det kjem også fram at å trene og møte personar i same situasjon bidrog til trivsel, tryggleik og betre arbeidskapasitet i kvardagen, men det var utfordrande for personar med kols å halde fram med trening utan ei eller anna form for oppfølging. Studien viser kor viktig det er at sjukepleiarar overfører kunnskap til pasientar slik dei får større forståing av sjukdomen. Studien viser også at det er viktig å motivere pasientar til fysisk aktivitet fordi det fører til stor helsegevinst (Bruusgaard et al., 2019).

5 Drøfting

Dei fleste pasientar med framskriden kols, som eg har møtt i praksisen min, hadde ei form for angst i ulik grad. Mange pasientar med kols som er plaga med dyspné, utviklar angst fordi dei ikkje veit korleis dei skal handtere situasjonar med dyspné (Bakkelund et al., 2020, s. 170).

I dette kapittelet drøftar eg korleis sjukepleiarar kan hjelpe heimebuande pasientar med kols til å førebyggje angst. Det blir drøfta opp mot presentert teori, forskning og erfaringar frå praksis.

5.1 Informasjon, kunnskap og forståing

For at ein som sjukepleiar i heimesjukepleien skal hjelpe pasientar med kols til å førebyggje angst, er det viktig at sjukepleiar alltid er oppdatert på informasjon om pasienten, og at sjukepleiar har den kompetansen det krev for å fylgje opp, og hjelpe pasientar forsvarleg i heimen (Fjørtoft, 2016, s. 213-214). I praksis fekk eg inntrykk av at det var vanskeleg for sjukepleiarar å halde seg oppdatert på kvar enkelt pasient. Det er mange pasientar i heimesjukepleien og for sjukepleiar i heimesjukepleien er kvardagen ofte hektisk fordi det er mykje å gjere og mange pasientar ein skal hjelpe. Det er ofte for lita tid til å observere og tilfredsstillende behova til kvar enkelt pasient. Mangel på tid er eit problem for både pasientar og sjukepleiarar. Dersom sjukepleiar brukar ekstra tid med ein pasient, blir det mindre tid hjå ein anna pasient. Som sjukepleiar er jobben ofte prega av å gjere mest mogleg på kortast mogleg tid (Fjørtoft, 2016, s. 164-165).

Tid kan føre til at det blir vanskeleg for sjukepleiarar å gjennomføre aktivitetar, helsefremmande og førebyggjande arbeid (Fjørtoft, 2016, s. 130). Det er utmattande for sjukepleiar å skunde seg og det gir ei kjensle av at hen ikkje strekk til og kan føre til frustrasjon. Når sjukepleiar har lita tid er det viktig å prioritere behovet til kvar enkelt pasienten. Nokre pasientar treng hjelp til å lage mat, mens andre treng hjelp til morgonstell. Behovet kan stadig endre seg og det er viktig å heile tida observere og vurdere korleis sjukepleiar kan hjelpe pasienten på best mogleg måte (Fjørtoft, 2016, s. 190-191). I praksis fekk eg inntrykk av at når sjukepleiarar ikkje visste kva behovet til pasientar var, vart det veldig travelt for pasientar å bruke dei få kreftene kvar enkelt pasient hadde på å forklare kva dei trengte hjelp til. Tiltak som kan betre kontinuiteten i heimesjukepleien er at alle pasientar får tildelt ein primærkontakt. Då har kvar pasient ein kontaktperson, og primærkontakt har

ansvar for å følge opp pasienten, og sørge for at dokumentasjonen er oppdatert. Kontakten har ansvar for å formidle aktuell informasjon til dei andre tilsette i heimesjukepleien og det er enklare å halde seg oppdatert på helsetilstanden til pasienten, og dermed hjelpe pasienten på best mogleg måte (Fjørtoft, 2016, s. 203-204).

Gjennom praksis i heimesjukepleien var eg vitne til angstanfall hjå pasientar med kols. «Eg trudde eg skulle døy, eg visst ikkje kva eg skulle gjere, eg følte pusten kvelte meg». Dette var noko eg fekk høyre då eg var på eit heimebesøk til ein pasient, som nettopp hadde hatt eit angstanfall. Ei slik oppleving i samband med dyspné kan kjennast som ein svært ubehageleg situasjon, som er vanskeleg å handtere (Bakkeland et al., 2020, s. 138). I artiklane til Bove et al. (2017) og Bruusgaard et al. (2019) kjem det fram at pasientar mangla forståing av sjukdomsbilde, og korleis dei kunne handtere dyspné og angst relatert til kols (Bove et al., 2017; Bruusgaard et al., 2019).

I situasjonar der sjukepleiar observerer at pasientar har respirasjonsvanskar har hen ansvar for å hjelpe pasienten med å minske opplevinga av angst og utryggleik (Stubberud, 2015, s. 433). Det er derfor viktig at sjukepleiar tileigna seg kompetanse og forståing om kols, ved å overføre kunnskap om sjukdomen til pasientar, kan dei få forståing av sjukdomsbilde og korleis dei kan førebyggje angst (Bruusgaard et al., 2019). Det kan bidra til at pasientar unngår å kome inn i ein vond sirkel der dyspné gjev angst, og angst forverrar dyspné (Bakkeland et al., 2020, s. 138).

Sjukepleiar må først kartleggje kva informasjon pasienten har og vidare vurdere kva informasjon pasienten har behov for (Stubberud, 2015, s. 433). Ved at sjukepleiar kartleggjer pasienten si forståing av angst kan det bidra til tryggleik. Det kan kartleggjast ved å finne ut om pasienten er klar over at angsten er til stades, kva grad har angsten, kva utløyse angsten, og korleis det kjennes ut og kva gjer pasienten for prøve å lindre angsten (Hummelvoll, 2012, s. 164). Ved at sjukepleiar gir informasjon og opplæring av sjukdomen kan det hjelpe pasientar til å forstå kva som føregår i kroppen under eit angstanfall, det kan føre til at angst blir opplevd som mindre skummelt (Helsedirektoratet, 2017). Det er viktig at pasienten veit kva som er årsaka til dyspné, og det bør kome fram at målet med sjukepleie er å lindre ubehaget. Denne informasjonen kan redusere angsten, og føre til at pasienten meistra situasjonen betre (Stubberud, 2015, s. 433). Dette støttar sjukepleiaren si fundamentale plikt, der to av fire punkt er å fremje helse og førebyggje sjukdom (Sneltvedt, 2017, s. 100).

Ved at sjukepleiar involverer pasienten i undervisning og får fram kva informasjon pasienten har bruk for, vil føre til at informasjonen blir tilpassa og dermed viktigare for kvar enkelt pasient. Sjukepleiar kan for eksempel spørje om kva som er mest viktig for den enkelte pasienten å få hjelp til, for å kunne leve godt med sjukdomen (Bakkeland et al., 2020, s. 170-171). Dette støttar studien til Bove et al. (2017) der det kjem fram at ved å auke kunnskap ut i frå pasienten si forklaring på eige symptombilde, fekk pasienten forståing på eige ubehag ved sjukdomen, som ga grunnlag for å meistre dyspné og relatert angst. I studien til Qian et al. (2018) kjem det også fram at kunnskap og forståing av sjukdommen hjalp pasientar til å lære seg at episodar med dyspné vil gå over etter ei stund, dette føret til tryggleik, mindre kjensle av panikk og kunne førebyggje framtidige angstanfall (Qian et al., 2018).

I praksis var eg med ein sjukepleiar og gav informasjon til ein pasient som var prega av angst relatert til kols. Sjukepleiaren som gav informasjon hadde dårleg tid, og eg observerte at det gjorde pasienten stressa. Som student var eg igjen for å hjelpe pasienten med andre ting, eg spurte også pasienten om informasjonen var forståeleg. Pasienten sa at han hugsa svært lite, eg satt meg ned med pasienten for å snakke på ein roleg måte i pasienten sitt tempo der han fekk dele sine opplevingar, og slik tileigna pasienten seg mykje kunnskap. Ved neste heimebesøk var pasienten svært takksam for all kunnskapen han hadde opparbeida. Det er svært viktig at sjukepleiar tek omsyn til korleis kunnskap og intervensjonane blir presentert til pasienten. Ved at sjukepleiar tar seg god tid, er høfleg, omsorgsfull og vise pasienten støtte og respekt kan det gje grunnlag for håp og meistring (Renolen, 2015, s. 174).

Gjennom praksis erfarte eg at sjølv om pasientar hadde strategiar for å meistre angst, gløymte dei å bruke kunnskapen i episodar med dyspné og angst. Dyspné kan føre til stress, og stress kan føre til redusert hukommelse (Stubberud, 2015, s. 433). Dette kjem også fram i studien til Qian et al. (2018), ved at innlært kunnskap kan bli gløymt. Deltakarane i studien hadde nytte av å ha informasjonen skriftleg, som dei kunne henvende seg til gjennom episodar med dyspné, for å førebyggje angst. I studien til Bove et al. (2017) brukte også fleire av deltakarane kort med illustrasjon og forklaring av pusteteknikkar under episodar med dyspné, dette gav dei tryggleik i å meistre angst på eigen hand (Bove et al., 2017).

I samband med kunnskap og kompetanse er det svært viktig å kjenne til lovverket, både som helsepersonell og pasient. Sjukepleiar har ei plikt til å informere pasienten om

sjukdomstilstanden og kva innebere (Helsepersonelloven, 1999, § 10; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Det støttar dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar som viser at sjukepleiar skal yte omsorgsfull hjelp og lindre lidning (Sneltvedt, 2017, s. 111). I praksis erfarte eg at sjukepleiarar ofte er flinke til å informere pasientar. Det er mange pasientar som gir uttrykk for at informasjonen er forstått ved å nikke, og det fører til ein som sjukepleiar trur informasjonen er forstått. Ved seinare høve kom det ofte fram at pasienten ikkje forstod informasjonen. Eg lærte i praksis at ein god metode for sjukepleiar å sikre seg at informasjonen er forstått kan vere å stille spørsmål som pasienten må svare på. Det er viktig fordi sjukepleiar må sikre at informasjonen til pasienten er forstått, dette bekreftes gjennom lover og retningslinjer (Helsepersonelloven, 1999, § 10; Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2; Sneltvedt, 2017, s. 111).

5.2 Fysisk aktivitet og trening

I praksis erfarte eg at mange pasientar unngjekk situasjonar i kvardagen, som å reise på butikken, og gå i trapper, på grunn av at dei var engstelege for at det skulle bli så tungt at dei fekk angst. Ifølge Helsedirektoratet (2022) er fysisk aktivitet og trening ilag med røykeslutt eit av dei viktigaste ikkje-medikamentelle tiltaka hjå pasientar med kols. Bruusgaard et al. (2019) framheva i studien at tung pust, nedsatt fysisk kapasitet og angst påverka kvardagslivet og føre til ein passiv livsstil med aukande sjukegrad (Bruusgaard et al., 2019). Det føre til at mange held seg heime der det er trygt, men når ein isolerer seg kan det føre til einsemd, og nedsett livskvalitet (Bakkeland et al., 2020, s. 138). Redselen og angsten for å få meir angst kan medføre at det føles tryggast for pasientar å halde seg heime. Heimesjukepleien bør motivere pasientane til å bryte denne isolasjonen. Det er ikkje enkelt, og pasientane treng mykje støtte og oppmuntring (Fjørtoft, 2016, s. 86).

Mange pasientar med kolsrelatert angst er mindre i fysisk aktivitet, fordi dei opplever å ha lite krefter og at pusten stoppar dei i daglege aktivitetar. Det er viktig at sjukepleiar hjelper pasienten til å finne en god balanse mellom aktivitet og kvile. Ilag med pasienten bør sjukepleiar planlegge dagen slik at aktivitetar som er viktig for den enkelte pasienten blir prioritert. Hjå pasientar med kols kan det vere viktig å tenke gjennom og diskutere korleis ein kan planlegge daglege aktivitetar. Her må sjukepleiar ta omsyn til kvar enkelt pasient sin kvardag og helsetilstand. Ofte kan det vere hensiktsmessig å legge inn kvilepause før og etter aktivitetar. Kreftene bør i størst mogleg grad prioriterast til aktivitetar som pasient ynskjer å

delta i. Sjukepleiar bør ilag med pasienten vurdere tidspunkt for til dømes morgonstell og kor omfattande det skal vere, opp mot at pasienten også skal ha krefter til å ete frukost (Bakkeland et al., 2020, s. 173). For mange pasientar er det viktig å vere sjølvstendige i daglege gjeremål. Sjukepleiar si oppgåve blir å legge til rette for at pasientar skal kunne utføre ulike aktivitetar på måtar som mest mogleg minskar kravet til oksygen (Brodtkorb, 2018, s. 387). Når sjukepleiar skal kartlegge pasienten er det viktig å sjå etter ressursar som kvar enkelt pasient meistrar og aktivitetar som pasienten likar å halde på med. Dette kan føre til at pasientar følar at hen meistrar (Kvaal, 2018, s. 448). I praksis observerte at dette for nokon kan vere å stelle i hagen, mens det kan for nokon andre vere å brette kle.

Det er viktig at sjukepleiar fremjar regelmessig fysisk aktivitet og trening hjå pasientar med kols, fordi det fører til at det blir lettare å gjennomføre daglege gjeremål og aktivitetar, og det kan bidra til meistring av angst og betre livskvalitet (LHL, 2021). Fysisk aktivitet kan auke kondisjonen, slik at pasientar kan utføre meir aktivitet med lav lungefunksjon (Folkehelseinstituttet, 2018). Det støttar erfaringar frå praksis der eg opplevde at pasientar som var aktive i kvardagen hadde betre livskvalitet, og var mindre plaga av angst.

Det kjem fram i studien til Li et al. (2019) at trening som koordinera kropp og respirasjon, som tai chi, helse-qigong, og yoga, hadde betydelege fordelar på å redusere angst hjå pasientar med kols. Då fekk pasientane både fysisk aktivitet og lærte seg pusteteknikkar i tråd med trening (Li et al., 2019). Deltakarane i studien til Bruusgaard et al. (2019) fekk også gjennom trening lært å nytte seg av leppepust og kjenne verknaden på kroppen, noko førte til at redsel for å bli tungpusten blei mindre, og ved å oppleve større kontroll over pusten føre det til at dei torde å presse seg meir (Bruusgaard et al., 2019). Gjennom praksis observerte eg at fleire pasientar brukte ei hand halden vifte som var til stor nytte under episodar med dyspné. Vifta var så lita at dei fekk plass til den i lomma, og for mange var denne spesielt viktig i aktivitet. Det kjem også fram i studien til Qian et al. (2018) at mange pasientar hadde god effekt av ei hand halden vifte for å flytte luft i ansiktet. Denne vifta kan hjelpe pasientar til å få luft under episodar med dyspné slik dei unngår å få kjensla av kveling, og dermed førebygge angst (Qian et al., 2018).

I følge Bakkeland et al. (2020, s. 177) kan lungerehabilitering gi betre livskvalitet, redusere symptom og bremse sjukdomsutvikling. I studien til Bruusgaard et al. (2019) kjem det fram at det var mangelfull henvisning til lungerehabilitering frå fastlegar grunna lite kunnskap om

kols (Bruusgaard et al., 2019). På bakgrunn av erfaringar frå praksis er det viktig at sjukepleiar sett seg inn i behandlingalternativ som lungerehabilitering. Då kan sjukepleiar informere pasientar slik dei sjølv kan oppsøke lungerehabilitering. Deltakarane i studien til Bruusgaard et al. (2019) beskreib at rehabiliteringstilbodet hadde gitt dei betre livskvalitet, auka fysisk yteevne, meistringsevne og verktøy til å halde symptoma nede. Det kjem fram at det er eit stort behov for meir kunnskap om kols i kommunehelsetenesta. Deltakarane fortalte at mangelfull informasjon påverka deira motivasjon til fysisk aktivitet (Bruusgaard et al., 2019). I praksis opplevde eg at det var få pasientar som visste om lungerehabilitering som eit behandlingalternativ, men pasientar som hadde gjennomført denne behandlingsforma hadde tileigna mange verktøy til å meistre dyspné og angst, spesielt gjennom trening. Dette kjem blant anna fram ved at ein deltakar sa: «Det mest positive er at vi har lært at det hjelper å trene, og at trening kanskje er den beste medisinen» (Bruusgaard et al., 2019).

Som sjukepleiar er det viktig å motivere pasienten til trening (Bakkelund et al., 2020, s. 177). Det kjem fram i studien til Bruusgaard et al. (2019) at deltakarane synest det var ei utfordring å trene på eige hand. I praksis opplevde eg det som vanskeleg å motivere pasientar med framskriden kols til å vere i fysisk aktivitet. Eg hadde ein samtale med ein pasient som var lite motivert til å drive med fysisk aktivitet, slik vi ilag kunne kartleggje kva som gav pasienten motivasjon til å vere fysisk aktiv. Som sjukepleiarstudent fekk eg løyve til å henge opp ei liste som pasienten kunne krysse av på når ho hadde vore fysisk aktiv. Det byrja med at det var motiverande for pasienten å krysse av på lista, ho opplevde meistring over å få til å gjennomføre aktivitetar. Etter ei kort tid byrja pasienten å kjenne verknad på kroppen gjennom meir energi, krefter og større kontroll over kroppen. Det kjem også fram i artikkelen til Bruusgaard et al. (2019) at pasientane synest det var godt å kjenne at dei kan påverke den vonde sirkelen gjennom trening. Trening og fysisk aktivitet bidreg til at kondisjon og pust blei betre i kvardagen. Dei gav eksempel på at dei klarte å bere tyngre, og gå fleire trapper utan å måtte kvile (Bruusgaard et al., 2019).

5.3 Meistringsstrategiar

Sjukepleiar kan kartlegge pasienten si meistringsevne gjennom observasjon og samtale (Brodtkorb, 2018, s. 385-386). Gjennom samtale får pasienten dele tankar og sjukepleiar kan støtte, lindre og bekrefte pasienten (Kvaal, 2018, s. 448-449). Studien til Bove et al. (2017) viser at samtalar og psykososial støtte bidrog til auka meistring knytt til angst og dyspné

(Bove et al., 2017). Ein samtalepartner eller ein som lyttar er viktig for at pasienten skal dele vanskelege tankar og bekymringar. Det kan vere vanskeleg å snakke om dette, men det er nødvendig for at pasienten skal kome seg vidare for å leve eit best mogeleg liv, med ein alvorleg sjukdom (Bakkeland et al., 2020, s. 170-171).

Gjennom praksis i heimesjukepleien har eg observert mange forskjellige meistringsstrategiar hjå pasientar med kolsrelatert angst, felles er at dei ynskjer å redusere psykiske og fysiske plage. Pasientar utviklar individuelle meistringsstrategiar etter kva kunnskap og erfaringar kvar enkelt har og brukar dette til å handtere vanskeleg situasjonar ved sjukdomen (Eriksson, 2012, s. 388). Helsefremmande sjukepleie vise til at sjukepleiar skal understøtte ressursane til pasienten, i tillegg ta vare på og nytte ressursane i miljøet rundt pasienten (Haugan & Rannestad, 2018, s. 143). Dette kjem også fram i yrkesetiske retningslinjer, der det er skildra at sjukepleiar skal understøtte, håp, meistring og livsmot hjå pasienten (Sneldtvedt, 2017, s. 111).

Studien til Bruusgaard et al. (2019) tar utgangspunkt i Antonvskys teori, dette kan hjelpe pasientar med å meistre angst og dyspné. I tråd med Renolen (2015, s. 172-173) er det viktig at sjukepleiar fremjar opplevinga av samanheng hjå pasientar slik dei får ein djupare forståing i kva faktorar som fører til meistring av vanskelege situasjonar. Det handlar om opplevinga av samanheng som består av begripelighet, handterbarhet og meiningsfullhet. Sjukepleiar må hjelpe pasientar til å forstå at dei må leve med sjukdomen, støtte pasienten til å ta tak i eigen livssituasjon og ha tru på eigne ressursar som vedkomande kan bruke til å handtere utfordringar ved sjukdomen, som kan bidra til mening med sjukdomen. Dette kan vere utfordrande for pasientar som synest det er ubegripeleg å vere sjuk, som ikkje finn ressursar til å handtere situasjonen, og ikkje finn mening med det som har skjedd (Renolen, 2015, s. 172-173). Pasientar med kols som har tru på at dei klarar å meistre og å kontrollere anfall med tung pust, kan oppleve mindre dyspné, angst og depresjon (Bakkeland et al., 2020, s. 171).

6 Konklusjon

Hensikta med denne littelære studien var å undersøke korleis kolsrelatert angst påverkar livssituasjonen til pasientar og korleis sjukepleiar kan hjelpe desse pasientane til å meistre sjukdomen, og dermed førebyggje angst i kvardagen. På bakgrunn av teori, forskning og

erfaringar fremjar oppgåva ikkje-medikamentelle tiltak, som fysisk aktivitet og trening, samt tilstrekkeleg informasjon, kunnskap og opplæring hjå både pasient og sjukepleiar.

Det er viktig at sjukepleiar held seg fagleg oppdatert og tileignar seg kunnskap om sjukdomen slik hen har den kompetansen som blir krevd for å kunne forsvarleg følge opp pasientar i heimen. Ved at sjukepleiar tileignar seg kunnskap om sjukdomen kan hen gje tilstrekkeleg informasjon og opplæring av sjukdomen til pasientar. Det kan bidra til at pasientar får større forståing av sjukdomsbilete, som kan gje grunnlag for at pasientar utviklar eigne meistringsstrategiar for å handtere og meistre angst relatert til sjukdomen.

Det er viktig som sjukepleiar å motivere til fysisk aktivitet, og fremje helsegevinsten av daglege aktivitetar. Sjølv om aktivitet føre til auka dyspné vil det hjelpe pasienten til å meistre episodar med dyspné betre og å førebyggje angst. Trening som koordinerer kropp og pust har vist å gje gode resultat, då pasientar både får fysisk aktivitet og lærer seg pusteteknikkar i tråd med trening.

Denne oppgåva har gitt meir forståing av korleis sjukepleiar kan hjelpe pasientar med kolsrelatert angst på best mogleg måte. Målet er at pasienten får dekt dei grunnleggande behova i heimen på ein forsvarleg måte, at pasienten veit korleis handtere sjukdomen for å unngå at dyspné føre til angst.

Litteraturliste

- Bakkeland, J., Thorsen, B. H., Almås, H., Sorknæs, A. D. & Grønseth, R. (2020). Sykepleie ved lungesykdommer. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 117-182). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bove, D. G., Midtgaard, J., Kaldan, G., Overgaard, D. & Lomborg, K. (2017). Home-based COPD psychoeducation: A qualitative study of the patients' experiences. *ScienceDirect*. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.05.013>
- Brodtkorb, K. (2018). Respirasjon og sirkulasjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie* (2. utg., s. 375-389). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bruusgaard, K. A., Hellem, E., Østrem, A. & Høegh Henrichsen, S. (2019). Et bedre liv med KOLS- erfaringer med en lavterskelmodell for lungerehabilitering i kommunehelsetjenesten. *Fysioterapeuten*, 86(6), s. 24-30. <https://fysioterapeuten-eblad.no/dm/fysioterapeuten-6-19/>

Dalland, O. (2019). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. & Trygstad, H. (2019). Kilder og kildekritikk. *Metode og oppgaveskriving* (s. 148-165). Gyldendal Akademisk.

Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Folkehelseinstituttet. (2018, 24. januar). Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) i Norge. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kols/>

Haugan, G. & Rannestad, T. (2018). Helsefremmende sykepleie i spesialist- og kommunehelsetjenesten. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (red), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (2. utg., s. 135-156) Bergen: Fagbokforlaget.

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet. (2017, 14. april). *Angst*.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/angst-og-depresjon/angst>

Helsedirektoratet. (2022, 15. februar). Prinsipper ved fysisk aktivitet og trening ved kols.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kols>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt*. (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eriksson, B. G. (2012). Psykisk helsearbeid med eldre. I J. K. Hummelvoll (red.), *Helt- ikke stykkevis og delt*. (7. utg., s. 377-400). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvaal, K. (2018). Angst og depresjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie* (2. utg., s. 438-451). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Landsforening for hjarte-og lungesjuka. (2021, 17. november). *Alle med kols kan trene*.
<https://www.lhl.no/sunnere-liv/alle-med-kols-kan-trene/>

Li, Z., Liu, S., Wang, L. & Smith, L. (2019). Mind-Body Exercise for Anxiety and Depression in COPD Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17010022>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Qian, M. Y., Politis, J., Thompson, M., Wong, D., Le, B., Irving, L. & Smallwood, N. (2018). Individualized breathlessness interventions may improve outcomes in patients with advanced COPD. <https://doi.org/10.1111/resp.13324>

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker - innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Sneltvedt, T. (2017). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (red.), *Etikk i sykepleie* (4. utg., s. 97-113). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Stubberud, D-G. (2015). Respirasjon. I E. K Grov & I. M. Holter (red.), *Grunleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 399-439). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

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



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	21-05-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR1
Sluttdato:	25-05-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie		
Flowkode:	203 SK152 1 O 2022 VÅR1		
Intern sensor:	Katarzyna van Damme-Ostapowicz		

Deltaker

Kandidatnr.:	458
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	8000
----------------------	------

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:	3
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven 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