



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGÅVE

KOLS og angst – korleis fremje meistring?

How to promote coping with COPD and anxiety?

**Kandidatnummer: 460**

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitskap/Institutt for helse- og omsorgsvitskap

Innleveringsdato: 7. juni 2022

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## Samandrag

**Tittel:** KOLS og angst – korleis fremje meistring?

**Bakgrunn for val av tema:** Blant pasientar med KOLS er det ein stor førekomst av angst, og eg har erfart gjennom praksis og jobb at det kan vere utfordrande å hjelpe KOLS-pasientar som er prega av angst. Derfor ville eg undersøke korleis sjukepleiarar kan bidra til at KOLS-pasientar kan meistre angsten.

**Problemstilling:** Korleis fremje meistring av dyspné-relatert angst hjå KOLS-pasientar?

**Metode:** Ei litterær oppgåve basert på litteratur og forskning.

**Funn:** Gjennom forskning og litteratur eg har nytta kjem det fram at tilstrekkelig informasjon og god kunnskap, både hos sjukepleiar og pasient, er nødvendig for å gjere pasienten i stand til å handtere og meistre angsten. Både meistringsstrategiar, kognitiv åtferdsterapi og fysisk aktivitet er viktige tiltak som er bevist å ha ein positiv effekt på angst hos KOLS-pasientar. Verdien av sosial støtte, og korleis dette kan påverke angst både positivt og negativt, spelar ei viktig rolle for KOLS-pasientar som er prega av angst.

**Konklusjon:** Pasientar med KOLS har ulike strategiar for å meistre både dyspné og angst. Tilstrekkeleg informasjon, kunnskap og fysisk aktivitet har positive effektar på både angsten og sjølve KOLS-diagnosen. Sjukepleiaren si rolle til å informere står sentralt, og ved å overføre informasjon om sjukdommen, angsten og ulike tiltak til pasientane, kan det bidra til meistring. Kognitiv åtferdsterapi er med på å redusere angstsymptom betrakteleg hos KOLS-pasientar. God sosial støtte har positiv effekt på angst hos KOLS-pasientar, medan mangel på eller dårleg sosial støtte kan gje meir angst.

**Nøkkelord:** KOLS, angst, dyspné, meistring

## Abstract

**Title:** How to promote coping with COPD and anxiety?

**Background:** Among patients with COPD, there is a high prevalence of anxiety, and I have experienced through practice and work that it can be challenging to help COPD patients who are suffering from anxiety. Therefore, I wanted to see how nurses can promote coping to COPD patients suffering from anxiety.

**Issue:** How to promote coping in dyspnea-related anxiety in COPD patients?

**Method:** A literary assignment based on literature and research.

**Result:** Through the research and literature I used, it emerges that adequate information and knowledge, both in the nurse and the patient, is necessary to be able to handle and overcome the anxiety. Coping strategies, cognitive behavioral therapy and physical activity are important factors that have been proven to have a positive effect on anxiety in COPD patients. The value of social support, and how this can have both positive and negative effects on the patients, plays a big role for patients with COPD and anxiety.

**Conclusion:** Patients with COPD have different strategies for overcoming both dyspnea and anxiety. Adequate information, knowledge and physical activity have positive effects on anxiety and the COPD itself. The nurse's role in informing is central, and by transmitting information about the disease, anxiety and different measures, it can contribute to them coping better. Cognitive behavior therapy helps reduce anxiety symptoms considerably in COPD patients. Good social support has positive effects on anxiety in COPD patients, whereas lack of or poor social support can cause more anxiety.

**Key words:** COPD, anxiety, dyspnea, coping

# Innholdsliste

<b>1</b>	<b>Innleiing.....</b>	<b>1</b>
1.1	Introduksjon .....	1
1.2	Bakgrunn for val av tema .....	1
1.3	Presentasjon av problemstilling .....	1
1.4	Presisering og avgrensing av problemstilling.....	2
1.5	Begrepsavklaring.....	2
1.6	Korleis oppgåva vidare skal løysast.....	3
<b>2</b>	<b>Teori.....</b>	<b>3</b>
2.1	KOLS .....	3
2.1.1	Fysisk aktivitet ved KOLS .....	4
2.2	Angst .....	5
2.2.1	Kognitiv åtferdsterapi.....	5
2.3	Meistring .....	6
2.3.1	Sosial støtte ved sjukdom.....	7
2.4	Kommunikasjon mellom sjukepleiar og pasient .....	7
2.5	Sentrale føringar og lovverk.....	8
<b>3</b>	<b>Metode.....</b>	<b>8</b>
3.1	Litteraturoppgåve som metode.....	8
3.2	Søkeprosess etter forskning.....	9
3.3	Søk etter annan litteratur.....	9
3.4	Kjeldekritikk .....	10
3.4.1	Vurdering av forskingsartiklar .....	10
3.4.2	Vurdering av pensumbøker og annan litteratur .....	11
<b>4</b>	<b>Presentasjon av forskning.....</b>	<b>12</b>
4.1	«Effects of the health belief model following acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in a hospital in China» .....	12
4.2	«The role of social support in anxiety for persons with COPD» .....	12
4.3	«Randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy in COPD».....	13

4.4 «Fire måder at håndtere åndenød i dagliglivet – et grounded theory studie» .....	13
4.5 «The Effect of Complex Interventions on Depression and Anxiety in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Systematic Review and Meta-Analysis» .....	13
<b>5 Drøfting .....</b>	<b>14</b>
5.1 Kunnskap, kommunikasjon og tilstrekkeleg informasjon til pasienten .....	14
5.2 Meistring av dyspnè-relatert angst .....	16
5.2.1 Meistringsstrategiar .....	16
5.2.2 Kognitiv åtferdsterapi .....	17
5.2.3 Fysisk aktivitet .....	18
5.3 Verdien av sosial støtte .....	19
<b>6 Konklusjon .....</b>	<b>21</b>
<b>Litteraturliste.....</b>	<b>22</b>

## **Vedlegg**

**Vedlegg 1 – PICO-skjema**

**Vedlegg 2 – Oversikt søkeprosess**

# 1 Innleiing

## 1.1 Introduksjon

Den tredje største dødsårsaka i verda er KOLS, og i 2019 døyde 3,23 millionar menneske på grunn av sjukdommen (WHO, 2021). I Norge har over 150 000 menneske over 40 år diagnosen KOLS, dette svarar altså til 6% av befolkninga over 40 år (Folkehelseinstituttet, 2018). Talet på menneske som lever med KOLS er høgt, og kjem til å halde seg høgt, då vi er inne i ei eldrebølge.

Angst blant KOLS-pasientar er ikkje uvanleg (Bakkeland et al., 2020, s. 138). Faktisk er både angst og depresjon meir utbreidd hos pasientar med KOLS enn hos folk elles. Det kan vere angst for framtida, døden, og alt som kan føre til dyspné og følelsen av å ikkje få puste. Angst påverkar kvardagen og livskvaliteten til KOLS-pasientar, og det er derfor viktig at sjukepleiarar har kunnskap om korleis ein kan bidra til at KOLS-pasientar meistrar lidinga.

## 1.2 Bakgrunn for val av tema

I løpet av mine tre år som sjukepleiarstudent, har eg møtt fleire KOLS-pasientar, både på sjukehuset, sjukeheimar og i heimetenesta. Eg veit og at med KOLS som ein aukande folkesjukdom, kjem eg til å møte pasientar med KOLS i dei fleste delar av helsesektoren. Som helsepersonell er det ikkje alltid lett å vite korleis ein skal hjelpe når det pasienten føler at han ikkje får puste, og angsten tek over. Eg har sjølv følt meg nesten nyttelaus i ein slik situasjon, og følt at eg ikkje strekk til for pasienten. Eg har valt dette temaet nettopp for å få ei djupare forståing av angsten som mange KOLS-pasientar opplever, og korleis sjukepleiarar kan hjelpe pasienten til å meistre dette.

## 1.3 Presentasjon av problemstilling

Korleis fremje meistring av dyspné-relatert angst hjå KOLS-pasientar?

## 1.4 Presisering og avgrensing av problemstilling

I oppgåva vil eg ta opp korleis sjukepleiarar kan hjelpe pasientar med KOLS i å meistre angst. Målet med oppgåva er å få ei forståing av korleis angst påverkar pasientane, og utifrå denne forståinga finne best mogleg arbeidsmetode til pasientgruppa. Eg vil fokusere på verdien av informasjon, rettleiing og sosial støtte, samt ulike meistringsstrategiar rundt dyspné og angst.

I oppgåva vil eg avgrense utvalet til pasientar med alvorleg til svært alvorleg KOLS, og som også har angst. Dette fordi i desse stadia er det aukande symptomforverring og redusert livskvalitet (Bakkeland et al., 2020, s.135). Eg vil og avgrense til kvinner og menn over 65 år, då ein større del av KOLS-pasientar er over 65 år. Kjønnsforskjellane vert stadig mindre, og eg avgrensar derfor ikkje til eitt kjønn. Mange KOLS-pasientar kan bu lenge og klare seg godt heime. Eg vel å avgrense oppgåva til pasientar som bur heime, og får kommunal bistand frå heimetenesta.

Medikamentell behandling av angst hos pasientar med KOLS er svært utbreidd og for mange ein viktig del av å meistre angsten. På grunn av omfanget til oppgåva og sjukepleiaren si rolle vel eg å heller fokusere på den ikkje-medikamentelle delen av korleis handtere og meistre angst.

## 1.5 Begrepsavklaring

**Heimesjukepleie** er eit tilbod om helsehjelp til dei som bur heime og som treng hjelp i ei kortare eller lengre periode (Fjørtoft, 2016, s.17). Det kan vere på grunn av alder, livssituasjon eller svekka helse. Helsehjelpa vert utført av helsepersonell og er handlingar som har førebyggjande, behandlande, rehabiliterande eller helsebevarande formål, eller pleie- og omsorgsformål.

**Angst** vert i denne samanhengen definert som frykt eller panikk for ikkje å få puste eller ikkje få nok luft (Bakkeland et al., 2020, s.138). Det kan gi ein følelse av kveling, og denne opplevinga kan føre til angst.

**Meistring** vert knytt til mennesket si evne til å handtere ulike påkjenningar og livshendingar

som i ein stor grad påverkar kvardagen (Renolen, 2015, s.166). Dette kan vere knytt til både følelsar, tankar og fysiske ubehag.

## 1.6 Korleis oppgåva vidare skal løysast

I neste kapittel vil eg presentere teori som er relevant for problemstillinga mi, og deretter skal eg gjere greie for metoden eg har brukt i oppgåva. Der vil eg forklare korleis eg fann litteraturen og forskinga eg har brukt, og kvifor eg har valt å bruke den. Vidare presenterer eg funn frå forskingsartiklane eg har valt å nytte i oppgåva. I drøftinga vil eg ta føre meg korleis sjukepleiarar kan hjelpe KOLS-pasientar med å meistre dyspné -relatert angst. Eg vil då ta utgangspunkt i teori, forskning og egne erfaringar. Til slutt vil eg kome med ein konklusjon, som synleggjer korleis eg vurderer å ha svart på problemstillinga.

# 2 Teori

## 2.1 KOLS

Begrepet KOLS viser til ei gruppe kroniske obstruktive lungesjukdommar (Bakkeland et al., 2020, s.133). Ein obstruksjon vil seie at fri passasje av luft til og frå lungene sine luftsekkar vert nedsett eller hindra. KOLS er ein tilstand med ein irreversibel luftvegsostruksjon som vil seie at obstruksjonen er kronisk. Pasientane har ein kronisk inflammasjon som gradvis skadar dei små luftvegsgreinane, og obstruksjonen progredierer sakte. Ekspirasjonen hos pasientane vert ofte vanskeleg, då motstanden mot luftstraumen aukar særleg under ekspirasjon. Begrepet KOLS omfattar hovudsakleg sjukdommane kronisk bronkitt, emfysem og ein kombinasjon av begge desse.

Emfysem vert definert som kronisk dyspné, altså tungpust, som kjem av øydelegging av lungevevet og utvida alveolar, men utan teikn til fibrose (Mjell, 2011, s.231). Ved emfysem vert alveolane «smelta» saman, slik at det vert eit mindre tal større alveolar. Det medfører at totalarealet av alveolane vert redusert, samtidig som den elastiske kapasiteten vert svekka. Dette fører til eit auka trykk i alveolane, som igjen aukar den ekspiratoriske luftvegsmotstanden. Kronisk bronkitt derimot vert karakterisert av auka sekretproduksjon i



luftvegane grunna kronisk inflammasjon i bronkiar og bronkiolar. Saman med eit auka tal slimproduserande celler, hypertrofi av glatt muskulatur og sekretstagnasjon medfører dette auka luftvegsmotstand.

KOLS klassifiserast på grunnlag av spirometriundersøking og alvorgrad (Bakkeland et al., 2020, s.135). Spirometriundersøkinga er grunnlaget for dei internasjonale kriteria for KOLS, altså GOLD-kriteria. Dei kan delast inn i fire stadium etter kriteria og symptom, anten mild, moderat, alvorleg eller svært alvorleg KOLS.

Typiske symptom som pasientar med KOLS opplever er kronisk slimproduksjon i luftvegane, kronisk hoste og dyspné som er anten progressiv eller persisterande (Bakkeland et al., 2020, s.134). Det vil seie at dyspnéen anten vert verre over tid eller er til stades heile tida.

Tungpusten kan og forverrast ved anstrenging eller ved infeksjonar i luftvegane (Mjell, 2011, s.233). Hosten kan vere til stades heile dagen og til dels om natta. Ekspektoratet er ofte kjenneteikna ved at det er gulgrønt, men det kan og vere grå-kvitt. Dette er eit teikn på irritasjon i luftvegane.

Sidan KOLS er ein irreversibel luftvegsostruksjon med permanent lungeskade, kan den ikkje kurerast (Bakkeland et al., 2020, s. 135). Den kan derimot førebyggast og behandlast. Målet med behandling av KOLS er å redusere symptom, risiko for forverring og betre den generelle helsetilstanden.

### *2.1.1 Fysisk aktivitet ved KOLS*

Ulike typar fysisk trening, pusteteknikkar og livsstilsendringar har positive effektar på både livskvaliteten og livsutfoldinga hos pasientar med KOLS (Bakkeland et al., 2020, s. 178). Det kan og hindre tilstanden i å bli verre. Det kan vere med på førebygge funksjonsnedsetting, sjukehusinnleggingar og hyppige forverringar. Fysisk aktivitet, til dømes styrketrening, vil bidra til å oppretthalde muskelmasse og bevegeligheit. I tillegg vil trening auke den aerobe kapasiteten, slik at pasienten vert meir uthaldande og betre tåle periodar med tung pust. I alle stadia av sjukdommen er fysisk aktivitet ein viktig faktor for ei betre helse. Dyspné og angst er faktorar som gjer at pasientar med KOLS ofte begrensar den fysiske aktiviteten (Bakkeland et al., 2020, s.173). Dette fordi både fysisk aktivitet, sekretnobilisering og pusting krev mykje

krefter, og terskelen for å bli tungpusten er svært lav. Fysisk aktivitet vert meir krevjande for ein med KOLS enn for nokon som er heilt friske. Pasientens eigne forventingar, meistringstru, til å kome i gang med fysisk aktivitet, er og med på å påverke kor godt ein faktisk klarer å utføre dette (Bakkellund et al, 2020, s.177). God støtte frå nære og ei god forståing av sjukdommen vil bidra til å auke meistringsforventinga hos pasientar med KOLS.

## 2.2 Angst

Angst blant KOLS-pasientar er eit svært utbreidd og veksande problem (Bakkellund et al., 2020, s.138). Både angst og depresjon finn ein oftare hos KOLS-pasientar enn elles i befolkninga. Angst påverkar heile kroppen, både følelsesmessig og kroppsleg (Martinsen, 2021, s.115). Frykt, uro og panikk er følelsesmessige reaksjonar som ofte er til stades ved angst. Kroppslige reaksjonar derimot kan vere rask puls, sveitte, hjartebank, kvalme, svimmelheit, rask pust og skjelvingar. Alle kan oppleve angst, men det vert først eit problem når det går utover livskvaliteten og svekkar mennesket sin normale funksjon. Kva som utløyer angsten varierar frå person til person, og kan blant anna vere frykt for å ikkje få puste, frykt for at sjukdommen forverrast eller frykt for å døy.

Angst kan ofte vere det første symptomet på at KOLS-pasientar vert verre i pusten (Bakkellund et al., 2020, s.138). Dyspné kan vere både ubehageleg og skremmande, og når pusteanskane aukar kan det opplevast som at brystkassa snører seg saman og gir ein kvelingsfølelse. Følelsen av å ikkje få puste er med på å skape angst og stress, igjen vil angst forverre dyspné, og pasienten kan kome inn i ein vond sirkel. Det kan vere vanskelig å kome seg ut av dette, og pasientane kan føle seg sårbare og hjelpelause. I ein tilstand med så sterk angst har pasienten behov som ein god sjukepleiar kan møte (Hummelvoll, 2018, s.164). Det handlar om å bli møtt av ein person som har kunnskap om angst og såleis kan gi tryggleik og sikkerheit i situasjonen så angsten kan reduserast.

### 2.2.1 Kognitiv åtferdsterapi

Den mest vanlege behandlinga av angst er legemiddel og samtaleterapi (Martinsen, 2020, s.117). Antidepressive og berolegande legemiddel vert mest bruk og har dokumentert effekt,

men likevel skal ein vere forsiktig med bruk av berolegande då dei kan vere avhengigheitsskapande. Kognitiv åtferdsterapi har vist seg å vere den beste psykologiske behandlinga (Bugge & Farshbaf, 2021, s,74). Denne typen samtalebehandling har ein god dokumentert effekt hos menneske med angst. Hensikta med dette er å påverke både følelsmessige og kroppslige reaksjonar ved å arbeide med tankar og åtferd, og det krev eit godt samarbeid mellom pasient og pleiar. Ein ønsker å endre eit fastlåst uønskt mønster. Både endringar i tankemønster og åtferd kan endre dei følelsmessige og kroppslige reaksjonane. Teknikkane som vert nytta vil identifisere og korrigere tankemønstra og åtferder (Hummelvoll, 2018, s.122-123). Som regel vil det ta tid før ein ser resultat av behandlinga, men undervegs utviklar ein eigne meistringsstrategiar for å handtere angsten.

Den uønskte åtferda, som er å unngå av det som utløyser angst, kan behandlast med eksponeringsbehandling (Martinsen, 2021, s.117). Dette gjennomførast ved at pasienten set opp ei liste med situasjonar som utløyser angst, og desse vert rangert. Eksponeringa går ut på at pasienten oppsøker denne situasjonen, og blir verande sjølv om angsten kjem. Målet er at pasienten skal bli verande, sjølv om det er ubehagelig, til angsten vert redusert. Dette for å vise pasienten at det som er ubehageleg, treng ikkje å vere farleg.

### 2.3 Meistring

Meistring handlar ifølge Renolen (2015, s.166) om mennesket si evne til å handtere ulike påkjenningar og hendingar i livet som overstig dei kvardagslege utfordringane. Dette kan vere meistring av følelsar, tankar, tap og fysisk ubehag. Meistring handlar og om dei ulike ressursane ein har og i kor stor grad ein klarer å nytte dei (Heggen, 2007, referert i Tveiten, 2018, s.238). Anten det er kunnskap, ferdigheitar, sosiale ressursar eller evna til å ta imot hjelp. Meistring er eit helsefremmande begrep, og sjukepleiarens funksjon i helsefremmande arbeid spelar ei viktig rolle. Det handlar i stor grad om samhandling med både pasient og pårørande, til dømes ved rettleiing. Hensikta med dette er å styrke kompetansen pasient og pårørande har om både sjukdom og alt som høyrer med, og dermed kunne meistre dette. Det finst fleire typar meistringsstrategiar, og mange finn eigne strategiar som er til nytte for dei.

### 2.3.1 Sosial støtte ved sjukdom

Sosial støtte spelar ei viktig rolle når det kjem til meistring av sjukdom eller vanskelege påkjenningar (Renolen, 2015, s.175). Eit sosialt nettverk er derfor ein viktig ressurs, og der er då forskjell på kvaliteten og kvantiteten i det sosiale nettverket. Sjølv med mykje familie og venner, er det ikkje sikkert at alle vert oppfatta som sosial støtte. Der finst ulike støttemekanismar og alle har ulike behov for støtte (Niven, 2000, referert i Renolen, 2015, s.175). Nokon treng hjelp til å løyse problem eller vurdere eiga åtferd, til dømes ved støttegrupper. Andre har behov for emosjonell støtte, som vil styrke opplevinga av å høyre til og å vere verdsett. Ofte kan støtta vere meint godt, men pasienten opplever det kanskje som usympatisk eller irrelevant. Den sosiale støtta må følast riktig der og da.

## 2.4 Kommunikasjon mellom sjukepleiar og pasient

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s.29).

Dette er Joyce Travelbee sin definisjon på sjukepleie. Hensikta til ein sjukepleiar er då i følge Travelbee (1999, s.41) å hjelpe mennesket med å oppnå meistring. For å oppnå dette spelar forholdet mellom sjukepleiar og pasient ei viktig rolle, og ein har som oppgåve å etablere eit menneske-til-menneske forhold (Travelbee, 1999, s.171). Eit slikt forhold går ut på at ein ser på kvarandre som unike individ, ikkje berre som den sjuke pasienten og pleiaren.

Kommunikasjon er eit svært viktig verktøy for å etablere eit menneske-til-menneske forhold (Travelbee, 1999, s.135). Sjukepleiar og pasient kommuniserer heile tida, om dei er bevisst på det eller ikkje. Det er ikkje berre den verbale kommunikasjonen som er viktig, men og kroppsspråk og korleis vi framstår.

Sjukepleiar og pasient har ofte ei ulik oppfatning av pasienten sin situasjon, og det kan vere vanskeleg for sjukepleiaren å forstå kva som plagar pasienten (Hyen, 2015, s.375). Det er nødvendig å få fram pasienten sitt perspektiv på sin eigen situasjon, og derfor viktig med ein god relasjon og god kommunikasjon. Ved god kommunikasjon, empati og støtte, kan situasjonen kjennast meir handterbar og pasienten føler seg ivaretatt.

## 2.5 Sentrale føringar og lowverk

Nasjonale faglege retningslinjer inneheld systematiske faglege anbefalingar til ei pasient- eller brukargruppe (Helsedirektoratet, 2019). Desse anbefalingane dannar ein nasjonal standard for blant anna utredning, behandling og oppfølging for pasientane. Helsedirektoratet har eit lovfesta mandat til å gi ut slike retningslinjer. For KOLS-pasientar finst det ei eiga retningslinje. Den handlar blant anna om at behandlande lege skal stille diagnose, utrede differensialdiagnosar og vurdere alvorgrad (Helsedirektoratet, 2022). Ein skal og ha god oppfølging av KOLS-pasientar i stabil fase, og behandle forverring. I tillegg bør dei få god informasjon og rettleiing i fysisk aktivitet og pusteteknikkar, og når dei treng det, henvisning til lungerehabilitering.

I følge Pasient- og brukarrettighetslova (1999, §3-2) har pasienten rett på «informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innhaldet i helsehjelpen». Der igjen plikter vi som helsepersonell å gi ut denne informasjonen (Helsepersonelloven, 1999, §10). Som sjukepleiar skal ein styrke pasienten si evne til å ta sjølvstendige avgjersler (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Dette ved å gi informasjon som er både tilpassa og tilstrekkelig for pasienten, og forsikre seg om at denne informasjonen vert forstått.

## 3 Metode

Dalland (2017, s. 51-52) definerar metode som ein framgangsmåte, eit middel til å løyse problem og det å kome fram til ny kunnskap. Metoden vil vere til hjelp ved å finne informasjonen som trengst til undersøkinga på ein oversiktlig og systematisk måte. Ein vel ut ein bestemt metode fordi den passar best til å gi svar på anten eit spørsmål eller ei problemstilling. I dette kapittelet tek eg føre meg litteraturoppgåve som metode, deretter søkeprosess og kjeldekritikk.

### 3.1 Litteraturoppgåve som metode

I denne oppgåva har eg gjort litteratursøk, og brukt litteraturoppgåve som metode. Eg hentar

data og baserar kunnskapen på allereie eksisterande og aktuell forskning, fagkunnskap og teori (Dalland, 2017, s.207). I litteraturen kan ein finne teori som vil vere til hjelp med å sjå kva data som er nødvendige for oppgåva, og deretter til å forstå materialet som er samla inn på ein betre måte (Dalland, 2017, s.222). Dette vil vere med på å kaste lys over problemstillinga og finne svar til denne.

### 3.2 Søkeprosess etter forskning

For å starte søket mitt og finne forskning til oppgåva, nytta eg PICO-skjema (Vedlegg 1) for å finne relevante søkeord. Gjennom SveMed+ fekk eg omsett dei norske søkeorda mine til engelsk, og finne synonym til søkeorda som kunne gjere søket mitt betre. Søkeorda eg fant og nytta var: *COPD, chronic obstructive pulmonary disease, nursing, nurse, anxiety, teaching, social support, dyspnea, cognitive behavioral therapy, coping, physical activity*.

Eg nytta ulike søkemotorar godkjend av Høgskulen på Vestlandet, der eg skreiv inn ulike variasjonar av søkeorda. Eg tok i bruk databasane PubMed, SveMed+ og Academic Search Elite. For å velje ut artiklane avgrensa eg først søket mitt. Eg avgrensa søket frå 2012 til 2022, ei tidsramme på 10 år, for at forskinga skal vere aktuell nok. I tillegg avgrensa eg søket til å vere fagfelleverderte artiklar. Eg undersøkte berre artiklar skrivne på engelsk eller skandinaviske språk, då det minskar sjansen for mistolking. Deretter las eg over titlane på treffa, for så å lese abstraktane til artiklane som verka interessante. Ut i frå abstrakta vurderte eg om artikkelen var relevant for mi oppgåve, før eg tok eit djupare blikk. For ei meir detaljert oversikt over kombinasjon av søkeord og resultat, viser eg til Vedlegg 2.

### 3.3 Søk etter annan litteratur

For å finne relevant litteratur utanom forskning, har eg brukt Høgskulen på Vestlandet sine pensumlister for sjukepleiarutdanning. Der har eg funne pensumlitteratur frå tidlegare emne i studiet som har vore relevante for oppgåva. Litteraturen eg har funne og nytta omhandlar dei ulike områda eg tok føre meg i teoridelen og vidare i drøftinga.

I tillegg har eg nytta Helsedirektoratet sine nasjonale retningslinjer for pasientar diagnostisert

med KOLS. Eg har og henvist til Folkehelseinstituttet og WHO.

### 3.4 Kjeldekritikk

Med kjeldekritikk meinast det å både vurdere og karakterisere litteraturen som er funnen og skal nyttast (Dalland, 2017, s.158). Kjeldekritikken vil fastslå om kjeldene er truverdige. Eg ynskjer gjennom det å vise lesaren mine refleksjonar om kor relevant og gyldig litteraturen er når det gjeld å kaste lys over problemstillinga eg har sett opp.

Ifølge Dalland (2017, s.152) finst det to sider ved kjeldekritikken. I første omgang handlar det om litteratursøket, der ein finn fram til litteraturen som på best mogleg måte kan klargjere problemstillinga. Deretter må ein gjere greie for litteraturen ein har valt å bruke til oppgåva. Kvaliteten til kjelda spelar ei stor rolle i kor stor mon den kan brukast til oppgåva. Kvaliteten handlar om kva type kjelde det er, og kor haldbar og truverdige den er. Ein kan stille seks ulike spørsmål for å vurdere kjeldekvaliteten (Dalland, 2017. s.159-160). Desse spørsmåla handlar om kven som har skrivt teksten, kvifor, når og kven teksten er skriven for, kva type tekst det er og kva formål teksten har.

I kjeldekritikk vert det og snakka om primær- og sekundærkjelder. Primærkjelda er den opprinnelege kjelda, og denne er utgangspunktet for sekundærkjeldene som refererer til innhaldet i primærkjeldene (Dalland, 2017. s.162). Primærkjelder er å føretrekke då dei viser til det forskaren vil fram til og ønsker å formidle.

#### 3.4.1 *Vurdering av forskingsartiklar*

I oppgåva har eg tatt i bruk forskingsartiklar frå tidskrift funne gjennom litteratursøk i HVL sine søkemotorar. Desse er fagfellevurderte (peer reviewed), som vil seie at dei er vurderte og godkjende av ekspertar innan fagfeltet. Ingen av artiklane eg har nytta er meir enn 10 år gamle, noko som er ein fordel då eg ønsker å få oppdatert kunnskap innanfor dette temaet. Eg har valt å inkludere både kvalitative, kvantitative og randomiserte kontrollerte studiar. Dette ser eg på som ei styrke då informasjon kan kome fram på ulike måtar. For å vurdere artiklane har eg nytta sjekklister frå Helsebiblioteket (2016). Desse var til hjelp for å vurdere kor pålitelege artiklane er, om funna er klare og om dei er relevante for oppgåva.

Dei fleste artiklane er skrivne på engelsk, noko som kan vere uheldig med tanke på at det kan oppstå mistolking. Likevel har eg nytta mykje tid og arbeid på å gjennomgå artiklane og forstått dei etter beste evne, for å få fram rett resultat. Sjølv om forskinga er gjort i andre land, kan dei samanliknast med norske forhold.

I oppgåva avgrensa eg alderen på pasientane til over 65 år. I tre av artiklane er nokre av deltakarane under denne alderen, noko som kan vere ein svakheit. Eg vel likevel å nytte dei, då majoriteten av deltakarane, til liks med gjennomsnittsalderen til gruppa er over 65 år. Alle artiklane inkluderer denne aldersgruppa, og eg ser derfor resultatene som relevante for oppgåva.

Deltakarane i studien frå artikkelen «Effects of the health belief model following acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in a hospital in China» er rekruttert frå eit sjukehus i Kina. Då eg har mindre kunnskap om det kinesiske helsevesenet stiller eg meg kritisk til at det kan overførast til norske forhold. Trass dette har eg valt å inkludere den, då den er relevant for oppgåva og problemstillinga.

#### *3.4.2 Vurdering av pensumbøker og annan litteratur*

I teoridelen av oppgåva, som og i drøftingsdelen, bruker eg pensumlitteraturen. Eg ser dette som pålitelige kjelder då desse er godkjende av Høgskulen på Vestlandet. Pensumbøkene har i nokre tilfelle både primær- og sekundærkjelder. Eg har hovudsakleg prøvd å nytte primærkjelder, men grunna av grensa tilgang til primærkjelder har eg og nytta sekundærkjelder. Desse har eg referert til i teksten og i litteraturlista. I tillegg til at pensumlitteraturen er godkjend av HVL, vert den og rekna som pålitelig då lærebøker og fagbøker vert rangert høgt i kjeldehierarkiet (Dalland, 2017. s.153). Litteraturen eg har valt er relevant for oppgåva og problemstillinga eg har gått ut i frå.

Eg har og henvist til Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og WHO, som eg ser på som pålitelege kjelder. Dette fordi dei er anerkjende innanfor dette fagfeltet.



## 4 Presentasjon av forskning

Forskningsartiklane eg har valt å nytte er både kvalitative, kvantitative og randomiserte kontrollerte studier. Desse artiklane tek opp viktige moment i korleis mennesker med KOLS handterer og meistrar angst, og kva som påverkar angsten. I denne delen av oppgåva presenterar eg dei viktigaste funna frå forskningsartiklane nytta i oppgåva.

### 4.1 «Effects of the health belief model following acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in a hospital in China»

Ji et al. (2019) ønskte å sjå effekten ein helsefremmande undervisningsmodell hadde på angst og fatigue hos KOLS-pasientar. Den helsefremmande modellen hadde fokus på god undervisning frå lungelege og erfarne sjukepleiarar, positive tilbakemeldingar og eit sunt og støttande miljø blant pasient, pleiar og pårørande. Resultatet som kom fram var at pasientar undervist med ein helsefremmande modell hadde ein signifikant reduksjon av både angst og fatigue samanlikna med kontrollgruppa. Denne forskjellen var merkbar både under innlegging og seks veker etter at pasientane hadde kome heim. Pasientane vart meir bevisste på tilstanden sin, og betre rusta til å handtere vanskar og psykiske problem. I tillegg kjem det fram at dei var meir lykkelege, optimistiske og samarbeidsvillige.

### 4.2 «The role of social support in anxiety for persons with COPD»

Sosial støtte spelar ei viktig rolle for menneske med kronisk sjukdom, og DiNicola et al. (2013) ville finne ut korleis sosial støtte påverka angst hos KOLS-pasientar. Det kjem fram at angst og depresjon er ein alvorleg kombinasjon når det gjeld mental helse hos KOLS-pasientar, og at sosial støtte kan ha både positive og negative effektar for dei som har KOLS. Dei negative sidene var at den sosiale interaksjonen kunne følast både usympatisk og insensitiv, og at pasientane kunne føle seg svikta når dei trong støtte. Begge deler resulterte i meir angst. Det positive med sosial støtte var å kunne ta i mot hjelp og assistanse når ein trong det. I tillegg kunne sosial støtte bidra til færre sjukehusinnleggingar, færre tilfelle av akutt sjukdomsforverring, betre helse og ei betre forståing av kva som er helsefremmande.

#### **4.3 «Randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy in COPD»**

Heslop-Marshall et al (2018) ville undersøke om kognitiv åtferdsterapi hos KOLS-pasientar reduserte angstsymptom, og om det var meir kostnadseffektivt enn sjølvhjelpsbrosjyrer. Resultatet viste store forskjellar, og gruppa med kognitiv åtferdsterapi kom best ut. Det var ein signifikant forskjell i gruppa med kognitiv åtferdsterapi i forhold til kontrollgruppa etter berre tre månadar. Depresjonssymptoma var og redusert. Dette viser at kognitiv åtferdsterapi var klinisk effektivt hos pasientar med KOLS og komorbide symptom på angst. I studien vart fire sjukepleiarar opplærd til å gjennomføre kognitiv åtferdsterapi til pasientar med KOLS. Sjukepleiarane til pasientane scora høgt på fokus og strukturen i den kognitive åtferdsterapien, terapeutisk forhold og det å gi tilbakemeldingar til pasientane. Sjølv om kognitiv åtferdsterapi var dyrare å gjennomføre enn å levere ut sjølvhjelps brosjyrar, var det meir kostnadseffektivt på lengre sikt. Pasientane med kognitiv åtferdsterapi hadde færre innleggingar og besøk på akuttmottaket enn kontrollgruppa.

#### **4.4 «Fire måder at håndtere åndenød i dagliglivet – et grounded theory studie»**

Jørgensen et al (2013) ønskte å undersøke korleis menneske med moderat til svært alvorleg KOLS handterte pustevanskar i kvardagen. Resultatet i studien viste fire karakteristiske handteringsstrategiar; den overvurderande, den undervurderande, den utfordrande og den utjamnande. Handtering av pustevanskane viste seg som ein sirkulær prosess, med kognitive, emosjonelle og åtferdsmessige handlingar. Det viktigaste for alle deltakarane var å bevare sin personlege integritet, og dei opplevde at pustevanskane trua både den fysiske og psykiske dimensjonen av deira integritet. Dette kom til uttrykk som frykt for kveling og tap av verdi som sosialt individ. Dei fokuserte på å nytte kreftene sine på ein effektiv og hensiktsmessig måte. Regulering av aktivitetsnivå kom fram som den mest nyttige strategien med fokus på å unngå situasjonar der pustevanskane gjer seg svært gjeldande, og like eins for å unngå fysiske og psykososiale nederlag.

#### **4.5 «The Effect of Complex Interventions on Depression and Anxiety in Chronic Obstructive**

## Pulmonary Disease: Systematic Review and Meta-Analysis»

Coventry et al. (2015) ønskte med denne studien å undersøke om komplekse psykologiske og/eller livsstilintervensjonar var effektive i å redusere symptom på angst og depresjon hos menneske med KOLS. Resultatet viser at psykologiske og/eller livsstilsintervensjonar som også inneheldt ein treningskomponent hadde klart større effekt på angst og depresjon hos KOLS-pasientar. Dette gjaldt ulike typar for trening, og det var ein fordel i samanheng med lungerehabilitering. Det viste seg at mosjonstrening med fleire komponentar var effektivt når det gjaldt meistring av angst og depresjon, dette uavhengig av alvorsgrada av angst og depresjon. Dette understreker kor viktig det er å fremme fysisk aktivitet hos menneske med KOLS. I tillegg nemner Coventry et al i studien at kognitiv åtferdsterapi er den beste psykologiske behandlinga for KOLS-pasientar med angst, og denne type behandling kan vere med på å redusere angsten og gjere den meir handterbar.

## 5 Drøfting

I denne delen av oppgåva vil eg drøfte korleis sjukepleiar kan hjelpe KOLS-pasientar med å meistre dyspné -relatert angst. Det vil bli drøfta opp mot teori og funn frå forskning, i tillegg til egne erfaringar.

### 5.1 Kunnskap, kommunikasjon og tilstrekkeleg informasjon til pasienten

For å kunne oppnå meistring er ein avhengig av å ha nok kunnskap og informasjon om sjukdommen, og sjukepleiaren spelar ei viktig rolle her. Ein er pliktig til å gi informasjon til pasienten, både om sjukdommen og den nødvendige helsehjelpa (Helsepersonelloven, 1999, §10). Dette kjem og fram i dei yrkesetiske retningslinjene til sjukepleiarar. Det eg sjølv har sett i praksis er at sjukepleiarar er flinke til å gi god informasjon til pasientane. Informasjonen har blitt tilpassa pasienten og blitt forklart på ein strukturert måte. Sjølv om pasientane nikkar og ser ut til å forstå har eg sjeldan opplevd at dei har blitt spurde om dei forstår det som vert fortalt. Om dei hugsar informasjonen eller om noko er uklart. Sjølv kor viktig det er å gi informasjon er det enda viktigare at den informasjonen vi gir faktisk blir forstått, for at den

informasjonen skal vere nyttig for pasienten. Eg har opplevd at KOLS-pasientar med angstanfall som har fått god informasjon av sjukepleiar som har forsikra seg om at informasjonen er forstått, har klart å handtere angsten sjølv på ein betre måte. Dette er i tråd med dei yrkesetiske retningslinjene (Norsk Sykepleierforbund, 2019), som seier at helsepersonell skal forsikre seg om at pasientane har forstått informasjonen som vert gitt.

Gjennom rettleiing er ein med på å styrke pasienten sin kunnskap og kompetanse om sjukdommen sin (Heggen, 2007, referert i Tveiten, 2018, s. 238). Det kan til dømes vere at ein rettleier pasienten i pusteteknikkar og slim-mobilisering, eller kva ein skal gjere under eit angstanfall. Sjukepleiar må ha grunnleggande kunnskap om både KOLS og angst, kva det inneber og korleis behandle og handtere det. Ved at pasientane får både informasjon og praktisk rettleiing kan dei vere betre rusta til å handtere angst og andre plager. Dette kan relaterast til studien til Ji et al (2019), som viser at pasientane som hadde fått undervisning og rettleiing av lungelege og erfarne sjukepleiarar i eit sunt og støttande miljø, hadde ein signifikant reduksjon av angst. Dei var etter dette meir bevisst på tilstanden sin og meir optimistiske. På den andre sida kan då pasientar som ikkje har fått tilstrekkelig informasjon ha eit auka nivå av angst.

Når pasientar med KOLS opplever eit angstanfall, ser ein kor viktig kunnskap og informasjon hos pasienten er. I praksis i heimesjukepleien skulle eg og min kontaktsjukepleiar hjelpe ein KOLS-pasient med morgonstell. Under forflytting frå seng til bad blei pasienten veldig tungpusten, og dette utløyste eit angstanfall. Sjølv om pasienten visste kva ho skulle gjere under eit angstanfall, forklarte ho seinare at panikken gjorde at ho ikkje klarte å tenke klart. Ein gløymer kva ein kan og korleis ein skal handle. Under angstanfallet forklarte vi henne med eit roleg kroppsspråk, og korte og enkle setningar kva ho skulle gjere. Dette gjorde at ho fekk kontroll over pusten og klarte å hente seg inn igjen. At vi og hadde kunnskap og kunne vere der med henne, var viktig for henne i denne augneblinken. Eg støttar meg til Hummelvoll (2018, s.164) som seier at for å hjelpe menneske med angst, må behovet for trygghet, sikkerheit og kunnskap om angst vere dekkja. I situasjonen opplevde eg at ved å støtte pasienten og vise at eg hadde kunnskap, fekk ho tillit og kjende seg trygg på meg. Som helsepersonell er det viktig at vi informerer om moglegheiter for å handtere angst. For denne pasienten var det å gå til badet krevjande, og gjorde henne svært tungpusten. Ein kan informere om ulike pusteteknikkar, som gjer at ho kan handtere det betre, eller vi til dømes

kan bruke rullestol til badet for å spare kreftene til morgonstellet.

Om vi ser på erfaringa frå førre avsnitt, trur eg utfallet hadde vore svært annleis dersom kroppsspråket og åtferda vår var annleis. Hadde eg og sjukepleiaren stressa, prata over hovudet på pasienten og ikkje forklart kva ho kunne gjere trur eg ikkje ho hadde handtert angsten like godt og raskt. Vi er avhengige av god kommunikasjon til pasienten for at kunnskap og informasjon skal kome fram. Eg støttar meg til Travelbee (1999, s. 135), som seier at kommunikasjon er eit viktig verktøy for å bygge eit menneske-til-menneske forhold.. Gjennom eit slikt forhold bygger vi ein relasjon til pasienten, og kan snakke med pasienten om korleis dei verkeleg har det og kva dei har behov for. Sjukepleiarar er gode i faget sitt og har mykje kunnskap om sjukdom og behandling, men pasientane er ekspertar på sin eigen situasjon og korleis dei opplever den. Derfor er det viktig at sjukepleiar tek seg tid til pasienten, og er opne for samtaler om det pasienten ønsker å snakke om.

## 5.2 Meistring av dyspnè-relatert angst

### 5.2.1 Meistringsstrategiar

I løpet av tida som sjukepleiarstudent har eg erfart at pasientar har ulike meistringsstrategiar, og at der ikkje finst ein fasit på korleis nokon skal meistre angst. Gjennom eigen kunnskap dei har fått i løpet av livet og å prøve seg fram til ein lykkast, finn dei strategiar som passar best til dei. Det kan og vere på bakgrunn av råd, informasjon og kunnskap frå helsepersonell eller nokon som er i same situasjon. Sjukepleiar kan hjelpe KOLS-pasientar med angst å finne ein meistringsstrategi som passar for dei, gi gode råd og rettleie pasienten. Eg støttar meg her til Travelbee (1999, s.41), som seier at sjukepleiarens oppgåve er å hjelpe pasienten med å meistre sjukdommen sin.

KOLS og angst stel mykje krefter av pasienten, og mange av pasientane eg har møtt i heimesjukepleien var svært fokuserte på å nytte kreftene sine på ein hensiktsmessig måte. Dersom dei for eksempel skulle til legen eller ut ein tur på ettermiddagen, passa dei på å ikkje bruke opp kreftene sine tidleg på dagen. For mange var derfor planlegging viktig. Frå mine erfaringar støttar eg meg til Jørgensen et al (2013). Dei fann at pasientane var opptekne av å bevare sin personlege integritet, og at pustevanskane utgjorde ein trussel mot denne.

Pasientane var påpasselege på å nytte kreftene sine på ein effektiv og hensiktsmessig måte. Meistringsstrategien dei fleste nytta dersom dei vart tungpustne var å regulere aktivitetsnivået. Dette kan eg relatere til erfaringar frå praksis, der regulering av aktivitet stod sentralt dersom ein pasient vart tungpusten. Stoppe opp og ta pause, få tilbake pusten og roe seg ned før det gjekk så langt at det utløyste eit angstanfall.

### 5.2.2 Kognitiv åtferdsterapi

Den beste psykologiske behandlinga for å redusere angst, er i følge Bugge og Farshbaf (2021, s.74) kognitiv åtferdsterapi. Likevel har eg ikkje møtt mange KOLS-pasientar som har prøvd denne behandlingmetoden. Fleirtalet nyttar eigne meistringsstrategiar og/eller medikament for å kunne handtere eller dempe angsten. Dette trur eg kjem av at ikkje mange kjenner til kognitiv åtferdsterapi og kanskje ikkje veit kva det går ut på. Kognitiv åtferdsterapi er ikkje ein del av sjukepleiarutdanninga, anna enn at det vert nemnt i nokre pensumbøker. Likevel er det viktig at sjukepleiarar har kunnskap om kva denne behandlingmetoden går ut på og korleis den kan vere til hjelp. Med denne kunnskapen kan vi dermed gi informasjon om behandlinga til KOLS-pasientane med angst, og anbefale dei å prøve det.

Dersom sjukepleiarar hadde hatt moglegheit for å bli opplærd til å nytte kognitiv åtferdsterapi som behandling, trur eg det kan bidra til at fleire får hjelp til å meistre angsten. Eg støttar meg her til Hummelvoll (2018, s.122), som seier at opplæring er nødvendig, men at behandlingmetoden er relativ enkel å ta i bruk. Dette er og i tråd med studien til Heslop-Marshall et al (2018), der fire sjukepleiarar fekk opplæring i å gjennomføre kognitiv åtferdsterapi. Sjukepleiarane hadde god struktur på terapien, og dei hadde eit godt terapeutisk forhold til pasientane. I tillegg gav dei positive tilbakemeldingar til pasientane, noko som igjen førte til at pasientane fekk eit godt resultat av behandlinga.

Kognitiv åtferdsterapi rettar seg meir mot behandling av angst enn behandling av KOLS, men det betyr ikkje at behandlinga ikkje har verknad på sjukdommen og. Eg støttar meg igjen til studien til Heslop-Marshall et al (2018). Pasientane som gjennomførte kognitiv åtferdsterapi hadde ein signifikant reduksjon av angst i forhold til kontrollgruppa. I tillegg hadde pasientane færre innleggingar og færre akutte forverringar som førte til akuttmottaket. I mine auge viser

dette kor stor verknad angst og KOLS har på kvarandre, og kvifor det er viktig at begge delar vert tekne like alvorleg. KOLS og angst triggjar kvarandre og pasienten kjem inn i ein vond sirkel det kan vere svært vanskeleg å kome seg ut av. Sjølv om kognitiv åtferdsterapi kan ta tid før ein får resultat, kan pasientane gjennom denne tida finne eigne meistringstrategiar på vegen (Hummelvoll, 2018, s. 122-123).

### 5.2.3 Fysisk aktivitet

Som Bugge og Farshbaf (2021, s.74) fann, er kognitiv åtferdsterapi den beste psykologiske behandlinga hos pasientar med både KOLS og angst. Men andre livsstilsintervensjonar kan ha like god effekt på å redusere angst og dyspné hos KOLS-pasientar. Coventry et al (2015) fant at psykologiske og/eller livsstils intervensjonar som inneheld ein treningskomponent er svært effektiv for å redusere angstsymptom hos KOLS-pasientar. Spesielt mosjonstrening hadde positive effektar på KOLS-pasientar med angst. Dette stemmer med funna til Bakkelund et al (2020, s.178), som understrekar verdien av fysisk aktivitet hos pasientar med KOLS. I alle stadia av sjukdommen står fysisk aktivitet sentralt for å både betre helsa og førebygge forverring.

Mine eigne erfaringar med KOLS-pasientar og fysisk aktivitet, er at mange vel å halde seg borte frå fysisk aktivitet. Pasientar har uttrykt fleire årsakar til dette, blant anna redsel for dyspné, følelsen av å kvelast, angstanfall og det å ikkje ha kontroll. Mange KOLS-pasientar forlet ikkje heimen sin på grunn av dette. Pasientane isolerer seg heime, føler seg meir einsame og dette har igjen ein negativ effekt på angsten. På den andre sida har eg erfart at dei KOLS-pasientane som tidligare har vore veldig aktive og framleis prøvar å vere aktive, er mindre prega av angst i kvardagen. Fysisk aktivitet kan gjere kvardagen lettare for pasientane, og derfor er det viktig at sjukepleiarar kan motivere og hjelpe til slik at pasientane vert litt meir fysisk aktive. Dette er og i tråd med Nasjonale retningslinjer for KOLS-pasientar (Helsedirektoratet, 2019), som seier at pasientar med KOLS bør få god informasjon og rettleiing i både fysisk aktivitet og pusteteknikkar.

Eg har erfart at det kan vere utfordrande å motivere pasientar i dårleg form til å gjennomføre fysisk aktivitet. Derfor trur eg det er viktig at ein tek seg tid til å forklare pasienten kor viktig

fysisk aktivitet er. Korleis det kan hjelpe deg å puste betre, gjennomføre daglege gjeremål, betre slimmobiliseringa og redusere angsten. Å vite at ei lita mengde fysisk aktivitet kvar dag kan gjere kvardagen lettare, kan for mange vere ein motivasjon i seg sjølv. Likevel er det viktig å ikkje presse pasientane, og å vise forståing for at fysisk aktivitet er meir krevande for dei. Dette er i tråd med Bakkelund et al (2020, s.173), som seier at fysisk aktivitet for KOLS-pasienter er noko heilt anna enn for friske menneske og at ein må respektere grenser og ta det roleg. Ein kan til dømes anbefale pasienten å først gå fleire korte runder i huset, eller utføre større delar av stell på eiga hand. Ein roleg start vil gjere at ein ikkje går på ein smell med ein gong og dermed held seg enda meir unna fysisk aktivitet. Sjukepleiar må hjelpe pasienten med å finne ut kva som passar for dei, og finne ein god balanse mellom fysisk aktivitet og kvile.

### 5.3 Verdien av sosial støtte

Sosial støtte er for mange ein viktig faktor i livet, og i følge Renolen (2015, s.135) opplever pasientar i vanskelege situasjonar at sosial støtte er det som betyr mest for dei. Vi treng gjennom heile livet nokon å støtte oss til, og dette vert enda tydelegare når helsa sviktar eller når ein vert utsett for påkjenningar. God støtte kan opplevast som stabilitet og ein følelse av at ein er verdsett. Derimot kan mangel på sosial støtte føre til einsemd og forverring av sjukdom. Dette kan relaterast til DiNicola et al (2013) sine funn om korleis sosial støtte verkar inn på angst hos KOLS-pasientar. Det kom fram både positive og negative sider ved den sosiale støtta og korleis pasientane opplevde den. Pasientane uttrykte at det positive med sosial støtte var at ein kunne ta imot hjelp og assistanse når ein hadde behov for det. KOLS-pasientar kan ha vanskar med å utføre daglege gjeremål på grunn av dyspné og angst, og når nokon tek seg tid til å hjelpe med dette kan det vere svært positivt for pasienten. I tillegg førte riktig sosial støtte til færre sjukehusinnleggingar, færre akutte forverringar og betre helse hos KOLS-pasientar. I mine auge viser dette kor mykje støtte har å seie, ikkje berre for den psykiske helsa men og den fysiske. På den andre sida kunne den sosiale støtta oppfattast som negativt lada eller usympatisk. Kanskje den ikkje var meint slik, men slik kunne pasientane oppfatte den. I tillegg kunne dei føle seg svikta dersom den sosiale støtta ikkje var der når dei verkeleg trong det, og begge desse faktorane resulterte i meir angst hos pasientane.



Det sosiale nettverket til pasienten er ein viktig ressurs, både for hjelp og støtte. Sjøv om ein har eit breitt nettverk, er det ikkje alle som vert oppfatta som sosial støtte. Kvaliteten har meir å seie enn kvantiteten (Renolen, 2015, s.175). Eg har møtt pasientar som har ein stor familie, men som svært sjeldan får besøk eller hjelp frå desse på trass av at dei bur i same by eller bygd. På motsett side er det pasientar med eit mykje mindre nettverk, som knapt nok er åleine. Det at familie eller vennar kan vere der, eller ta med pasienten på noko som er kjekt kan bety mykje. Eit døme frå praksis var når eg besøkte ein KOLS-pasient, som nettopp hadde hatt besøk av dottera si. Sjølv om ho syntest det var koseleg med besøk, var ho sliten og lei av at dottera snakka om sjukdom, legetimar og medisinar. Ho uttrykte at dette gjorde henne meir merksam på kor dårleg ho eigentleg var og ho fekk meir angst når ho sat igjen åleine etter besøket. Eg støttar meg til DiNicola et al (2013) som fann at sjølv om støtte frå pårørande kan vere godt meint, kan det følast både usympatisk og usensitivt. I slike tilfelle kan det gi meir angst, og det er derfor igjen viktig å tenke på korleis ein støttar ein som er sjuk.

Å leve med kronisk sjukdom og angst er ikkje noko alle kan relatere til, og pasientar kan føle at dei er åleine om det. Noko sjukepleiarar kan gjere her er å anbefale pasienten å oppsøke ei støttegruppe (Niven, 2000, referert i Renolen, 2015, s.175). Det finst fleire forskjellige støttegrupper for menneske med ulike sjukdommar og vanskar. I ei slik gruppe kan pasienten finne støtte i andre som opplever det same og sit med liknande følelsar og tankar. For pasienten kan det vere meiningsfullt å kjenne på det å høyre til, og at det er godt å snakke med nokon som faktisk kan relatere til korleis ein har det. Derimot er det nok ikkje alle som ønsker å ta del i dette. Det kan vere at ein ikkje vil snakke med framande om sine vanskar, då dei følar at det er for personleg. Dei som ikkje ønsker å vere med i støttegrupper, kan kanskje ha eit større behov for å snakke med sitt kjende sosiale nettverk og få støtte frå den sida.

Støtte frå familie og vennar spelar ei sentral rolle, men det er og viktig at sjukepleiarar kan vere med å støtte pasienten på best mogleg måte. Eg har opplevd i praksis at tida eg brukar saman med pasientane har blitt sett pris på. Pasientar har uttrykt at det også er godt å kunne snakke med sjukepleiar om noko anna en sjukdom og vanskar, og det kan vere andre ting som er viktige for pasienten å få snakka om. Men sjølv sagt har eg møtt dei som har behov for å snakke om det som er vanskeleg. Det viktigaste er at pasientane føler støtta er riktig der og då, og som sjukepleiar må ein klare støtte pasienten slik det er ønskt. Dette kan vere utfordrande, då ein kanskje ikkje alltid har eit så godt kjennskap til pasienten. Om ein ikkje

veit kva pasienten har behov for å snakke om eller helst vil styre unna samtaleemne som omhandlar sjukdom, kan ein gjerne spørje pasienten. Dette gjer det lettare for sjukepleiar å unngå samtalar som kan gi meir angst, og heller ta seg litt meir tid til det pasienten faktisk ønsker å prate om.

## 6 Konklusjon

Hensikta med denne litteraturoppgåva var å finne ut korleis sjukepleiarar kan fremje meistring av angst hos KOLS-pasientar. Som vi har sett har KOLS-pasientar ulike strategiar for å meistre både dyspné og angst. Dette gjer og at sjukepleiaren må gå fram på ulike måtar i møte med pasientar med KOLS. Funna i både litteratur og forskning understøttar kor viktig tilstrekkelig informasjon og kunnskap er, både hos pasienten og sjukepleiaren, for at pasienten skal kunne handtere og meistre angsten. Dei pasientane som sitter inne med kunnskap om sjukdommen og har fått god informasjon frå helsepersonell, har betre evne til å meistre angsten og dermed mindre angstsymptom. Sjukepleiaren si rolle til å informere står sentralt, og ved å overføre kunnskap om sjukdommen, tiltak og behandlingsformer til pasientar med KOLS kan dei oppnå meistring av angsten. Litteraturoppgåva opnar for ikkje-medikamentelle tiltak og behandlingsformer, som kognitiv åtferdsterapi og fysisk aktivitet. Desse har vist seg å ha positive effektar på angst, men og på sjølve KOLS-diagnosen. For å fremje meistring må sjukepleiaren motivere pasienten og fremje dei ulike tiltaka som kan vere til hjelp for dei.

Av egne erfaringar har eg sett at både fysisk aktivitet, tilstrekkeleg informasjon og kunnskap har hatt positive effektar på angst hos KOLS-pasientar. Sosial støtte står og sentralt for å kunne meistre angst, men like viktig er det at støtta pasienten får, kjennest rett. God støtte frå familie og sjukepleiar reduserar angstsymptom, medan mangel på eller dårleg sosial støtte kan gje meir angst. Når det kjem til kognitiv åtferdsterapi, er dette noko som pasientane eg har møtt verken har prøvd ut eller har nok kunnskap om. Eg ser gjerne at det blir forska meir på korleis sjukepleiarar kan få opplæring i dette og nytte det til pasientar med KOLS og angst. Dette trur eg hadde vore eit nyttig reiskap for sjukepleiarar i møte med denne pasientgruppa, og dermed kunne bidra til at pasientane får hjelp til å meistre angsten.

## 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* (4. utg, s. 117-180). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bugge, P & Farshbaf, M. (2021). I T. F. Aarre (Red.), *Psykatri for helsefag* (2. utg, s.69-82). Fagbokforlaget.

Bugge, P. (2021). Angstlidelser. I T. F. Aarre (Red.), *Psykatri for helsefag* (2. utg, s.163-186). Fagbokforlaget.

Coventry, P. A., Bower, P., Keyworth, C., Kenning, C., Knopp, J., Garrett, C., Hind, D., Malpass, A. & Dickens, C. (2015). The Effects of Complex Interventions on Depression and Anxiety in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos* (4). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0060532>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg). Gyldendal Norsk Forlag AS.

DiNicola, G., Julian, L., Gregorich, S. E., Blanc, P. D. & Katz, P.P. (2013). The Role of Social Support in Anxiety for Persons with COPD. *PubMed Central*, 74(2). doi: [10.1016/j.jpsychores.2012.09.022](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.09.022)

Fjørtoft, A-K. (2016). *Hjemmesykepleie* (3. utg). Fagbokforlaget.

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

Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). PICO. I *Helsebiblioteket*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). Sjekklistor. I *Helsebiblioteket*.

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

Hesledirektoratet. (2022, 15. februar). *KOLS- diagnostisering og behandling*.

Hesledirektoratet. <https://www.hesledirektoratet.no/retningslinjer/kols>

Heslepersonelloven. (1999). *Lov om heslepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

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

Heslop-Marshall, K., Baker, C., Carrick-Sen, D., Newton, J., Echrevarria, C., Stenton, C., Jambon, M., Gray, J., Pearce, K., Burns, G. & De Soyza, A. (2018). Randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy in COPD. *ERJ Open Res*, 4(4). doi: [10.1183/23120541.00094-2018](https://doi.org/10.1183/23120541.00094-2018)

Hummelvoll, J. K. (2018). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7. utg). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ji, M., Wang, A. -H., Ye, J., Shen, Y. -H., Chen, C. -M., Yu, C. & Li, L. -F. (2019). Effects of the health belief model following acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in a hospital in China. *J Thorac Dis*, 11(8). doi: [10.21037/jtd.2019.07.40](https://doi.org/10.21037/jtd.2019.07.40)

Jørgensen, L. B., Dahl, R., Pedersen, P. U. & Lomberg, K. (2013). Fire måder at håndtere åndenød på i dagliglivet – et grounded theory-studie. *Sygeplejersken*, (9).

<https://dsr.dk/sygepleiersken/arkiv/sy-nr-2013-9/fire-mader-at-handtere-andenod-pa-i-dagliglivet-et-grounded-theory>

Martinsen, E.W. (2020). Angstlidelser. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (2. utg., s.115-117). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Mjell, J. (2011). Sykdommer i respirasjonsorganene. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 209-241). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Henta frå

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

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

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

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleien* (K. M. Thorbjørnsen, Overs.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tveiten, S. (2018). Empowerment og veiledning. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (2. utg, s. 237-258). Fagbokforlaget.

WHO. (2021, 21. juni). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. World health organization. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))

## Vedlegg 1 – PICO-skjema

<b>P:</b>	Population/problem	Hvilken populasjon eller hvilket problem dreier det seg om?
<b>I:</b>	Intervention	Hva er det med denne populasjonen eller dette problemet du er interessert i? Er det tiltak som er iverksatt (intervensjon) eller noe populasjonen blir utsatt for (eksponering)?
<b>C:</b>	Comparison	Ønsker du å sammenligne to typer tiltak? I så fall skal det andre tiltaket stå her (f.eks. dagens praksis).
<b>O:</b>	Outcome	Hvilke utfall eller endepunkter er du interessert i?

(Helsebiblioteket, 2016).

## Vedlegg 2 – Oversikt søkeprosess

Database	Søkeord	Antal treff	Antal leste abstract	Inkluderte artiklar
<i>Pub-Med</i>	«COPD» AND «nursing» AND «anxiety» AND «teaching»	34	4	1 «Effects of the health belief model following acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in a hospital in China»
<i>SveMed+</i>	«COPD» AND «anxiety»	9	2	1 «Fire måder at håndtere åndenød på i dagliglivet – et grounded theory studie»
<i>Pub-Med</i>	«COPD» AND «anxiety» AND «social support»	87	5	1 «The role of social support in anxiety for persons with COPD»
<i>Pub-Med</i>	«COPD» or «Chronic Obstructive Pulmonary Disease» AND	21	1	1 «Experience of anxiety among patients with severe COPD»

	«dyspnea» «anxiety» AND «coping»			
<i>Pub-Med</i>	«COPD» AND «cognitive behavioural therapy» AND «anxiety» AND «nurse»	4	4	1 «Randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy in COPD»
<i>EBSCO</i>	«COPD» AND «anxiety» AND «physical activity»	70	5	1 «The Effect of Complex Interventions on Depression and Anxiety in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Systematic Review and Meta-Analysis»





# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave i sykepleie

SK152-O-2022-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	03-06-2022 09:00	<b>Termin:</b>	2022 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	07-06-2022 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave i sykepleie		
<b>Flowkode:</b>	203 SK152 1 O 2022 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	460
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7541
----------------------	------

**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

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	2
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	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