



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001-PRO-1-2020-HØST-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	17-08-2020 09:00	Termin:	2020 HØST
Sluttdato:	08-10-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)		
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2020 HØST		
Intern sensor:	Sigrund Breistig		

Deltaker

Kandidatnr.:	102
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	8435
----------------------	------

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 *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



BACHELOROPPGAVE

Kols-pasienter med angst – en litteraturstudie om sykepleiers hjelp til å mestre.

COPD-patients with anxiety – a literature study on nurses help in coping.

Kandidatnummer: 102

Bachelor i sykepleie

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

Veileder: Sigrund Breistig

Innleveringsfrist: 8 oktober 2020 kl.14:00

Kols-pasienter med angst – en litteraturstudie om sykepleiers hjelp til å mestre.



Foto: aktivmedkols.no

Sammendrag

Tittel:

Kols-pasienter med angst – en litteraturstudie om sykepleiers hjelp til å mestre.

Bakgrunn:

De fleste med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols), har også angst. Ofte blir ikke angst utredet eller behandlet hos kols-pasienter, og mange velger å holde seg hjemme for å unngå sosial- og/eller fysisk kontakt, noe som øker angst og depresjon.

Problemstilling:

Hvordan kan sykepleiere hjelpe hjemmeboende pasienter med kols, til mestring av sykdomsrelatert angst.

Hensikt:

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse hvilke ikke-medikamentelle tiltak sykepleier kan utøve, for å hjelpe pasienter med kols til å mestre sin sykdomsrelaterte angst i hverdagen.

Metode:

Dette er en litteraturstudie. Vitenskapelige artikler er blitt drøftet i lys av faglitteratur og mestringsteori.

Resultat:

Gjennom denne litteraturstudien, kommer det frem at ikke-medikamentelle tiltak, som informasjon og kunnskap, psykoterapi, atferdsterapi og støtte, samt fysisk aktivitet og trening, er viktige tiltak og behandlingsformer for at kols-pasienter skal mestre sin sykdomsbelastende angst i hverdagen.

Konklusjon:

Kols-pasienter trenger økt kunnskap og informasjon til å kunne forstå, håndtere og mestre den angstbelastende delen av sykdommen, i sin hverdag. Psykoedukasjon, samt psyko- og atferdsterapi har vist seg å ha godt effekt til å kunne mestre angst. Dette trenger å bli forsket videre på, slik at man som sykepleier kan få mer kunnskap til å utføre denne behandlingsformen.

Nøkkelord:

COPD, anxiety, coping, self-management, quality of life, nursing

Summary

Title:

COPD-patients with anxiety – a literature study on nurses help in coping.

Background:

Most people with Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) also have anxiety. Anxiety is often not investigated or treated in COPD-patients, and many choose to stay at home rather than seek social- and/or physical contact, which increases anxiety and depression.

Problem statement:

How can nurses help patients with COPD living at home, to cope with disease-related anxiety.

Purpose of the study:

The purpose of this literature study is to highlight the non-drug measures that nurses can perform, to help patients with COPD to cope with their disease-related anxiety in everyday life.

Method:

This is a literature study. Scientific articles have been discussed in the light of professional literature and coping theory.

Result:

Through this literature study, it emerges that non-medical measures, such as information and knowledge, psychotherapy, behavioral therapy and support, as well as physical activity and exercise, are important measures and treatments for COPD-patients to cope with their disease-related anxiety in everyday life.

Conclusion:

COPD-patients need increased knowledge and information to be able to understand, manage and cope the anxious part of the disease, in their everyday life. Psychoeducation, as well as psycho- and behavioral therapy have been shown to have a good effect on being able to master anxiety. This needs to be further researched, so that you as a nurse can gain more knowledge to perform this form of treatment.

Key words:

COPD, anxiety, coping, self-management, quality of life, nursing

Innholdsfortegnelse

Introduksjon	6
<i>Bakgrunn for valg av tema</i>	6
<i>Presentasjon av problemstillingen</i>	7
<i>Avgrensing og presisering av problemstillingen</i>	7
<i>Begrepsavklaring</i>	7
Teori	8
<i>KOLS</i>	8
<i>Behandlingsmåter</i>	9
<i>Angst</i>	10
<i>Dyspné og angst</i>	12
<i>Mestring</i>	12
<i>Benner og Wrubel om mestring og omsorg</i>	13
<i>Hjemmesykepleie</i>	14
<i>Sentrale retningslinjer</i>	14
Metode:	15
<i>Litteraturstudie som metode</i>	16
<i>Fremgangsmåte</i>	16
Funn:	18
<i>Sammendrag av vitenskapelige artikler</i>	18
<i>Vitenskapelig artikkel 1</i>	18
<i>Vitenskapelig artikkel 2</i>	19
<i>Vitenskapelig artikkel 3</i>	19
<i>Vitenskapelig artikkel 4</i>	20
<i>Oppsummering av hovedfunn fra artiklene</i>	21
Drøfting	22
<i>Informasjon, kunnskap og forståelse</i>	22
<i>Psykoterapi, atferdsterapi og støtte</i>	24
<i>Fysisk aktivitet og trening</i>	25
<i>Medikamentell eller ikke-medikamentell behandling?</i>	27
<i>Mestringsstrategier</i>	27
Konklusjon	28
Litteraturliste:	29

Introduksjon

Det blir estimert at cirka seks prosent av nordmenn over 40år har kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) (Folkehelseinstituttet, 2018). Av de over 70 år, øker prosentdelen til 10%. Kols er både underdiagnostisert, men også den hyppigste årsaken til sykdom og død i verden (Ørn & Bach-Gansmo, 2017, s.239). Statistikken viser at de eldre (65+) pasientene, som mottar hjemmesykepleie, har multimorbiditet hvor to eller flere av sykdommene er kroniske. Dette skaper en ekstra utfordring ved å skille om symptomer hører til allerede kjent sykdom, eller om det er noe nytt (Birkeland & Flovik, 2018, s.37-39). Det antas at antallet kols-pasienter kunne doblet seg i antall. Ved tidlig diagnostisering, kunne man funnet rett behandling, forebygget og dermed bremsset sykdomsutviklingen og gi økt livskvalitet til disse menneskene (Helsedirektoratet, 2012). Over 80% av de med kols har fått sykdommen grunnet røyking. Andre årsaker er luftforurensing, hyppige luftveisinfeksjoner, tidligere astma og/eller arvelige faktorer (Refvem, 2019).

Dyspnè og angst er to kombinasjoner som sees ofte hos pasienter med kols. Opplevelsen av å ikke få puste, utvikles ofte til angst og redselen for å dø. Viktigheten av god anamnese og finne ut om det er redusert fysisk aktivitet, grunnet tung pust, er viktig for å kunne gi tilleggsbehandling og forebygging mot angst (Ørn & Bach.Gansmo, 2017, s.241).

Kols er en ikke-reversibel sykdom, men den kan behandles og forebygges. I 2012, kom Helsedirektoratet ut med en oversikt over nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging, av kols-pasienter. Her viser Helsedirektoratet til ett stort behov og utbytte av å informere kols-pasienter om ikke-medikamentell behandling og opplæring til egenmestring (Helsedirektoratet, 2012). Noe av det som står sentralt i sykepleiens fokus, er å fremme pasientens helse, livskvalitet og hjelpe til mestring (Grimsbø, Skaug, Nordtvedt & Kristoffersen, 2016, s.16). Arbeidet skal gis gjennom faglig forsvarlighet og ut ifra helsepersonellens kvalifikasjoner, hvor det også forventes tverrfaglig samarbeid og samhandling dersom det skulle være nødvendig (Helsepersonelloven, 2019, §4).

Bakgrunn for valg av tema

Gjennom praksisperioder og arbeid i hjemmesykepleien har det vært sterke møter med pasienter med kols. Det har vært innleggelsler av pasienter med en kolsforverring, hvor pustebesvær og panikk- og angstanfall har vist seg i tråd med hverandre. I begge

arbeidsforhold har jeg sett ett bredt følelsesspekter hos pasienten. Fra dyp fortvilelse og lav livsgnist, til glede og mestring. Samtidig har jeg, uavhengig av KOLS grad, sett pasienter håndtere sin sykdom og påvirkningen av den, ulikt.

Før oppstart av bachelorskrivingen, snakket jeg med en pasient som har svært alvorlig kols. Han gav meg ett innblikk i sin hverdagsmestring, hjemmeboende, med kols. Gjennom samtalen, fikk jeg et innblikk i hvordan han taklet sin hverdag med hjelp av ett kols-team, bestående av sykepleiere, i ryggen.

Gjennom praksis og arbeid i hjemmesykepleie, opplever jeg at hovedforskjellene i livskvaliteten til kols-pasienter, ligger i deres mestringsevne. Gjennom denne litteraturstudien ønsker jeg å studere hvordan man som sykepleier kan støtte og hjelpe kols-pasienter, til å mestre hverdagen sin, med hovedvekt på ikke-medikamentelle tiltak.

Presentasjon av problemstillingen

Hvordan kan sykepleiere hjelpe hjemmeboende pasienter med kols, til mestring av sykdomsrelatert angst?

Avgrensning og presisering av problemstillingen

Oppgaven vil begrense seg til hjemmeboende kols-pasienter, med sykdomsbelastet angst. Det på bakgrunn av at pasienter med dyspné, har eller vil utvikle angst (Refvem, 2019). Det vil ikke være avgrensninger på hvilken grad av kols pasientene har, da angst er en følelse og kan oppleves forskjellige, uavhengig av graden av kols (Folkehelseinstituttet, 2019). De fleste pasienter med kols, er over 65år (Markussen, 2009), og oppgaven vil dermed ta utgangspunkt i pasienter over 65år, uavhengig av kjønn. Det vil ikke bli vektlagt andre tilleggdiagnoser av kols, og sykepleiebehandlingen vil ha fokus på ikke-medikamentelle tiltak. Oppgaven vil dermed omhandle hvordan sykepleier i hjemmesykepleien kan hjelpe hjemmeboende pasienter til å mestre den kolsrelaterte angsten.

Begrepsavklaring

KOLS står for kronisk obstruktiv lungesykdom og er en samlebetegnelse på lungesykdommer der lufstrømmen blir hindret, med progredierende utvikling (Grundt & Mjell, 2017, s.239).

Angst blir i denne oppgaven sett i sammenheng med redsel eller panikk for å ikke få puste (Grundt & Mjell, 2017, s.241).

Dyspné defineres som tung pust (Grundt & Mjell, 2017, s.219).

Hjemmeboende pasienter, er i denne sammenheng mennesker med kols, som bor hjemme og får hjemmesykepleie.

Å mestre vil her samsvare med at kols-pasienten har lært å leve med sin sykdom (Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s.252).

Teori.

KOLS

Kols er en samlebetegnelse på de kroniske lungesykdommene, hvor luftstrømhindringene ikke er reversible, men vanligvis progredierende (Refvem, 2019). Flertallet av mennesker med kols, har kombinasjonen med kronisk bronkitt og emfysem. Kronisk bronkitt blir definert ved uttalt hoste og økt slimproduksjon. Dette grunnet kronisk inflammasjon i bronkioler og bronkier, som reduserer luftrørsåpningen og gir økt luftveismotstand. Emfysem fører til dyspné, grunnet ødeleggelse av lungevev og større alveoler. Mange av alveolene smelter sammen, grunnet ødeleggelse av alveoleveggene, og fører til ett mindre areal for gassutveksling. Dette fører til en ekspiratorisk luftveismotstand, og videre økt trykk i alveolene og videre sammensmelting. Det betyr at totaloverflaten for gassutveksling og luftveismotstanden er progredierende, i tråd med at den elastiske kapasiteten blir svekket (Grundt & Mjell, 2017, s.239).

Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD-kriteriene) er en internasjonal stadieinndeling for å klassifisere alvorlighetsgraden av KOLS, etter pasientens spirometri resultat (Grundt & Mjell, 2017, s. 240). Kriteriene ble opprettet av WHO i 2001 og består av stadier fra 1-4: mild, moderat, alvorlig og svært alvorlig (*Global initiative for chronic obstructive lung disease*, 2020). Angst oppleves hyppigere, med økt kols grad (Helsedirektoratet, 2012).

Kols er en kronisk sykdom, noe som vil si at lungeskaden er permanent og kan ikke helbredes. Behandlingen innebærer å lindre symptombildet, samt forebygge forverrelse (Folkehelseinstituttet, 2018). Symptomene kommer gradvis og kan variere. De hyppigste symptomene er kronisk hoste, økt slimproduksjon og dyspné ved anstrengelse. Hoste med ekspektoratet er mest tilstede på dagen, men også om natten. Ekspektoratet er ofte gulgrønt og pussholdig, men kan også være gråhvitt. Gjentatte episoder med akutt bronkitt er også typisk hos personer med KOLS (Grundt & Mjell, 2017, s.240-241). Grundt & Mjell (2017) skriver også at alle sykdommer som medfører dyspné, deriblant KOLS, vil utvikle angst.

Behandlingsmåter

Behandling av kols-pasienter har som mål å dempe symptombildet og bremse sykdomsutviklingen. Medikamentell behandling blir brukt til forebygging, samt korttids- og langtidsvirkende funksjon. Medisiner som reduserer infeksjonsrisikoen, sees som forebyggendebehandling. Dette kan være årlige influensavaksiner og pneumokokkvaksiner. Korttids- og/eller langtidsvirkende beta-2 stimulatorer, brukes for å lette på dyspnéen. For å dempe slimproduksjonen, blir det brukt kortison aerosoler, ofte i ett kombinasjonspreparat som også dekker beta-2 reseptorene. Ved alvorlig og langtkommen KOLS er også oksygenbehandling aktuelt (Refvem, 2019).

Som sykepleier, er ikke-medikamentell behandling viktig å legge frem som ett behandlingsalternativ. Å redusere/avvikle eksponering for risikofaktorene, er alltid ett mål hos kols-pasienter. Eksempelvis røykeslutt for både pasient og eventuelt andre i husstanden, samt tiltak som kan hindre luftforurensing ved yrkesrelatert kols (Grundt & Mjell, 2017, s.241). Trening blir sett på som en av de viktigste ikke-medikamentelle tiltakene hos kols-pasienter. Dette for å øke pasientens aerobe kapasitet og videre mulighet til å forflytte seg, som gir en positiv effekt på både dyspné og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2012).

I NSF's artikkel, *behandling av dyspné*, viser de til en KOLS-rehabilitering. Der gav sykepleierne pasientene opplæring og hjelp til å utøve leppepust, noe som resulterte i 50% reduksjon av alvorlig dyspné (Nygaard, 2012). Leppepust utføres ved å puste inn gjennom nesen og ut gjennom stramme lepper, som om at man plystrer eller blåser ut ett lys (Stavanger kommune, 2017, 0:47). Hoste- og pusteteknikk er ett annet godt verktøy å lære pasientene, da det både kan være nyttig ved dyspné men også som slimmobiliserende tiltak. Ved hosteteknikk, puster pasienten helt ut og like før det er tomt for pust skal de hoste, trekk så

pusten inn og host videre. Dette gjentas tre ganger. En annen metode er støt-teknikk. Da trekker pasienten pusten inn og støter pusten ut igjen, som om man blåser dugg på en rute. Denne teknikken sees om slimet sitter nede i luftveiene, dersom det sitter høyere oppe utføres ekspirasjonen og støtet raskt (Helse Fonna, 2016, s.22-23). Diafragmarespirasjon hjelper pasienten til å puste saktere og dypere, samt redusere stress og uro ved dyspné (Skaug & Berntzen, 2016, s.119-120).

I ett lungerehabiliteringsprogram er hovedkomponentene individualisert bestående av, trening, opplæring av sykdom og behandling, atferdsendring, ernæringsråd og psykososial støtte og aktivisering. Målet med lungerehabilitering er å redusere symptombildet, øke livskvaliteten og bedre den fysiske og emosjonelle deltagelsen i hverdagsaktiviteter (Helsedirektoratet, 2012).

Angst

Ved farer sender kroppen ut signaler som gjør at man reagerer med frykt og redsel. Angst blir beskrevet som en ufarlig situasjon, der en er svært redd, hvor det også går videre utover livskvaliteten og den daglige fungeringen. I Norge er angst den vanligste psykiske lidelsen og det sees at hver fjerde person vil oppleve det i løpet av livet (Folkehelseinstituttet, 2019). Angst og depresjon er tilleggsdiagnoser som er hyppig funnet hos kols-pasienter. Dyspné, som er sykdommens hovedsymptom, fører til flere skremmende endringer og situasjoner, noe som videre gir angstsymptomer og nedsatt livskvalitet (Refvem, 2019). Hos pasienter med alvorlig KOLS, har 62% av dem depresjonssymptomer. Likevel er angst og depresjon den komorbiditeten til sykdommen, som er minst behandlet (Helsedirektoratet, 2012).

Angst og økende tung pust hos kols-pasienter supplerer hverandre og kan bli en ond sirkel. Dette fordi begge fører til videre økende tung pust og dermed immobilisering, som igjen påvirker den psykososiale situasjonen og angst. Symptombildet på angst og depresjon resulterer ofte til isolasjon i hjemmet, ensomhet, hjelpeløshet og håpløshet. Grunnet kunnskapsmangel om angst og depresjon, som komorbiditet hos kols-pasienter, blir lidelsen ofte ikke påvist eller behandlet (Helsedirektoratet, 2012).

Ved angst er det flere dimensjoner som viser seg, følelser, tanker, handlinger og kroppslige reaksjoner gir uttrykk. De kroppslige symptomene kan sammenlignes med adrenalinutskillelse, eksempelvis gir det hurtig puls, økt respirasjonsfrekvens,

temperaturrendring og blodtrykksforandring. Følelsesmessig gis det panikk, frykt, uro og beskrives som en psykisk smerte. Tankene blir ofte katastrofe preget og personen viser tegn til kognitiv innsnevring. Atferdsmessig er det mye kroppslig uro, tilbaketrekning og unngåelse (Skårderud, Haugsgjerd & Stánicke, 2015, s.292).

Ved forverring av KOLS eller generell dyspné sees det stor sammenheng med angst. Markussen (2009) skriver i sin fagartikkel at pasientene mister evnen til å tenke og handle ved dyspné, og får dermed panikk (Markussen, 2009). Ved panikkangst kan en få en følelse av et en mister kontrollen, blir gal og i verste tilfelle føler en skal dø. Dette på bakgrunn av panikkens hovedsymptomer, hjertebank, brystmerter, opplevelse av å bli kvalt og uvirkelighetsfølelse, som plutselig inntreffer (Skårderud et al., 2015). Grunnet ett panikkanfall gir en rask oppstart av alarmreaksjonene i kroppen, hvor både flukt- og forsvarsmekanismene slås på, sees det som den mest intense og skremmende angsten (Norsk forening for kognitiv terapi, 2014).

Det finnes flere psykologiske behandlingsalternativer, en grundig anamnese og utredning er dermed viktig før avgjørelsen av behandlingsopplegg (Skårderud et al., 2015). Har man også kjennskap til problematikken og årsaken til angsten, er det lettere å skulle håndtere og arbeide med den (Ingeberg, Tallaksen & Eide, 2006).

Angst kan behandles både farmakologisk og/eller psykologisk, men må individualiseres etter hver pasients behov, og gjerne etter hva pasienten selv ønsker av metode. Ved farmakologisk behandling gis det antidepressiva og SSRI-preparater. Angstdempende medikamenter, som benzodiazepiner, gis med forsiktighet grunnet vanedannelse og videre misbruk (Skårderud, Haugsgjerd & Stánicke, 2015, s.300-301). Psykodynamisk psykoterapi og kognitiv atferdsterapi er anbefalt psykoterapi til generelle angstlidelser. Felles for behandlingene er å lindre symptomer, samt lære pasientene til å kunne mestre angstprovoserende situasjoner (Helsedirektoratet, 2000). Ved psykodynamisk psykoterapi må en sette seg inn i pasientens opplevelse, mestring og relasjoner rundt sykdommen. En god relasjon mellom partene er dermed viktig for at pasienten skal kunne åpne seg (Institutt for psykoterapi, 2020). Målet med psykodynamisk psykoterapi er at pasienten skal, gjennom realitets- og kunnskapsøkende samtaler, kunne mestre de negative affektene ved sykdommen (Skårderud, Haugsgjerd & Stánicke, 2015, s.352). Atferdsterapi går ut på å endre pasientens livsstil. Dette kan eksempelvis gjelde røyking og fysisk aktivitet hos kols-pasienter, alkohol, overvekt og mer.

Sykepleiers mål med atferdsterapeutisk samtale er å øke pasientens ønske og tro på en forandring. Dette gjøres gjennom at sykepleier setter seg inn i pasientens daværende situasjonsopplevelse av sykdommen. Hensikten er at pasienten selv skal komme med tiltak mot endring. Dette gjøres ved at sykepleier øker kunnskap gjennom å komme med anbefalinger, samt bistår når pasienten skal konkretisere målene sine (Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s.395).

Dyspné og angst

Angst og depresjon er noe en finner ved kronisk sykdom og hyppigst hos kols-pasienter. Symptomene på angst øker i prosentdel, ut ifra grad av kols. Hos personer med mild kols er angstsymptom funnet hos 42%, prosentdelen av angstsymptom øker til 62% hos pasienter med alvorlig kols. Grunnen til dette er hovedsymptomet, tung pust, som er skremmende og angst-provoserende (Helsedirektoratet, 2012). Å ha problemer med å puste kan være et symptom på angst, samtidig som pustebesvær kan føre til angst og/eller panikk. Dette blir kalt en angst-dyspné-angst sirkel, som er en vond sirkel for pasientene å bryte, oftest på grunn av at de ikke har lært å skille signalene (Markussen, 2009). Det er dermed viktig at sykepleier utfører god sykdomsanamnese og vet om risikoen for angst-utvikling hos kols-pasienter (Grundt & Mjell, 2017, s.341). Hos kols-pasienter med angst symptom er det vist tre tiltak som er gode behandlinger, trening, psykoedukasjon, terapi og psykofarmaka (Markussen, 2009).

Mestring

For de fleste innebærer mestring å minske de fysiske og psykiske smertene, som kommer fra bevisste og ubevisste prosesser fra omgivelsene i livet. Effektiv mestring i forhold til kronisk sykdom, kan være emosjonelt orientert mestring, som går ut på å akseptere og lære seg å leve med sin sykdom (Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s.252). I en rapport fra Helsedirektoratet (2017) defineres mestring slik: *Mestring dreier seg i stor grad om opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg den nye virkeligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på det du må leve med, og det du selv kan være med på å endre* (Helsedirektoratet, 2017). Ifølge Norsk sykepleieforbunds yrkesetiske retningslinjer, skal man som sykepleier understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Valg av mestringsstrategier må sees ut ifra pasientens situasjon. Som sykepleier er det dermed viktig å hente inn data, i form av hvilke behov, verdier, tro, kunnskap og ferdigheter, pasienten har fra før. Gjennom innhenting av data kan sykepleier få innblikk i behov for å korrigere og nyorientere forestillinger. Å øke kunnskap og ferdigheter til å mestre er også en viktig intervensjon. Sykepleier må lytte til pasientens frustrasjoner og forventninger, og via det kunne hjelpe til å aktivt velge hvilke verdier som kan være nyttig å bygge livet videre på (Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s.264-265). Det vil også være nødvendig at sykepleier bistår i de aktiviteter som pasienten ikke lengre mestrer fullstendig eller har valgt å delegere bort (Johansen, 2016, s.151). Som en del av mestringsstøtten kan sykepleier videre hjelpe pasienten til å bruke tilgjengelige ressurser, både fra pasientens nettverk og/eller helsetjenesten. Dette kan være i forhold til medisinske temaer eller med tilpasning av egen hverdagslig aktivitet (Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s.355).

Benner og Wrubel om mestring og omsorg

Benner og Wrubel mener at mennesket lever og forstår verden/livet i sin egen kontekst, som blir formet av kulturelle, sosiale og tidsmessige sammenhenger en er i. Ut ifra hver vår bakgrunn og kontekst, utvikles ett individuelt forhold og tilknytningen til andre personer, hendelser og prosjekter (arbeid, hobby.. osv..). Det er dette Benner og Wrubel definerer som omsorg. De mener at omsorg ikke bare er ett forhold mellom personer, men også å bry seg om det som er menings- og betydningsfullt for noen, om det gjelder mennesker, hendelser eller situasjoner (Kirkevold, 2014, s.199-200).

Forandring i menneskets egen kontekst kan medføre at tidligere selvforståelse, erfaring og kroppslige forståelse, ikke lenger strekker til for å håndtere utfordringer. En slik endring, mener Benner og Wrubel, er en vesentlig årsak til stress, som de definerer som: «et brudd i mening, forståelse og uhemmet funksjon slik at fare, tap eller utfordringer erfares, og sorg, tolkning eller nye ferdigheter er påkrevd (Kirkevold, 2014, s.202).

Benner og Wrubel's teroi setter sykepleiers ansvarsområde til pasientens stress. Der pasienten ikke lenger mestrer, grunnet helsesvikt og sykdom, skal sykepleier hjelpe og styrke til hva pasienten ønsker. Sykepleier må lytte og gjøre seg forstått med pasientens opplevelse av sykdommen, helsesvikten, tapet og/eller lidelsen, for å kunne hjelpe til å mestre situasjonen. For å oppnå mestring må sykepleier hjelpe til å gi forståelse i ukjente og uklare symptomer, undersøkelser, behandlinger og hva som kan forventes som sykdomsutvikling. Dette på en

måte som gir pasienten håp til å ikke oppleve stress rundt sine ressurser, relasjoner og kontekster (Kirkevold, 2014, s.207-208).

Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er ett felles begrep for all sykepleie, utført av helsepersonell, i pasientens hjem. Dette kan være assistenter, studenter, helsefagarbeidere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og sykepleiere. Behovet pasienten har til hjelp kan være grunnleggende behov, kompliserte sårstell, respiratorbehandling, måling og oppfølging av vitale målinger, legemiddelhåndtering eller hjelp til å håndtere ulike medisinsktekniske utstyr. Målet med hjemmesykepleie er at pasienter skal mestre hverdagen hjemme, så langt det lar seg gjøre (Birkeland & Flovik, 2018, s.15). Pasienten må søke om hjemmesykepleie, ofte som en anbefaling fra sykehus eller fastlege. Ut ifra hjelpebehov, får pasienten vedtatt hvilken og hvor mye hjelp som er tildelt (Birkeland & Flovik, 2018, s.26-27).

Sentrale retningslinjer

Pasienter med kols er lovpålagt til å få nødvendig informasjon (Helsepersonelloven, 2019, § 10) og innsikt i egen helsetilstand, samt behandlings- og helsehjelpen rundt dette (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2020, §3-2). Informasjonene og kunnskapen skal formidles og tilpasses etter pasientens forutsetninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2020, §3-5). Dette er noe som står sentralt i utøvelsen av sykepleie og inngår i Norsk sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer. Der står det: *Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått* (Norsk sykepleierforbund, 2019). Flere studier viser til positiv effekt og mestring av egen sykdomssituasjon, ved at sykepleier informerer og deler kunnskap til pasienter med kols og angst ((Jacobsen, 2003) (Zwakman, Weldam, Vervoort, Lammers & Schuurmans, 2019) (Bove, Midtgaard, Kaldan, Overgaard & Lomborg, 2017)). Ved at sykepleier gir pasienten manglende kunnskap, korrigerer feilaktige forestillinger og hjelper til nyorientering, vil det gi mestring og grunnlag for håndtering av egen sykdomssituasjon (Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s.254). Ut ifra lovverket, er ovennevnte tiltak i studiene pålagt å utøve. En kan da stille seg kritisk til hvorfor angst og depresjon er den komorbiditeten hos pasienter med kols, som er minst behandlet (Helsedirektoratet, 2012), da flere studier viser til mestring av angst ved økt informasjon og kunnskap ((Jacobsen, 2003) (Zwakman et al., 2019) (Bove et al., 2017)).

Metode:

Metode blir definert som en planmessig fremgangsmåte, som skal hjelpe oss til å fremskaffe eller etterprøve ny kunnskap. Hvilken metode en velger, begrunnes og sees ut ifra hva en tror vil besvare spørsmålet eller problemstillingen på en best faglig og interessant måte (Dalland, 2015, s.111-112).

For å løse problemstillingen til denne oppgaven, blir litteraturstudie brukt som metode. Det skal brukes allerede eksisterende forskning og studie, som vil bli kritisk vurdert for å se sammenheng med problemstillingen, slik Thidemann viser til (Thidemann, 2019, s.79). Oppgaven stiller krav til 4 vitenskapelige artikler. For å velge ut disse ble det gjort litteratursøk. Begrensninger for litteratursøket, ble at de vitenskapelige artiklene ikke skulle være eldre enn fra 2000, de skulle være på engelsk og «peer reviewed». Selv om faglitteraturen, lovverket og de yrkesetiske retningslinjene er hentet fra norske kilder, er det ikke satt geografisk begrensninger i litteratursøket. For å utforme søkeordene ble PICO brukt. PICO hjelper en til å operasjonalisere problemstillingen og gjøre den presis og søkbar. Dette gjennom bruken av PICO skjemaet, som beskriver pasientgruppe, intervention, comparison og outcome, og gir systematisk gode søkeord (Thidemann, 2019, s.82-84). Videre ble artiklene valgt etter hva som kunne besvare problemstillingen best.

Kvalitativ forskning kjennetegnes ved at metoden går i dybden i et tema. Datasamlingen blir gjort via intervju, observasjon, feltarbeid eller dokumentanalyse, hvor forskningen gjøres i ett jeg-du-forhold. I en sykepleier – pasient relasjon, kan det sees at dette er viktig for å ikke systematisere pasienten, men se han/henne individuelt. Dette på bakgrunn av at hensikten er å få kunnskap og forståelse for forskningsområdet, herav hvordan hjelpe pasienten til å mestre. Thidemann (2019) skriver og støtter det, ved at kvalitativ metode er hensiktsmessig for problemstillinger der datasamlingen blir å finne meningssammenhenger. Ved datasamlingen gjennom intervju, blir da spørsmål som «hva betyr dette eller hvordan foregår og/eller oppleves dette» brukt. En får da frem menneskets egne meninger, erfaringer, tanker, holdninger og lignende, for å få frem nyanser (Thidemann, 2019, s.76). Dette kan være relevant i denne litteraturstudien, for å få pasientenes syn på sykepleiers intervensjon for mestring.

Kvantitativ forskning blir sett på som en metode som gir eksakt faktakunnskap og resultatet fra forskningen, og fremstilles ofte gjennom tabeller (Thidemann, 2019, s.75). Dette har sin fordel gjennom at man kan finne målbare resultater over valgte data og man kan få ett bredere spekter over tiltakets funksjon (Dalland, 2015, s.112). Metoden er hensiktsmessig å bruke for problemstillinger der datasamlingen stiller spørsmål som «hvor mye noe er eller hvor ofte noe skjer». Spørreundersøkelsene har faste svaralternativer og forskningen sees som en breddekunnskap. Forskningen foregår i ett jeg-det-forhold, hvor forsker nøytraliserer seg for å finne sammenhenger og likhetsmønstre (Thidemann, 2019, s.76). Gjennom søk i kvantitativ forskning, kan det gi ett målbart og bredt svar over om kols-pasienter får en mindre påkjenning av angst, gjennom sykepleier intervensjonene.

Litteraturstudie som metode.

Denne oppgaven er en litteraturstudie og det er litteratursøk, som blir brukt av metode. Det vil si at allerede eksisterende forskning, fagkunnskaper og teori, brukes for å finne en løsning på problemstillingen (Dalland, 2015, s.68). I starten av litteraturstudien, ble innledende litteratursøk brukt for å få et omfang over hvor mye litteratur og forskning som er gjort fra før, knyttet til problemstillingen. I litteratursøket, ble flere søkebasert brukt: PubMed+, SveMed+ og Cinahl. Dette for å finne de artiklene som passet best til problemstillingen. Grunnet innledende søk gav ett stort treff og oppgaven kun hadde krav til fire vitenskapelige artikler, ble litteratursøket presisert og søkeordene valgt ved bruken av PICO skjema (Dalland, 2015, s.81-83). Videre ble det en kildekritisk innhenting av eksisterende teori og forskning, for å vurdere om det er en sammenheng og om det svarer til egen problemstilling (Dalland, 2015, s.67-73). En litteraturstudie består av seks trinn, der man arbeider seg frem og tilbake mellom trinnene gjennom studien. Hensikten er å få en oversikt over informasjonen, kunnskapen og forskningsresultatene innenfor problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 90-96). Grunnet denne oppgaven har en begrensning på både artikler og tid, er det ikke blitt utført en systematisk litteraturstudie. Arbeid frem og tilbake i trinnene er dermed ikke blitt gjort og en kan spørre seg om innhenting av artikler og funn hadde blitt annerledes.

Fremgangsmåte

Det første søket ble utført i PubMed+. Denne søkebasen inneholder mange medisinske artikler. Et raskt og enkelt søk på *Chronical obstructive pulmonary disease (COPD)* gav 25 060 treff, og bekreftet tanken på at det er mange artikler om kols. I videre søkeprosess valgte jeg dermed å konkretisere søkeordene og begrense funnene. Søkeordene ble endret til *COPD*

and anxiety or dyspné, det gav 668 treff. Videre ble funnene begrenset til metaanalyser og artikler skrevet de fem siste årene, dette gav seks treff. Metaanalyser er en systematisk litteraturstudie, det innebærer at all forskning og studie innenfor ett team, er sett igjennom og forsket på. Å begrense til metaanalyser, var dermed for å se tiltak, hvor alt var sett i betraktning mot hverandre. Artikkelen *Mind-body exercise for anxiety and depression in COPD patients: A systematic review and Meta-analysis* (Li, Liu, Wang & Smith, 2019), inkluderes i oppgaven da litteraturstudien, viser til positivt resultat av koordinering av kropp og pust, hos kols-pasienter med angst og depresjon.

Neste søk ble gjort i SveMed+. Det er en nordisk database innen helse og medisin, som inneholder referanser til artikler. Søkeordene ble vurdert og valgt ut ifra PICO skjemaets anbefalte emneord. *Mestring KOLS*, gav ett treff på 14 artikler, hvor den ene artikkelen var aktuell og belyste funn til problemstillingen. Artikkelen, *Bedre livskvalitet for lungesyge* (Jacobsen, 2003), legger frem en kvalitativ forskning over hvordan sykepleiere kan hjelpe og gå frem for å hjelpe hjemmeboende pasienter med å mestre sykdommen, kols.

Cinahl er en database med engelske artikler og fagstoff for sykepleiere. Ved videre utforming av PICO skjemaet og funn av emneord, gav kombinasjonen av søkeordene *Chronic obstructive pulmonary disease, primary health care and coping or quality of life*, ett treff på 55 artikler. Ved å videre avgrense søket til engelske artikler, som ikke var eldre enn fra 2010 og «peer reviewed», gav dette 45 treff. Ved å skimlese overskrifter og videre sammendrag av interessante artikler, ble artikkelen, *Patients perspective on the COPD-GRIP intervention, a new nursing care intervention for COPD* (Zwakman et al., 2019), funnet. Artikkelen viser til en kvalitativ studie over pasienter som har fått forståelsen av egen sykdomssituasjon og motivasjon til å gjennomføre atferdsendring, gjennom sykepleier intervensjoner.

Artikkelen, *Home-based COPD psychoeducation: A qualitative study of the patients experiences* (Bove et al., 2017), viser til en kvalitativ studie, hvor målet var å se om pasienter med alvorlig kols fikk redusert angst symptomene, gjennom psykoedukativ behandling av sykepleiere. Databasesøket foregikk i Cinahl. Da problemstillingen vinkles mot pasienter med sykdomsrelatert angst, ble søkeordene *COPD and anxiety*, dette gav 325 treff. Søkeprosessen ble videre avgrenset geografisk til Europa og videre til engelske artikler, «peer reviewed», som ikke var publisert senere enn 2015, det resulterte i 52 treff og funnet av nevnt artikkel.

Funn:

Sammendrag av vitenskapelige artikler

Vitenskapelig artikkel 1

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

Resultatet av denne studien viser at psykoedukativ behandling utført av sykepleiere til hjemmeboende pasienter med alvorlig til svært alvorlig KOLS, er viktig. Ved at sykepleier øker pasientenes kunnskap og sykdomsoppmerksomhet, tilegnes de ressurser til å mestre dyspné og dens relaterende angst.

Behandling av psykisk lidelse blir sett på som ett arbeid for spesialister. Denne kvantitative studien ønsket å høre pasientenes effekt og evaluering av en psykoedukativ behandling, utført av sykepleiere. Intervensjonene sykepleierne gjorde, startet først med ett dybdeintervju og bekjentskap av pasientens sykdomssituasjon. Sykepleier fikk ett innblikk i hvordan pasienten taklet dyspné og relatert angstanfall, før oppstart. Etter utførelse av intervju og bekjentskap til pasientens sykdomssituasjon, startet sykepleier opp med dialog, basert på kognitiv atferdsteori, i tråd med psykoedukasjon. Dette skulle gi pasienten kunnskap og mestring til å kjenne igjen sine symptomer og problemer, og videre kunne håndtere de uhensiktsmessige tankemønstrene og atferden som trer i kraft. Pasientene fikk også utdelt to laminerte kort, med illustrasjon og forklaring av to pusteteknikker – leppepust og diafragmatisk pust. To uker etter møtet, re-kontaktet sykepleier pasienten for en oppfriskning av intervensjonene.

Ved sluttintervjuet kom det frem at dialog med sykepleier, hvor pasienten fikk ordlagt egen angstopplevelse, gav dem forståelse og hjelp til å kunne håndtere angst. Dette i tillegg til å føle seg sett og ha støtte ved sykdommen. Kortene med pusteteknikker gav dem også en trygghet ved anfallene. Pasientene hadde fått kunnskap og forståelse av egen sykdom, ved at sykepleier gav atferdsterapi og psykoedukativ behandling, noe som gav dem trygghet og mestring til å håndtere dyspné og angst.

Vitenskapelig artikkel 2

Bedre livskvalitet for lungesyge (Jacobsen, 2003).

I denne studien, gav opplæring og kunnskap om KOLS på et individuelt nivå, en positiv effekt. Resultatet viste en økt trygghet og mestring med sykdommen, og videre økt livskvalitet hos pasientene med færre sykehusinnleggelses. Sykepleiere fra en lungeavdeling på Hillerød sykehus i Danmark, ønsket å gi økt trygghetsfølelse, bedre livskvalitet og færre innleggelses til KOLS pasienter. Dette skulle de, gjennom å øke kunnskapen og forståelsen over egen sykdom, til både pasient og pårørende. Sykepleierne skulle reise hjem til pasienten tre ganger i løpet av året, og på den måten overføre teorien over hvordan en lever med kols, og hva som er med på å forverre den.

Det ble utført kvalitative intervju for å se resultatet av besøkende. Her fikk pasientene spørsmål om de forstod sin egen sykdomssituasjon, om de hadde tro på å mestre hverdagen med kols og om de var motivert og mottagelig for å bruke og følge råd fra sykepleier. Sykepleierne fikk gjennom intervjuene belyst viktigheten av å lytte til pasienten. Det er sykepleierens oppgave å skape en form for kommunikasjon, hvor pasientens perspektiv skal være i fokus. Dette for at sykepleier skal få tillit og refleksjoner fra pasient, for videre samarbeid. I tillegg til å forstå pasientens vilje, energi og forståelse til å mestre hverdagen. Gjennom å lytte og føre dialog, er det sykepleiers oppgave å se hvordan han/hun kan være til hjelp for pasienten. Hvordan sykepleier skal motivere og oppfordre til en eventuell atferdsendring, være en støtte ved dyspné og/eller angstanfall, samt hvordan sykepleier skal formidle kunnskap om sykdommen på en forståelig måte.

Vitenskapelig artikkel 3

Patients perspectives on the COPD-GRIP intervention, a new nursing care intervention for COPD (Zwakman et al, 2019).

Resultatet av denne studien viser at pasienter får økt mestring til å håndtere sin sykdom og utføre atferdsendring, etter sykepleier intervensjoner. Hensikten var å utføre atferdsendringer hos pasienter med kols, som heller ble i hjemmet enn å usette seg for dyspné.

Sykepleier intervensjonene består av tre konsultasjoner, i studien fikk flertallet utført konsultasjonene gjennom hjemmesykepleien, men også noen via sykehus. Første konsultasjon innebærer at sykepleier skal få ett innblikk i pasientens sykdomsoppfatning, via bruken av spørreskjemaet – Brief illness perception. Spørreskjemaet kartlegger pasientens påvirkning og oppfatning av sykdommen, gjennom spørsmål om troen på behandling, bekymringer og belastningen av sykdommen, samt forståelsen av KOLS og følelsene av å ha det. Ved andre møte skal sykepleier få frem pasientens egen oppfatning av sin sykdomshverdag. Videre gir sykepleier pasienten i oppgave å lage sin egen tiltaksplan med mål dem ønsker å sette seg. Dette i refleksjon etter andre konsultasjon. Tredje besøk går ut på å føre dialog rundt pasientens mål, sykepleier korrigerer feiltolkede situasjoner, før tiltaksplanen om å utføre atferdsendring blir fullført. Eksempler av atferdsendringene som var med i studien, er økt fysisk aktivitet (sykle, gå, hverdagslige gjøremål), og ikke la belastningen av kols ta styringen over hverdagen (dyspné, angst, sosial distansering).

Pasientene opplevde å bli sett og mestre å utføre atferdsendringene, etter å ha gjennomgått sykepleier intervensjonene. Sykepleier får en innsikt i pasientenes kunnskap, forståelse og betydning av sykdommen. Studien viser at dette er et godt verktøy for sykepleier, slik at korrigering og individualisering av tiltak mot atferdsendring hos pasienten, blir gjennomførbart. Studien viser at sykepleier, gjennom å øke pasientens kunnskap og forståelse rundt sykdommen, kan få pasienten til å utføre atferdsendringer og mestre symptombelastningen det medfører.

Vitenskapelig artikkel 4

Mind-body exercise for anxiety and depression in COPD patients: A systematic review and meta-analysis (Li et al., 2019).

Målet med denne studien var å samle og analysere tidligere randomiserte kontrollerte studier om påvirkningen av trening hos kols-pasienter med angst og/eller depresjon. Datakildene ble 13 randomiserte kontrollerte studier. Deltakerne/pasientene i studiene var mellom 45- 85år, og hadde enten angst og/eller depresjon, i tillegg til kols diagnosen. Uavhengig av alder og grad av kols, ble deltakerne spredt i treningsuker med ulikt antall arbeidstimer. De ulike studiene forholdt seg i et tidsspenn mellom 8 til 48 uker. Alle studiene uten om to, hadde kontinuerlig oppfølging og sammenligning av tidligere testresultater, i forhold til preg av angst og/eller depresjon. Hvordan dette ble gjort eller hvilken terapeutisk innvirkning det har

vært, kommer ikke frem i artikkelen, annet enn at treningen blir spesifisert til å koordinere kroppen og pusten. Resultatet viste gode fordeler med ovennevnt trening i alle aldersspenn og grad av kols, i forhold til symptomatisk angst og depresjon. Som sykepleier viser dette viktigheten med å motivere kols-pasienter til fysisk aktivitet og trening. Ovennevnt trening får også pasientene til å fokusere på pusteteknikk, i tillegg til fysisk belastning – to viktige faktorer i ikke-medikamentell behandling av kols.

Oppsummering av hovedfunn fra artiklene

Denne litteraturstudien viser at sykepleier kan øke kunnskap om kols og forståelsen av eget sykdomsbilde, utføre psykoedukasjon og atferdsterapi, samt støtte og motivere til fysisk aktivitet, for å bidra til mestring av sykdomsrelatert angst hos pasienter med kols.

Gjennom studien til Jacobsen (2003) og Zwakman et al. (2019) blir viktigheten av sykepleier lytter til pasienten belyst. I studien til Zwakman et al. (2019) kommer det frem at pasientene ofte føler seg alene om sykdommen og får ikke pratet eller svar på hvorfor symptombildet er som det er. Dette kan sees i sammenheng med studien til Jacobsen (2003), hvor viktigheten av at sykepleier setter seg inn i pasienten sin situasjon og opplevelse. Dette i forhold til at sykepleier får en forståelse over hvilken kunnskap og forståelse pasienten har av egen situasjon, og hva sykepleier videre kan motivere og oppfordre til å gjøre, uten å miste motivasjon hos pasienten.

I Bove et al. (2017) sin studie vises det hvor viktig det er at sykepleier kartlegger pasienten for angstproblematikk. Her får vi vite at pasienter føler seg låst til hjemmet grunnet dyspné – angst – dyspné og videre inn i den onde sirkelen. Studien viser til positiv effekt ut av at sykepleier utfører psykoedukasjon og atferdsterapi. Pasienten fikk da forståelse over eget symptombildet og mestring til å kunne håndtere dyspné og angst, for å videre kunne bevege seg og ha sosial kontakt.

Forskningen til Jacobsen (2003) og Zwakman et al. (2019) og Bove et al. (2017) viser alle til studier hvor økt kunnskap er en del av intervensjonene. Artiklene viser at pasienten må få økt kunnskap, både om sykdommen, behandlingsalternativer, symptombildet og psykisk helse, for å få innsikt og kunne mestre egen sykdomssituasjon. Dette i tillegg til å bli hørt og sett, og ikke føle seg alene med sykdommen, men heller få forståelsen til å kunne håndtere den og oppsøke hjelp når de kjenner oppstart av infeksjon, forverring og liknende.

Studien til Li et al. (2019) viser til at fysisk aktivitet reduserer symptomer på angst. Gjennom treningen som er vist til i studien, får pasientene både fysisk aktivisering og lært seg pusteteknikk i tråd med treningen.

Drøfting

Informasjon, kunnskap og forståelse

Å være vitne til ett angstanfall, hos en kols-pasient, er svært ubehagelig. Følelsen av å ikke få puste, i tråd med økene angst og videre pustebesvær og panikk, ser ut som en vanskelig og skremmende situasjon å håndtere for pasienten. Ifølge studien til Zwakman et al. (2019) kommer det frem at kols-pasienter føler seg aleine med sykdommen og mangler svar og forståelse på hvorfor sykdomsbildet er som det er. Sykepleiere er lovpålagt til å gi pasienter informasjon om sin sykdomssituasjon og hva det innebærer (Helsepersonelloven, 2019, § 10; Pasient- og brukerrettighetsloven, 2020, §3-2), i tillegg til at de gjenspeiles i sykepleieres yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2019). Grunnet dette oppleves det at sykepleiere er flink til å gi informasjon, men det er uklart hvor mye som blir forstått. Dette sees ved at egenhåndtering av dyspné og angst hos kols-pasienter, er så ulik. Det er vanskelig å skulle vite om pasienten er innforstått med informasjonene som er gitt. Erfaringsmessig nikker mange pasienter bekreftende ved informasjonsgivning, men ved senere anledning kommer det frem uklarheter. Det er dermed viktig å se og få bekreftelse fra pasient om at de er innforstått med det som er sagt, også etterpå. Gjerne ved å stille spørsmål om de forstod informasjonen og ikke bare ta ett nikk som bekreftelse. Som sykepleier har vi både lover og retningslinjer som skal forsikre at informasjon som gis til pasienter, er forståelig (pasient- og brukerrettighetsloven, 2020, § 3-5; Norsk sykepleierforbund, 2019).

Ved at sykepleier hjelper med å øke kunnskap og orienterer pasient om egen sykdom, vil det gi dem grunnlag til å mestre sykdomssituasjonen (Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s.254). Hos mennesker med kols og angstanfall er dette viktig. Skal man unngå å havne i, eller komme ut av, angst – dyspné – angst sirkelen, må man ha kunnskap og forståelse for kroppens signaler, og ikke minst få opplæring i å mestre og håndtere dem (Markussen, 2009). Vist ikke vil ubehaget rundt angst og dyspné øke og mange blir «fengslet» til eget hjem (Bove et al., 2017). Dette fører til økende angst med depresjon, som vi ser igjen i rapporten til helsedirektoratet, hvor det viser at 62% av menneskene med

alvorlig til svært alvorlig kols, også lider av angst. Samtidig er ikke dette ett reelt tall, da angst og depresjon er den komorbiditeten hos kols-pasienter, som oftest ikke blir påvist eller behandlet (Helsedirektoratet, 2012). Dette viser enda mer viktigheten over at sykepleiere får en god sykdomsanamnese fra pasienten, før opplæringen av egen sykdom. Det støttes i studien til Zwakman et al. (2019) og Jacobsen (2003). Selv om ovennevnte tiltak virker som enkle tiltak å iverksette, oppleves det erfaringsmessig gjennom arbeid i hjemmesykepleien, som vanskelig. Oppdragene hos pasientene er presset av tiden og muligheten til å gjøre noe utenom oppdraget, er ikke beregnet med. Tid til å lytte, informere og utføre kunnskapsløft etter eksempelvis et morgenstell, er ikke satt av. At sykepleier har tid til å sette seg ned og innhente anamnese, utenom det som observeres der og da, og videre gi ett kunnskapsløft ut ifra anamnesen, ser jeg ikke som gjennomførbart i mitt arbeid. Å heller henvise til kols-teamet i hjemmesykepleien, hvor sykepleiere får delegert tid til å utføre ovennevnte tiltak, måtte blitt min oppgave (Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s.355).

Ikke bare er det plikten og behovet for å øke kunnskapen som er viktig, men også måten kunnskapen og spesielt intervensjonene blir lagt frem, er viktig for motivasjonen. Slik som flere av studiene støtter, gjentas igjen viktighet av å få ett godt bilde over pasientens symptom-bilde og forståelsen av det. Generelt her i livet må man ha motivasjon og tro på ett tiltak for å skulle fullføre. Å sette seg hårete mål, blir i lengden, umotiverende og ikke gjort (Zwakman et al., 2019). Studien til Bove et al. (2017), viser to viktige aspekter i å hjelpe pasienten til å mestre. Gjennom å øke kunnskap ut ifra pasientens forklaring på eget symptom-bildet, får pasienten svar på sin problematikk og grunnlag til å mestre dem. I tillegg får pasienten utdelt hjelpemiddel, i form av laminerte kort med oversikt over pusteteknikker ved dyspné, som gir pasienten trygghet i å skulle mestre fremtidige anfall. I samtale med kols-pasient før oppstart av denne litteraturstudien, fortalte pasienten at han fikk økt kunnskap og forståelse over kols, fra kols-teamet i kommunen. Ettersom denne pasienten mottok hjemmesykepleie en stund før kols-teamet kom inn i bildet, spurte jeg hvorfor han ikke hadde fått denne kunnskapen fra andre sykepleiere tidligere. Pasienten kunne ikke svare på dette, men «unnskylte» sykepleiere i hjemmesykepleien med dårlig tid, noe som samsvarer med egen erfaring. Ettersom pasienter har loven i ryggen ved rett på informasjon om egen sykdomssituasjon (Helsepersonelloven, 2019, § 10; Pasient- og brukerrettighetsloven, 2020, §3-2), kan en lure på om informasjonsgivning blir vist god nok hensyn til, ved vedtak om hjemmesykepleie.

Psykoterapi, atferdsterapi og støtte

I denne litteraturstudien vises det at pasienter opplever mestring av dyspné og angst, igjennom psykoedukasjon og atferdsterapi utført av sykepleier (Bove et al., 2017., Zwakman et al., 2019., Jacobsen, 2003). Dette igjennom sykepleiers innhenting av pasientens egenopplevelse av sykdoms- og symptombilde, for videre å korrigere feiltolkninger, øke kunnskapen og forståelsen av sykdomsbildet, og finne passende mestringsstrategier til pasienten for å utføre atferdsendringer som gir dem mestring.

Grundt & Mjell (2017) skriver at alle med dyspné, deriblant pasienter med kols, utvikler angst. Det på bakgrunn av at pasientene føler de ikke får puste eller vet hva de skal gjøre ved dyspné (Refvem, 2019). Dette er noe som det erfaringsmessig i hjemmesykepleien, kan sees sammenheng med, ved at pasienter med kols i stor grad står på medikamentell behandling mot angst. Pasientene selv forteller at det er for «uroelige» nerver, i dårlige perioder med tung pust. Det observeres også at disse pasientene i stor grad holder seg i hjemmet, hvor de forteller om «ubehagelige» opplevelser ved tung pust, når de utfører fysisk hverdagslig aktivitet. Dette støttes også med funnene i studien til Bove et al. (2017) hvor pasientene, grunnet usikkerhet og lite kunnskap om eget sykdoms- og symptombilde, ble hjemme grunnet angst for dyspné. Videre viste studien til Bove et al. (2017) at psykoedukasjon og atferdsterapi utført av sykepleier, gav pasienten med kols mestring til å håndtere angst og dyspné.

Psykoterapi og atferdsterapi er behandlingsformer som går ut på å lindre individuelle symptomer og lære pasientene hvordan de skal takle dem. Disse behandlingene blir anbefalt til pasienter med angstlidelser (Helsedirektoratet, 2000). Men selv om de er rettet mot pasienter med angst, må det også sees i sammenheng med kols-pasienter. Det på bakgrunn av at vi vet at angst og depresjon er hyppigste komorbiditeten til kols, samtidig som det er den minst behandlede (Helsedirektoratet, 2012). Slik som man får vite i studien til Bove et al. (2017), har ikke pasienten nok kunnskap over eget symptombilde. En kan da spørre seg om pasienten ikke er klar over at det er angst de opplever, og ser på det som dyspné. Teorien viser til pasienter som havner i angst – dyspné – angst sirkelen, grunnet nedsatt kunnskap og forståelse (Markussen, 2009). Dette sees sammenheng med at pasienten heller velger å låse seg til hjemmet og ikke utsette seg for fysisk belastning, da de ikke har forståelse eller kunnskap til å mestre sykdommen i slike situasjoner med dyspné og videre angst. Grundt &

Mjell (2017) viser til at sykepleier må ha kunnskap om angst som sekundærdiagnose hos pasienter med kols, ved innhenting av sykdoms anamnese.

Videre er det viktig å danne god relasjon for å kunne utføre terapeutiske samtaler (Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s.395). Målet med bruken av terapeutiske samtaler er at pasientene selv, gjennom sykepleiefaglige anbefalinger, skal komme frem til mestrende tiltak. Ta eksempelvis ovennevnt situasjon, hvor pasienter med kols ofte velger å bli i hjemmet. Vi vet fra studien til Bove et al. (2017) at bruken av manual med pusteteknikk ved angstanfall, gir trygghet til å mestre og håndtere angsten. Gjennom bruken av terapeutiske samtaler, kan sykepleier anbefale og fremme kunnskap over effekten av pusteteknikker ved angstanfall. Målet blir da at pasienten selv skal se håp til å ville iverksette anbefalt tiltak med bruken av manualen (Skårderud, Haugsgjerd & Stånicke, 2015, s.352).

Teknikken som blir brukt i studien til Bove et al. (2017), Zwakman et al. (2019) og Jacobsen (2003), begynner med å identifisere negative tanke- og atferdsmønstre, for å videre korrigere dem til å finne en passende mestringsstrategi. Dette via bruken av intervju eller åpen prat fra pasient, hvor hensikten er å høre pasientens egenopplevelse og kunnskap av sykdomssituasjonen sin. Videre fremmer studiene kunnskapsløft og individuelle mestringsstrategier, noe som har ført til økt mestring av angst ved dyspné (Bove et al., 2017., Zwakman et al., 2019., Jacobsen, 2003). Dette gir en positiv tilbakemelding til Helsedirektoratets (2000) anbefaling om å bruke psyko- og atferdsterapi, som behandling av angst. Samt viser at sykepleier kan bruke psyko- og atferdsterapi for å hjelpe pasient til å oppnå emosjonelt orientert mestring. Da mestrer og aksepterer pasienten å leve med kols, gjennom økt kunnskap og støtte fra sykepleier. Valget av selve mestringsstrategiene, må sykepleier se ut ifra hver pasients behov, tro, kunnskap og ferdigheter, for at det skal gi resultat (Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s.252). Dette støttes i studien til Jacobsen (2003), hvor den individuelle datasamlingen, er et viktig standpunkt for hvilket nivå og form mestringsstrategiene skal legges på.

Fysisk aktivitet og trening

Markussen (2009) skriver at den beste ikke-medikamentelle behandlingen til kols-pasienter med angst, utenom psykoedukasjon og terapi, er fysisk aktivitet. I møte med kols-pasienter i hjemmesykepleien, sees det at de fleste unngår situasjoner og handlinger, som har fysisk belastning. Det kan eksempelvis være å gå inn og ut av bilen for å reise på besøk til familien.

Pasientene forteller at hovedgrunnen til dette er redselen for dyspné, og ikke minst at det skal bli så tungt å puste at dem får angst, og i verstefall panikkangst. Alternativet om å holde seg hjemme under «trygge omstendigheter», blir dermed valgt. Er det da god sykepleie å ta pasienten ut av hjemmet og utsette han/henne for dyspné- og angstbelastendetiltak? Helsedirektoratet (2012) belyser også den negative ringvirkningen av at pasientene låser seg til hjemmet. Det viser til en økende følelse av ensomhet, hjelpeløshet og håpløshet. Videre kan dette føre til økende angst og depresjon (Helsedirektoratet, 2012). Kols-pasienter som trener og er fysisk aktiv, har lettere for å utføre dagligdagse aktiviteter, og mestrer dermed dyspné bedre ved aktivitet, samt har en generell bedre livskvalitet (Helsedirektoratet, 2012). Dette samsvarer med egne observasjoner hos hjemmeboende kols-pasientene, som jeg har møtt i arbeid. Erfaringsmessig oppleves de som mer selvstendig i sin hverdag. Pasientene uttrykker at trening er med på å holde dem gående og det å mestre dyspné, samt «ubehaget» rundt det å ikke få puste. Dette støttes av Helsedirektoratet (2012), som uttaler at trening er det viktigste ikke-medikamentelle tiltaket, utenom røykeslutt. De viser også til at kols-pasienter, som trener, har bedre mestring rundt dyspné og en økt livskvalitet (Helsedirektoratet, 2012). Likevel må det sees at fysisk aktivitet kan føre til dyspné og videre angst. Eksempelvis hos pasienter med svært alvorlig kols, kan en spørre seg om tiltak med fysisk aktivitet er givende for mestring av dyspné og angst.

I følge Benner og Wrubel's teori, må sykepleier hjelpe til med å mestre, der pasienten ikke lenger mestrer, grunnet helsesvikt og sykdom (Kirkevols, 2014, s.207-208). For kols-pasienter, blir dette angst ved dyspné. Markussen (2009) skriver om viktigheten av å lære pasientene å skille mellom tung pust og angst, slik at de ikke går videre inn i angst – dyspné – angst sirkelen. Dette er en vond sirkel å bryte, grunnet angst og følelsen av å ikke få puste, kan føre til panikk (Markussen, 2009). I studien til Bove et al. (2017) brukte sykepleiere psykoedukasjon, i tråd med intervju, for å få frem pasientens egenopplevelse av angsten. Videre i samtalen ble atferdsteori brukt for å fremme hensiktsmessige tiltak, spesifikk mot pasientens symptomer. Resultatet viste at pasientene fikk økt mestring, gjennom sykepleiers kunnskapsløft, og følte seg bedre egnet til å kunne håndtere dyspné relatert angst. Pasientene som tidligere følte seg låst til hjemmet, hadde nå mestring til å utføre hverdagsaktivitet og ha sosial kontakt (Bove et al., 2017). I slike situasjoner er det hensiktsmessig å fremme fysisk aktivitet. Det støttes av studien til Li et al. (2019), som viser at trening er hensiktsmessig og gir reduksjon av angstsymptomer hos kols-pasienter. I studien er treningsformer som yoga brukt av fysisk aktivitet, der utøves koordinering av kropp og pust. Pasienten kan da

bevisstgjøre seg på kroppens reaksjoner og påvirkning ved bruken av pusteteknikkene, i tillegg til den positive effekten av fysisk aktivitet (Li et al., 2019).

Medikamentell eller ikke-medikamentell behandling?

I løpet av praksisperioder hvor jeg har møtt kols-pasienter, har de fleste av dem fått medikamentell behandling mot angstanfall. Det er viktig å også skulle behandle en sekundærdiagnose, men vi vet at angstdempende medikament – benzodiazepiner, ikke er anbefalt å gi, grunnet misbruk og avhengighet (Skårderud, Haugsgjerd & Stánicke, 2015, s.300-301). Under de angstanfallene jeg har fått observert, har sykepleier eller meg, satt seg ned med pasienten og beroliget. Gjennom veiledning i puste- og leppeteknikk (Stavanger kommune, 2017, 0:47), har pasienten fått kontroll på pusten sin igjen. I etterkant har det vært positiv tilbakemelding på støtten og repetisjon av teknikkene, som fort forsvinner i panikken. Dette støttes av Nygaard (2012), som viser til 50% reduksjon av dyspné etter opplæring og utøvelse av leppepust. Samt retningslinjer for angstlidelse, som anbefaler å lære pasienten opp til å håndtere angstanfallene selv, gjennom psykodynamisk psykoterapi og kognitiv atferdsterapi (Helsedirektoratet, 2000).

Mestringsstrategier

Mennesker og pasienter håndterer og mestrer sin livssituasjon på individuelt nivå, felles er at det innebærer å minske de fysiske og/eller psykiske smertene (Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s.252). Mennesker med kronisk sykdom finner ofte sine mestringsstrategier i tråd med økende kunnskap, og bekjentskap og forståelse av eget sykdomsbilde. Fra studien til Zwakman et al. (2019) kommer det frem at kols-pasienter heller ble hjemme, enn å utøve tidligere fysisk aktivitet, sosialisering, arbeid, hobby og liknende, grunnet engstelse for pustebesvær. Skal man følge Benner og Wrubel's mestrings- og omsorgsteori er det dette sykepleier skal ta over som ansvarsområde hos pasienter. Dette gjennom å gi pasienten forståelse og kunnskap over ukjente og uklare symptomer, undersøkelser, behandlinger og et bilde over sykdomsutviklingen (Kirkevold, 2014, s.207-208). Både studien til Jacobsen (2003), Zwakman et al. (2019) og Bove et al. (2017) støtter teorien om at økt kunnskapsnivå av sykdom og eget sykdomsbilde, gir pasientene mestring til å håndtere sin sykdomssituasjon, samt gir økt livskvalitet. Også Helsedirektoratet (2000), viser til undervisning og opplæring for å mestre angstprovoserende situasjoner.

Det er viktig at sykepleier har kunnskap om angst som sekundærdiagnose, ved utforming av sykdomsanamnese (Grundt & Mjell, 2017, s.341). Det for å effektivt finne en

mestringsstrategi med pasienten, slik at de kan akseptere og lære å leve med sin kroniske sykdom (Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s.252). Egen erfaring i hjemmesykepleien, ser jeg sammenheng med ovennevnt teori. Pasienter som har kunnskap om kols og angst, har mindre stress og angstanfall. Det observeres at disse pasientene kjenner igjen symptomene og har kunnskap til å iverksette forebyggende tiltak. De kan selv merke når det er infeksjon, forverring eller angst, ut ifra hvilke symptomer de opplever. Pasientene forteller at det er nødvendig kunnskap for at de skal kunne bo hjemme og leve et verdig liv.

Konklusjon

Sykepleier må evne det å formidle kunnskap på en slik måte at pasienten forstår og kan håndtere informasjonen som blir gitt. På denne måten vil pasienten kunne tilegne seg gode mestringsstrategier i forhold til angst og dyspné. De har da grunnlag til å mestre den sykdomsbelastende angsten i sin hverdag. Denne litteraturstudiens hensikt var å undersøke hvordan sykepleiere kan hjelpe hjemmeboende pasienter med kols, til å mestre de angstrelaterte symptomene relatert til dyspné. Funnene fra datasøket viser viktigheten av informasjon, kunnskap og forståelse, psykoterapi, atferdsterapi og støtte, samt fysisk aktivitet og trening, for personer med kols og sykdomsbelastet angst. Studien viste også viktigheten av at sykepleier har kunnskap om at kols-pasienter i stor grad også har angst. Selv om retningslinjene legger tyngden på medikamentelle behandlinger i forhold til ikke-medikamentelle (Helsedirektoratet, 2012), viser denne litteraturstudien at ikke-medikamentelle tiltak, for pasienter med kols og angst har god effekt. Studiene kommer frem til at disse tiltakene og behandlingsformene har en positiv effekt på pasientenes angst, og kols-diagnosen. Dette grunnet sammenhengen mellom angst og dyspné, en av kolsens hovedsymptom.

Psyko- og atferdsterapi, som har god effekt på angsten hos kols-pasienter, er noe jeg ønsker det skal forskes mer på. I min studie kommer det frem at effekten av at sykepleier utfører denne behandlingsformen, har god effekt. Gjennom litteratursøket og funn av forskningsartikler, viste de fleste artiklene denne behandlingsformen som en spesialist oppgave. Jeg ønsker dermed at det skal forskes mer på psyko- og atferdsterapi utført av sykepleiere til pasienter med kols og angst, for at sykepleier kan tilegne seg mer kunnskap om dette.

Litteraturliste:

- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (Red.). (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3.utg.). Oslo: Cappelen Damm 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>
- Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2019, 24. september). Fakta om angst. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/angst/>
- Folkehelseinstituttet. (2018, 24. januar). Kronisk obstruktiv lungesykdom. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kols/>.
- Global initiative for chronic obstructive lung disease. (2020). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Hentet fra https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/12/GOLD-2020-FINAL-ver1.2-03Dec19_WMV.pdf
- Grimsbø, G. H., Skaug, E.-A., Nordtvedt F., Kristoffersen, N. J. (Red.). (2016). *Grunnleggende sykepleie. Sykepleie – fag og funksjon*. (3.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Grundt, H. & Mjell, J. (2017). Sykdommer i respirasjonsorganene: kronisk obstruktiv lungesykdom. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2.utgave, s. 217-250). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2000). Angstlidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling. Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplaster/Publikasjoner/utredningsserie_n/angstlidelser_utredning_behandling_ik-2694.pdf/.
- Helsedirektoratet. (2012). Kols – nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging. Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kols/Kols%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20og%20veileder%20for%20forebygging,%20diagnostisering%20og%20oppf%C3%B8lging.pdf/ _attachment/inline/e974222b-9d84-4358-84d5-9dd57b090786:ce015dd544648e3ae7bc4377269c52309a68aa77/Kols%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20og%20veileder%20for%20forebygging,%20diagnostisering%20og%20oppf%C3%B8lging.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kols/Kols%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20og%20veileder%20for%20forebygging,%20diagnostisering%20og%20oppf%C3%B8lging.pdf/_attachment/inline/e974222b-9d84-4358-84d5-9dd57b090786:ce015dd544648e3ae7bc4377269c52309a68aa77/Kols%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20og%20veileder%20for%20forebygging,%20diagnostisering%20og%20oppf%C3%B8lging.pdf).

Helsedirektoratet. (2017). Stress og mestring. Hentet fra

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/_attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf

Helse Fonna. (2016). *Livet med kols* (Brosjyre). Hentet fra <https://helse-fonna.no/seksjon-behandling/documents/livet-med-kols-egeninnsats.pdf>

Helsepersonelloven. (2019). Lov om helsepersonell (LOV-2019-04-10-11). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>.

Ingeberg, M. H., Tallaksen, D. W. & Eide, B. (2006). *Mentale knagger: en innføring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Akribe.

Jacobsen, E. T. (2003). Bedre livskvalitet for lungesyge. *Sygeplejersken*. Hentet fra <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2003-16/bedre-livskvalitet-for-lungesyge>

Johansen, E. (2016). Sirkulasjon: sykepleie ved dyspné, generelle ødemer og nedsatt utholdenhet. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (3. utgave, bind 2, s.129-161). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, M. (2014). *Sykepleiertorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk
Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (Red.). (2016). *Grunnleggende sykepleie* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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*. 10.3390/ijerph17010022.

Markussen, K. (2009). Kols gir angst. *Sykepleien*. Hentet fra

<https://sykepleien.no/forskning/2009/05/kols-gir-angst>

Norsk forening for kognitiv terapi. (2014). Panikk lidelse. Hentet fra

<https://www.kognitiv.no/psykisk-helse/ulike-lidelser/angstlidelser/panikk lidelse/#>

Norsk sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Nygaard, C. K. (2012). Behandling av pasienter med dyspné. *NSF*. Hentet fra

<https://www.nsf.no/Content/873968/Behandling%20av%20pasienter%20m>.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2020). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-2020-06-19-79). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.

- Refvem, O. K. (2019, 20. mars). Kols- kronisk obstruktiv lungesykdom. Hentet fra <https://www.lhl.no/lungesykdommer/kols/>.
- Skaug, E.-A. & Berntzen, H. (2016). Respirasjon: sykepleie ved dyspné. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: grunnleggende behov* (3.utgave, bind 2, s.87-128). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stánicke, E. (2015). *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stavanger kommune. (2017, 8. mars). KOLS: Leppepust. Hentet fra <https://www.youtube.com/watch?v=cuOG0IJosF4> .
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Zwakman, M., Weldam, S. W. M., Vervoort, S. C. J. M., Lammers, J.-W. J. & Schuurmans, M. J. (2019). Patients perspectives on the COPD-GRIP intervention, a new nursing care intervention for COPD. *BMC*. Hentet fra <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-019-0957-0>
- Institutt for psykoterapi. (2020). Psykodynamisk langtidsterapi. Hentet fra <https://instpsyk.no/psykoterapi/psykodynamisk-langtidsterapi/>
- Ørn, S. & Bach-Gansmo, E. (Red.). (2017). *Sykdom og behandling* (2.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.