

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Hvordan kan sykepleier bidra til økt livskvalitet hos KOLS pasienter med angst og depresjon?

[Stavanger, 10.05.21]

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn: KOLS er en kronisk sykdom som rammer flere millioner mennesker på verdensbasis, og er noe man som sykepleier vil møte på flere ganger i løpet av karrieren. Sykdommen kan medføre psykiske plager og redusert livskvalitet. Etter endt praksis på medisinsk lungeavdeling med flere møter med KOLS pasienter som sliter med angst, depresjon og nedsatt livskvalitet har vi et ønske om å øke kunnskapen blant sykepleiere om dette temaet.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å undersøke hva sykepleier kan bidra med for å bedre livskvaliteten hos KOLS pasienter med angst og depresjon.

Metode: Ved integrativ litteraturoversikt har vi funnet frem ulike data og tolkninger fra to kvalitative og to kvantitative artikler, for så å fremstille deler av resultatene til en ny helhet etter analysemodellen til Friberg. Artikler, tillegglitteratur og egne refleksjoner utgjør besvarelsen av denne bachelor oppgaven.

Resultater: Denne bacheloren deler resultatene inn i 3 emner som igjen blir delt inn i 7 delemner. Disse resultatene blir videre diskutert i kapittelet resultatdiskusjon. Resultatene fremstiller at KOLS pasienter har et eget ansvar for å kunne opprettholde livskvaliteten, men at også sykepleiere spiller en sentral rolle. Kommunikasjon spiller en viktig rolle i samhandling mellom sykepleier og pasient, samtidig så viser det seg at psykiske lidelser ofte blir oversett hos pasienter med somatiske sykdommer. Pulmonal rehabilitering har over begrenset oppfølgingstid vist effekt på angst og depresjon, noe opphør av røyk også har. Det viser seg at KOLS pasienter har en tendens til å legge mye ansvar for helsen over på helsepersonell, samtidig som pasientene har nedsatt eller manglende motivasjon til å selv ta kontroll over sin egen situasjon.

Konklusjon: Det blir påvist lite kunnskap om sykdom og prognose blant pasienter med KOLS. Bevissthet blant sykepleiere om angst, depresjon og nedsatt livskvalitet hos KOLS pasienter samt kunnskap om hvordan man kan identifisere psykiske plager hos KOLS pasienter er sentrale aspekter for at sykepleiere skal kunne iverksette tiltak for å øke livskvalitet og behandling av psykiske plager.

Nøkkelord: KOLS, livskvalitet, angst, depresjon, psykiske lidelser, pulmonal rehabilitering, selv håndtering, røykeslutt.

Innholdsfortegnelse

Forside

Sammendrag

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
1.0 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2 Problemformulering	5
1.3 Hensikt.....	6
1.4 Oppgavens oppbygging	6
2.0 Teorikapittel:	7
2.1 Kols	7
2.2 Angst og depresjon.....	8
2.2.1 Angst, en uhensiktsmessig reaksjon.....	8
2.2.2 Depresjon	9
2.3 Det psykiske aspektet ved KOLS.....	9
2.3.1 Stigmatisering av KOLS og psykiske plager.....	10
2.4 Livskvalitet, hva er det?	10
2.5 Self management/ selv håndtering	11
2.6 Pulmonary rehabilitation/ pulmonal rehabilitering	12
2.7 Å møte en pasient med KOLS som sykepleier	12
2.7.1 Joyce Travelbee	13
3.0 Metodekapittel:.....	15
3.1 Valg av databaser:	15
3.2 Valg av søkeord:	16
3.3 Valg av artikler:.....	16
3.4 Analyse:	19
4.0 Resultatkapittel:	20
4.1 Sykepleiers rolle	20
4.1.1 Identifisering av angst og depresjon	20
4.1.2 Kommunikasjon.....	21
4.1.3 Et tverrfaglig samarbeid	22
4.2. Livsstilsendringer.....	22
4.2.1 Pulmonal rehabilitering.....	22
4.2.2 Røykestutt	24

5.0 Diskusjon:	25
5.1 Metode diskusjon:	25
5.2 Resultatdiskusjon:	28
5.2.1 Kommunikasjon og samarbeid er nødvendig for å skape kunnskap og forståelse.	28
5.2.2 Tverrfaglig samarbeid.	29
5.2.3 Pulmonal rehabilitering kan bidra til økt livskvalitet.	29
5.2.4 Røyk påvirker sykdomsbildet.	30
5.2.5 Kontroll over eget liv.	30
5.2.6 Nedsatt livskvalitet hos KOLS pasienter.	32
6.0 Konklusjon	34
6.1 Anvendelse i praksis	34
7.0 Referanser	36

1.0 Innledning

Denne bacheloren tar for seg pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom som i tillegg til sin primærsykdom sliter med angst, depresjon og nedsatt livskvalitet. Det er et behov for økt kunnskap rundt dette temaet samtidig som det er nødvendig at helsepersonell lærer seg hvordan de kan hjelpe pasienter i en slik situasjon. Bacheloren bygger på resultater fra fire vitenskapelige artikler som igjen har blitt satt i lys av teori og egne refleksjoner. Gjennom dette håper vi å kunne bidra med ytterligere kunnskap om temaet, og at KOLS pasienter etter hvert vil kunne få mer tilstrekkelig hjelp med å bedre sin livskvalitet.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

KOLS, kort for kronisk obstruktiv lungesykdom, er en stadig progredierende lungesykdom som i 2016 ble estimert til å ramme omtrent 251 millioner mennesker på verdensbasis. Det er beregnet at 3,17 millioner dødsfall i 2015 var grunnet KOLS, noe som utgjør 5% av alle dødsfall i verden dette året (WHO, 2017).

Etter å ha vært i praksis på medisinsk lungeavdeling ved SUS, har vi begge sett og opplevd på nært hold at flere KOLS pasienter har vært preget av psykiske plager både før og under innleggelse, noe som har resultert i nedsatt livskvalitet. Pasientene har gitt uttrykk for at opplevelsen av angst og depresjon har eskalert i sammenheng med KOLS forverrelse. Samtidig som vi har sett at flere av KOLS pasientene vi møtte var påvirket av psykiske plager, opplevde vi at dette sjeldent ble tatt godt nok tak i av personalet på avdelingen. På bakgrunn av de presenterte tallene og våre egne opplevelser, ønsker vi å belyse sammenhengen mellom KOLS og psykiske plager, samtidig som vi ønsker å oppfordre helsepersonell til å ta tak i det psykiske aspektet med KOLS sykdom og hjelpe pasientene til å kunne oppnå best mulig livskvalitet.

1.2 Problemformulering

Den kroniske sykdommen KOLS innebærer ofte svært store endringer i livssituasjonen hos personen det gjelder, og fører til økte belastninger og utfordringer som uttrykker seg både fysisk og psykisk. Psykiske plager i form av angst og depresjon er særlig utbredt blant pasienter med KOLS, og ansees som en betydelig faktor i å redusere livskvaliteten. Dette vil

igjen bidra til forverrelse av sykdomsfølelsen. Manglende kunnskaper blant både helsepersonell og pasienter om at psykiske plager og symptomer som kjennetegner KOLS ofte overlapper hverandre er et problem. Det blir utført få kartlegginger i forhold til om symptomene oppstår grunnet KOLS diagnosen eller om det er psykiske reaksjoner på dyspnoe. Dette kan føre til medisinsk overbehandling av kols diagnosen, underbehandling av psykiske plager og potensielt flere unødvendige sykehusinnleggelse. Ny kunnskap vil kunne bidra til å belyse sammenhengen mellom somatiske sykdommer og psykiske plager. KOLS er en sykdom der man som sykepleier ofte har mye fokus på fysisk og medikamentell symptomlindring, til tross for at psykiske plager gjensidig kan påvirke den somatiske sykdommen.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke hva sykepleier kan bidra med for å bedre livskvaliteten hos KOLS pasienter med angst og depresjon.

1.4 Oppgavens oppbygging

Denne oppgaven består av en teorigdel, metodedel, resultatdel, diskusjonsdel og avslutning. Teorigdelen vil ta for seg relevant bakgrunnsstoff som vi anser som nødvendige for å kunne svare på oppgavens hensikt i sammenheng med resultater. Deretter kommer metodedelen som beskriver fremgangsmåten i arbeidet med de utvalgte artiklene for å kunne besvare oppgavens hensikt. Resultatdelen er en del av vår analyse av artiklene. Dette kapittelet tar for seg artiklenes resultater i henhold til denne bacheloren sin hensikt. Diskusjonsdelen er et kapittel som binder sammen resultater, teori og refleksjon. Avslutningsvis kommer en konklusjon og våre tanker om hvordan informasjonen vi har funnet frem kan brukes i praksis.

2.0 Teorikapittel:

Oppgavens teorikapittel vil definere KOLS, si noe om hva angst og depresjon er og presentere det psykiske aspektet med KOLS. Under sistnevnte kapittel vil vi kort forklare hva stigmatisering betyr og se på det i en enkel sammenheng med KOLS og psykiske plager. Videre vil vi si noe om hva livskvalitet er, og trekke frem to tiltak som kan øke livskvaliteten blant pasienter med KOLS. Til slutt vil vi kort presentere hva som er viktig for sykepleiere i møte med KOLS pasienter, og som også er punkter relevante for videre diskusjon i vår oppgave.

2.1 Kols

KOLS står for kronisk obstruktiv lungesykdom. Kroniske sykdommer i nedre luftveier, blant disse KOLS, ble i 2015 registrert som den tredje hyppigste dødsårsaken i Norge. En studie blant nordiske land har presentert at en av fem pasienter som legges inn på sykehus med akutt kols forverrelse dør i løpet av de to første årene etter innleggelsen (Nafstad mfl., 2018).

«Kronisk obstruktiv lungesykdom er ifølge internasjonale retningslinjer en samlebetegnelse på sykdommer der luftstrømshindringen ikke er fullt reversibel, men vanligvis progredierende og assosiert med en abnorm inflammatorisk respons på skadelige partikler eller gass.» (Ørn & Bach-Gransmo, 2017, s.238-239). Dette vil i korte trekk si at sykdommen fører til hindret luftstrøm gjennom luftveiene, og medfører kronisk nedsatt lungefunksjon. Typiske symptomer på sykdommen er kronisk hoste, økt slimproduksjon og tung pust ved anstrengelse/pustebesvær. Symptomene kommer som oftest gradvis.

FHI presenterte i 2018 at omtrent hver 20. person over 40 år har KOLS, noe som utgjør omtrent 150 tusen mennesker. Dette utgjør ca. 6% av befolkningen over 40 år. Samtidig er det beregnet at omtrent 10% av befolkningen over 70 år har KOLS. Sykdommen er underdiagnostisert, altså at flere lever med KOLS uten å være klar over det (FHI, 2018).

Den viktigste årsaken til KOLS er tobakksrøyking i alle former, passiv røyking kan også forårsake KOLS. Andre årsaker til KOLS kan være eksponering for kjemikalier og støv, ofte i arbeidssammenheng der eksponeringen er langvarig og stor. Faktorer som matlaging og oppvarming i dårlig ventilerte boliger er også en hyppig årsak på verdensbasis. Hyppige

lungeinfeksjoner i barndommen, astma og genetiske faktorer har også vist seg å være av betydning for utvikling av KOLS. (Ørn & Bach-Gransmo, 2017, s.240).

2.2 Angst og depresjon

Angst og depresjon er to psykiske lidelser som kjennetegnes av at følelser tar overhånd. Det er tilstander som kan påvirke følelser i så stor grad at det påvirker både atferd og opplevelse (Håkonsen, 2018, s. 288).

2.2.1 Angst, en uhensiktsmessig reaksjon

Angst kan kort defineres som en uhensiktsmessig reaksjon. Dette er fordi angst oppleves som frykt eller en spenningstilstand, men som i motsetning til frykt ikke hjelper oss med eller stammer fra det å måtte beskytte oss selv. Det gir oss en følelse og opplevelse av at noe er farlig eller truende til tross for at dette ofte ikke er tilfellet. Angst og frykt fører begge med seg fysiske symptomer som overfladisk og rask pust, økt puls, skjelving, svetting og stram muskulatur (Håkonsen, 2018, s. 297).

Det er antatt at omtrent 10% av befolkningen sliter med angstproblematikk i større eller mindre grad. Ofte er angst utløst av flere forskjellige årsaker slik som for eksempel arvelige forhold (f.eks. sårbarhet eller andre lidelser som går igjen i familien), fysiske forhold som påvirker hormonbalansen eller signalstoffene i hjernen, traumer, dårlige relasjoner og vedvarende bekymringer.

Angst er ofte utløst av noe som påfører personen det gjelder uro, ubehag og utrygghet. Det kan også føre til å trekke seg tilbake og isolasjon, irrasjonelle reaksjoner, samt unngåelse og unnvikelse (Håkonsen, 2018, s.298).

2.2.2 Depresjon

Depresjon er en psykisk lidelse som kjennetegnes av sterkt, vedvarende energitap og nedstemthet som påvirker fungering i hverdagen. Depresjon er en alvorlig tilstand som påvirker livet i større grad. «... depresjon i sin alvorlige grad er en svært belastende lidelse som kan medføre invalidiserende plager som setter mennesker helt ut av spill, som også medfører økt selvmordsfare.» (Håkonsen, 2018, s.308). Kjennetegn ved depresjon nedsatt stemningsleie, nedsatt aktivitetsnivå, svekket konsentrasjon og oppmerksomhet, nedsatt selvfølelse og selvtillit, følelse av å være mindreverdig og skyldfølelse, negative tanker om fremtiden, søvnforstyrrelser, rastløshet og uro, irritabilitet og mer. Styrken varierer fra milde symptomer til alvorlig depresjon (Helsedirektoratet, 2018).

Depresjon følger ofte andre psykiske lidelser. Dette kommer ofte av at psykiske lidelser fører til at livet føles tungt og håpløst (Håkonsen, 2018, s.307). Depresjon kan også skyldes andre faktorer som gjør livssituasjonen vanskelig her og nå. Samtidig kan det skyldes tidligere opplevelser som gjør oss mer sårbare for enkelte situasjoner og hendelser. Genetiske og biologiske forhold kan også være grunner depresjon (Håkonsen, 2018, s. 310).

2.3 Det psykiske aspektet ved KOLS

Pasienter med KOLS er en pasientgruppe vi vet mye om i forhold til den fysiske helsen, men vi kan sette spørsmålstegn på om det er et godt nok fokus på den mentale helsen. Dyspné, eller åndenød, er følelsen av å ikke få til å puste like mye som det kroppen krever. Selve begrepet dyspné brukes oftest i sammenheng med sykdommer som påvirker respirasjonsorganene og evnen til å puste (Skjønsberg, 2021). Åndenød er et av de mest fremtredende symptomene ved KOLS forverring samtidig som det kan være et symptom på angst. Pustebesvær kan som et resultat av KOLS forverring være en triggerfaktor for angst eller panikk. Dette utgjør det vi kaller for angst-dyspné-angst sirkelen. Denne sirkelen kan være vanskelig å bryte ettersom flere KOLS pasienter ikke vet hvordan de kan skille mellom de forskjellige faktorene. Dette kan føre til at pasientene tyr til løsninger som skaper trygghet, for eksempel isolasjon. Over en viss periode kan dette oppleves som nyttig ettersom det demper dyspné-angst symptomer som igjen gir følelsen av kontroll. På lengre sikt vil dette derimot ha motsatt virkning. Angst kan forsterke seg og KOLS kan forverre seg (Markussen, 2009).

Dyspné er et symptom som går igjen hos både KOLS og angst, sammen med for eksempel søvnproblemer, tretthet og mangel på energi (Hanger, 2015). Likheten i symptomene kan føre til at sykdommene overlapper og det er vanskeligere å finne den reelle grunnen til at symptomer og plager oppstår. Angst og depresjon blir ofte oversett hos pasienter med KOLS sykdom og blir derfor også ubehandlet (Helsedirektoratet, 2012, s.106).

2.3.1 Stigmatisering av KOLS og psykiske plager

KOLS, angst og depresjon er alle tre forbundet med stigma. Stigma vil si «å merke», og er overført betydning for å merke noe eller noen i negativ, sosial sammenheng (Svartdal, 2020).

KOLS blir ofte forbundet som en selvpåført sykdom ettersom at store deler av befolkningen forbinder KOLS med røyking. (Vogt, 2014). Pasienter med KOLS får gjerne alvorlig hoste eller innfall av dyspné i det offentlige, noe som kan føles ubehagelig for den det gjelder. Dette kan også oppleves ubehagelig for andre personer som observerer dette, og pasienten kan føle seg dømt. Et annet eksempel på stigmatisering blant pasienter med KOLS kan være bruken av inhalatorer eller permanent oksygentilførsel i offentlighet. De stikker seg «utenfor normalen» og sjansen for stigmatisering øker (Berger, Kapella & Larson, 2010, s.1).

Angst og depresjon er også forbundet med stigma, både av det offentlige og av personene det selv gjelder. Personer som sliter med angst eller depresjon kan gjerne oppfatte seg selv som selve diagnosen de har fått stilt i stedet for å oppfatte seg som et menneske med muligheter. Dette kan også gjelde for mennesker med kroniske sykdommer slik som KOLS. Pressen har tidligere ofte tatt i bruk stigma-forsterkende reportasjer, for eksempel «drept av psykiatrisk pasient», som viderefører stemping og stigmatisering av den generelle psykiatriske pasient. Dette gjør at flere benekter sin psykiske sykdom (Kvam, 2011).

2.4 Livskvalitet, hva er det?

Vi kan dele livskvalitet inn i en subjektiv og objektiv opplevelse. Den subjektive opplevelsen dreier seg om hvordan hver enkelt opplever livet og omfatter gode og positive følelser, for eksempel ro, håp, mestring og glede, samt det å være tilfreds med livet. Personer som opplever mestring har for det meste høyere trivsel (Brodtkorb mfl., s.67, 2016). Man kan oppleve den subjektive livskvaliteten som god selv om man opplever helseplager eller andre

belastninger, men subjektiv livskvalitet kan som alt annet variere fra tid til annen. Den objektive livskvaliteten handler mer om hvilken livssituasjon man befinner seg i. Det vil si hvilken helsetilstand man er i, hvordan funksjonsevnen vår er, arbeidsoppgaver, fritidssysler og levekår (Nes, 2019). «Livskvalitet er personers oppfatning av sin livssituasjon innenfor den kulturen og det verdisystemet de lever i, i relasjon til deres egne mål, forventninger, normer og interesser.» (Kristoffersen mfl., 2017, s.55). Psykolog Siri Næss beskriver livskvalitet som det å ha det godt, å kjenne på gode følelser og å ha positive vurderinger av eget liv. Det er også bundet av uteblivende vonde følelser og vurderinger (Kristoffersen mfl., 2017, s.55).

Det ses en sammenheng mellom fysisk og psykisk helse og livskvalitet. Det å trives og å ha en god livskvalitet har igjen positive konsekvenser på den fysiske og psykiske helsetilstanden. Det kan tenkes at dette er på grunn av de positive effektene livskvalitet kan ha på blant annet livsstil, stress, mestring og sosiale forhold (Nes, 2019). Med tanke på subjektiv livskvalitet og Næss sin beskrivelse av livskvalitet så vil en person som er tilfreds med sitt liv, som kjenner på glede og andre positive følelser samt sjelden kjenner på negative følelser, for eksempel sinne og tristhet, være et godt eksempel på noen med høy livskvalitet (Barstad, 2019).

2.5 Self management/ selv håndtering

Self management, eller selv håndtering, går ut på hvert enkelt individs evne til å håndtere symptomer, behandling, fysiske og psykososiale konsekvenser og livsstilsendringer som ofte kommer med det å leve med en kronisk tilstand. Selv håndtering kan bidra til blant annet kontroll på egen medisinbehandling, å få kontroll på åndenød, forhindre forverring av sykdom og fremme positive livsstilsendringer (Ogunbayo mfl., 2017). Et eksempel på land som har et fokus på selv håndtering er Storbritannia. Der kan KOLS pasienter få et tilbud om en selv håndteringsplan som blir laget sammen med hver enkelt pasient. Denne planen vil ofte forklare hva KOLS er, hvordan sykdommen kan håndteres og hva pasienten kan gjøre dersom symptomer blusser opp. Planen har rom for at pasienten selv kan fylle inn tider og situasjoner der blant annet symptomer oppstår, når pasienten tar i bruk medisiner og tider og situasjoner der pasienten merker forverrelser. Dette kan bidra til å kartlegge pasientens behov og å videreutvikle behandling for hvert enkelt individ (British Lung Foundation, 2021).

2.6 Pulmonary rehabilitation/ pulmonal rehabilitering

Pulmonal rehabilitering er et program for mennesker med kroniske sykdommer i luftveiene, og brukes primært i Storbritannia. Hovedmålet med pulmonal rehabilitering er å redusere symptomer, øke deltakelse i fysiske og sosiale aktiviteter, samt forbedre pasientens totale livskvalitet. Programmet går ut på trening av kropp, inspiratoriske og ekspiratoriske muskler, psykologisk, psykososial og ernæringsmessig rådgivning, samt undervisning om relevante medikamenters funksjon og virkning. Pulmonal rehabilitering kan være med på å bedre livskvalitet ved å redusere kortpustethet og åndenød, øke treningstoleranse, fremme velvære og kan redusere antall sykehusinnleggelses (Levine & Stankiewicz, 2020)

2.7 Å møte en pasient med KOLS som sykepleier

Sykepleie er et fagfelt der arbeid skal ha grunnlag i respekt for hvert individs iboende verdighet og hvert enkelt menneskes liv. Faget bygger på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (NSF, 2019). Som sykepleier skal man ha pasientens helse, livskvalitet og mestring i fokus, samtidig skal man vise omsorg for mennesket. Det blir nødvendig med sykepleie når alder, sykdom eller ytre hendelser fører til at et menneske sine egne ressurser ikke strekker til med å ivareta egen helse og grunnleggende behov (Kristoffersen mfl., s. 16, 2017). Sykepleiers funksjon deles inn i syv områder: helsefremming, forebygging, behandling, lindring, rehabilitering, undervisning og veiledning. Hvilke sider av en sykepleiers funksjon som blir mest sentral avhenger av tid, sted og situasjon, alt etter hva hovedhensikten med handlingen er (Kristoffersen mfl., s.17, 2017).

KOLS er en sykdom som ikke kan helbredes og som er stadig progredierende. Sykepleien til denne pasientgruppen dreier seg derfor som oftest om å lindre plager og opprettholde, eventuelt bedre, livskvalitet (Flaten mfl., 2018). Det å utøve sykepleie til pasienter med KOLS kan deles inn i to hovedkategorier: sykepleie ved situasjoner her og nå, slik som å lette på dyspné, eller langsiktig sykepleie som dreier seg om å optimalisere tilstand og å opprettholde eller gjenopprette så mye opprinnelig funksjon og livsførsel som mulig. En sykepleier skal kunne bistå til å mestre konsekvenser av dyspne, samt hjelpe med å forebygge sykdom og medfølgende plager og eventuelle forverringer (Kristoffersen mfl., s.111, 2017).

Med informasjon og undervisning kan pasientens egne ressurser bli styrket og vedkommende

kan stå mer selvstendig og ta større ansvar for forebygging og behandling dersom nødvendig. Det å gi en pasient med KOLS kunnskap om sykdom og behandling bidrar til at pasienten selv kan kjenne igjen tidlige tegn til forverring samt iverksette tiltak som er nødvendige for situasjonen vedkommende står i.

Sykepleiers holdninger til pasienten er vesentlig for å hjelpe best mulig. Det at en sykepleier avklarer sine egne holdninger for seg selv for å best kunne hjelpe pasientene de har ansvar for. Et eksempel på dette kan kobles opp mot røyking og røykestopp. Røyking er som nevnt tidligere en av årsakene til KOLS og kan også være vesentlig for forverring. Personlige meninger og stereotypi av denne pasientgruppen kan danne grunnlaget for hvordan man opptrer. Det blir dermed viktig at sykepleieren har avklart sine egne holdninger. En pasient skal ikke kjenne på at han eller hun ikke fortjener hjelp fordi sykdommen muligens er “selvforskyldt”. Sykepleieren skal heller kunne motivere til røykestopp ut ifra pasientens egne ønsker (Stubberud mfl., s.118, 2017)

2.7.1 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee var en av flere sykepleiefilosofier som bidrog “*til ytterligere å klargjøre hvordan sykepleieren skal hjelpe pasienten med å ivareta behovene, og å gjøre dette på en måte som bidrar til å fremme opplevelsen av verdighet.*” (Kristoffersen mfl., s. 18, 2017). Travelbee ble født i New Orleans i USA og arbeidet med psykiatrisk sykepleie. Hennes tanker om sykepleie var spesielt innrettet mot de mellommenneskelige faktorene i arbeidet som sykepleier (Grimsbø mfl., s. 28, 2017). Hun var engasjert i utarbeiding og etablering av menneske-til-menneske forhold mellom sykepleier og pasient. For henne var det viktig at sykepleier kunne se hvert menneske som en unik person. Alle mennesker er enestående, uerstattelige og forskjellige fra alle andre som har levd og som kommer til å leve. (Kristoffersen mfl., s.29, 2017). Empati og sympati uttrykkes som sentrale begrep i arbeidet som sykepleier. Sentralt for god sykepleie er kommunikasjon og samhandling med hver enkelt pasient. Det å føre en samtale om det livet pasienten har levd, verdier og eksistensielle spørsmål er med på å fremme følelsen og opplevelsen av betydning og verdighet (Kristoffersen mfl., s.18, 2017).

Travelbee klassifiserer vanlige reaksjoner hos mennesker som lider, deriblant “*hvorfor meg*” reaksjonen. Dette går ut på at personen lidelsen rammer ikke klarer å akseptere tilstanden som påfører lidelse. Reaksjonen blir da “*hvorfor meg?*”. Situasjonen kan føles urettferdig og kan utløse sterke følelser og reaksjoner som vil variere i intensitet og varighet. Dette kan igjen

føre depresjon, ergrelse, forvirring, selvmedlidenhet og ikke minst følelsen om å ikke bry seg lenger (Kristoffersen mfl., s.31, 2017)

3.0 Metodekapittel:

Ifølge Olav Dalland, kan metode beskrives på denne måten; «Metode kan bli definert som en fremgangsmåte, som forteller noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap» (Dalland, 2018). En forskningsmetode er en systematisk fremgangsmåte som brukes til å samle data om problemstillinger for å skaffe ny informasjon innen et gitt område.

Vi har gjort en integrativ litteraturoversikt som omhandler å identifisere underliggende mønster i data, tolkning, samt å fremstille deler av resultatene fra studiene til en ny helhet (Friberg, 2006, s. 150). Vi valgte først ut to kvantitative studier utviklet for å tallfeste forekomsten og utbredtheten av psykiske plager blant sykehusinnlagte pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom. Den kvantitative metoden oppgir data i form av målbare enheter, noe vi ønsket å inkludere ettersom det gir et klinisk bilde over hvor utbredt denne kombinasjonen av tilstander er. Det ble også valgt ut to studier som utnytter en kvalitativ tilnærming som metode. Dette baserte seg i stor grad på intervjuer og observasjoner og «tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle» (Dalland, 2018). Å mikse metodebruk kan gi bedre og dypere forståelse av hensikten vi ønsker å belyse, og styrker tilliten til konklusjonene.

3.1 Valg av databaser:

For å finne relevante artikler gjorde vi først søk i svemed og pubmed. Vi forsøkte først å anvende svemed, hvor vi brukte både engelske og norske søkeord, men etter grundig gjennomgang opplevde vi det vanskelig å finne nyere og relevante forskningsartikler som kunne brukes til å besvare vår problemstilling. Vi forflyttet oss dermed over til den engelsk baserte databasen Pubmed. Denne søkemotoren, som vi hadde tilgang til gjennom biblioteket ved UIS, inneholdt store mengder forskningsartikler relatert til biomedisin og helsefag. Vi fant alle de fire vitenskapelige artiklene ved bruk av Pubmed. Vi opplevde pubmed som en effektiv og oversiktlig database, som var lett å anvende. Dette gjorde selve letingen etter artikler håndterlig og motiverende.

3.2 Valg av søkeord:

Ettersom databasen er engelskbasert, brukte vi engelske søkeord. Ved første søk, forsøkte vi å oppnå et bredt spekter av artikler, for å deretter begrense treffene ved å legge til mer spesifikke søkeord etter hvert. Vi brukte i første omgang søkeord som «Chronic obstructive pulmonary disease» og «psychiatric comorbidities» som gav 331 resultater. Artikkene som dukket opp ble dermed svært varierende, hvorav flere artikler inneholdt forskning på psykiske lidelser som demens og kognitiv svikt. Vi valgte da å bruke «Chronic obstructive pulmonary disease» «depression», «anxiety» og «quality of life» fremfor «psychiatric comorbidities» for å få mer spesifikke treff som var mer relevant for vårt tema. Vi endte opp med 300 treff, men artiklene fremstod mer aktuelle for problemstillingen.

3.3 Valg av artikler:

Oppgaven er bestående av fire vitenskapelige artikler som utgjør det vitenskapelige grunnlaget i oppgaven. I tillegg til hovedartikkene ble det anvendt annen faglitteratur og sykepleieteorier for å bygge opp om resultatene man kom frem til. Tillegglitteraturen bidrar til økt kunnskap og forståelse som gjør det mulig å knytte opp teori med resultater, noe som skal gi et godt grunnlag for drøfting i diskusjonsdelen av oppgaven.

Søkingen etter artikler pågikk i perioden fra 29/3 til 4/4. For ytterligere avgrensninger baserte vi valget av artikler på ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier. Når vi leste abstrakt, kom vi over flere artikler som fokuserte på effekten av spesifikke behandlingsmetoder som fysisk aktivitet, røykeslutt og meditasjon. Vi valgte å ekskludere disse artiklene ettersom vi oppfattet at dette ble for omfattende og for innsnevret til at vi kunne inkludere dette i vår hensikt. Inklusjonskriteriene innebar at artiklene skulle være nyere enn 10 år for å unngå utdatert forskning. Artikkene skulle i tillegg være fagfellevurdert og følge en IMRAD struktur. Vi valgte engelsk språklige artikler fremfor å begrense dette til norsk, ettersom lite vitenskapelig materiale skrives på norsk som igjen ville resultere i færre treff. Artikkene baserte seg på undersøkelser og forskning i europeiske land, blant annet i Storbritannia og sentral/øst-europa. Vi valgte å ikke geografisk avgrense dette ytterligere til tross for at studier basert i øst-europa kan være mindre sammenlignbare med vestlig kultur. Databasen pubmed har i tillegg en filterfunksjon, hvor vi valgte å krysse av for «free full text», som førte til at søket kun ville oppgi artikler hvor man hadde gratis lesertilgang. Vi valgte å aktivt søke etter artikler med enten pasientperspektiv, helsepersonellperspektiv eller en kombinasjon av disse. Vi ønsket

studier hvor forskningsarenaen befant seg ved innleggelse på sykehus, men også gjerne etter utskrivelse når pasienten befinner seg i eget hjem.

Artikkel	Problem/hensikt	Metode	Resultat	Søkemotor
Effectiveness of controlled breathing techniques on anxiety and depression in hospitalised patients with COPD: A randomized trial (2014).	Å utforske hvordan kontrollerte pusteteknikker påvirker angst og depresjon hos KOLS pasienter som befinner seg i fasen etter forværring.	Kvantitativ. 46 mannlige deltakere. Sammenlikning mellom gruppe som mottok veiledning innen pusteteknikk og en kontrollgruppe som kun mottok standard behandling.	Stor forbedring i både fysisk og psykisk funksjon blant pasientgruppen som mottok pusterehabilitering. Betydelig forverring i kontrollgruppen grunnet sykehusinnleggelsen.	Pubmed
Anxiety and depression during hospital treatment of exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (2011).	Undersøke risikofaktorer og omfang av pasienter med KOLS og angst/depresjon, samt undersøke hvordan angst og depresjon uttrykkes seg blant disse pasientene.	Kvantitativ. 50 pasienter. Kartleggingsskjema og individualiserte intervju.	25/50 pasienter hadde karakteristiske trekk av angst og/eller depresjon. Psykisk helse er en viktig faktor i forhold til hvordan pasienten oppfatter dyspné og har en sterk virkning i forhold til livskvaliteten. Stort behov for kartlegging.	Pubmed

Depression and anxiety in patients with COPD (2014).	Utforske sammenhengen mellom angst/depresjon og KOLS, samt undersøke hvordan livskvaliteten kan økes blant disse pasientene.	Kvalitativ. Studien har tatt utgangspunkt i flere artikler.	Pusterehabilitering, røykestopp og bruk av medisiner for å motvirke angst og depresjon kan ha lovende effekt hos KOLS pasienter, men det er behov for videre testing av disse tiltakene. Angst og depresjon er vanskelig å identifisere blant KOLS pasienter.	Pubmed
Understanding the factors affecting self-management of COPD from the perspectives of healthcare practitioners: a qualitative study (2017).	Utforske synet blant personell i tverrfaglig team, angående hvordan de opplever faktorene som påvirker selvstyring blant KOLS pasienter.	Kvalitativ. Inkluderte 20 personell. Tverrfaglige grupper innen både primær og sekundærhelsetjenesten.	Personellet hadde størst påvirkning i forhold til pasientens kunnskap om sykdommen sin. Behov for økt fokus på kommunikasjonsferdigheter. Variasjon i tilbud og gjennomføring av behandling, etter hvilken instanse personellet befant seg i.	Pubmed

Oversiktstabell av analyserte artikler.

3.4 Analyse:

Under analysearbeidet beveget vi oss fra helhet til del, som igjen skal settes sammen til en ny helhet. Prosessen innebærer flere steg, hvor de utvalgte artiklene representerer en helhet. For å kunne finne meningsbærende enheter som samsvarte med oppgavens hensikt, leste vi grundig gjennom artiklene og plukket resultatene fra hverandre. Det første vi gjorde var å sette oss godt inn i de utvalgte artiklene ved å lese gjennom dem flere ganger. Det ble skrevet ned en oppsummering av både hovedtrekkene og resultatene i hver artikkel. Videre ble det identifisert likheter og forskjeller innen artiklenes teoretiske utgangspunkt, metodiske fremgangsmåte, analyseringsmetoden og deres hensikt (Friberg 2017: 148-149). Dette ble presentert i en oversiktstabell slik at det lettere lot seg sammenlikne. Ved videre analyse av resultatene, noterte vi nøkkelord som både skilte seg ut og som gjentok seg i artiklene. Vi valgte å merkere disse med bestemte fargekoder, slik at vi lettere kunne sammenlikne artiklene med hverandre. Informasjonen vi hadde kom frem til i artiklene ble samlet innen hovedkategorier og underkategorier som ble presentert i tabellform. Artiklenes resultater ble oppsummert og sammenliknet etter de bestemte underkategoriene. Vi hadde alltid egen hensikt i bakhodet når vi tok ut relevant informasjon og presenterte dette i tabellen.

4.0 Resultatkapittel:

<i>Sykepleiers rolle</i>	<i>Identifisering av angst og depresjon</i> <i>Kommunikasjon</i> <i>Tverrfaglig samarbeid</i>
<i>Livsstilendringer</i>	<i>Pulmonal rehabilitering</i> <i>Røykeslutt</i>
<i>Pasientens eget ansvar (self management)</i>	<i>Kontroll over eget liv</i> <i>Livskvalitet</i> <i>Tverrfaglig samarbeid</i>

4.1 Sykepleiers rolle

4.1.1 Identifisering av angst og depresjon

I studiene til Regvat mfl. (2011) og Yohannes mfl. (2013) kommer det frem at psykiske lidelser blant pasienter med somatiske sykdommer ofte blir oversett, og sjeldent behandlet dersom det blir bekreftet. Ubehandlet og uerkjent angst og depresjonssymptomer hos pasienter med KOLS, kan ha store negative konsekvenser både på den fysiske helsen og det sosiale liv, som igjen vil føre til redusert livskvalitet og flere sykehusinnleggelseser (Regvat mfl. 2011: 2028). Studiens resultater viser til at 25 av totalt 50 innlagte pasienter for KOLS forverring hadde angst og/eller depresjon. Det understrekes at flere pasienter ville blitt oversett dersom kartleggingsverktøyet PRIME-MD (The Primary Care Evaluation of Mental Disorders) ikke hadde blitt brukt, og at selve studien førte til et større fokus på å identifisere angst og depresjon blant pasientene. Resultatene i forhold til undersøkelser av blodgassverdier, viste til bedre klinisk status blant pasientene med angst og depresjon, sammenlignet med kontrollgruppen uten disse tilleggdiagnosene. I studien til Yohannes mfl. (2013), refereres det til kartleggingsverktøyet «HAD» (The Hospital Anxiety Depression scale), som videre beskrives som vanskelig å anvende ettersom skalaen inneholder somatiske symptomer som overlapper med KOLS symptomer. Det er dermed vanskelig å differensiere

symptomer for kols og psykiske lidelser fra hverandre, ettersom symptomene fremstår like. Det konkluderes i begge studiene at kartleggingsverktøy som brukes for å identifisere psykiske lidelser blant pasienter med KOLS, må følges opp av observasjon fra helsepersonell for å kunne sikre korrekt behandling og vurdering av behandlingens effekt.

4.1.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon spiller en sentral rolle i samhandlingen mellom sykepleier og kols pasienter som opplever angst og depresjon. To av studiene konkluderte med å understreke viktigheten av at helsepersonell spiller en aktiv rolle i å videreføre informasjon til pasientene. Et helsepersonell spesialisert innen respirasjonssvikt/KOLS beskrev det slik i studien til Ogunbayo:

“You probably do [behavioural counselling/motivational interviewing] but without formally knowing that that’s what you are doing... It ’s trying to work with the patient, trying to understand their needs. Getting onto their level because their level is going to be different with every patient. Try and find out what their needs are, what their education needs are and then working with that” (Oladapo J. Ogunbayo mfl. 2017: 4).

I studien til Oladapo J. Ogunbayo mfl. (2017), uttrykkes det blant de deltagende fagutøverene en generell enighet om manglende kunnskap hos KOLS pasientene i forhold til egen sykdomsprognose. Flere deltakere i studien uttrykte at pasientenes kunnskap og forståelse var av de faktorene som var lettest å påvirke sammenliknet med andre faktorer som ble ansett som pasientrelaterte barrierer for behandling. Et stort antall deltakere uttrykte behov for intern undervisning om ulike konsultasjon ferdigheter. Det ble videre beskrevet at et fokus på kognitiv atferdsterapi eller bruk av motiverende intervju ville heve deltakernes selvtillit når de var i dialog med pasienter. I studien til Anebaw M. Yohannes og George S. Alexopoulos (2013), refereres det til en undersøkelse som gikk ut på individuelle intervjuer for personer med depresjon og kols, forkortet PID-C. Tjenesten gikk ut på støtte fra helsepersonell i form av veiledning og informasjon om blant annet treningsregime og oppfølging, samt medikamentelle alternativer som antidepressiva. I likhet med studien til Oladapo J. (2017), uttrykkes det vansker med behandling grunnet pasient relaterte barrierer, som mangel på kunnskap og i dette tilfellet stigmatisering i forhold til psykofarmaka.

4.1.3 Et tverrfaglig samarbeid

I to av artiklene beskrives det både utfordringer og fordeler knyttet opp mot det tverrfaglige samarbeidet i forhold til behandling av pasienter med KOLS. I studien til Oladapo J. Ogunbayo (2017), kom det frem at deltakere som var spesialiserte innen KOLS eller lungesvikt hadde en mer helhetlig tilnærming i behandlingen. Deltakere fra primærhelsetjenesten, akuttmottak eller lungemedisinsk avdeling, fremstod å ha et smalere perspektiv som begrenset seg til direkte behandling av KOLS forverrelse og årlige kliniske sjekker. En sykepleier fra primærhelsetjenesten beskrev det slik:

“I suppose at the moment, when we were taught about selfmanagement, I mainly focused on the self-management like exacerbations at home. I don’t do goal setting, I’ll be honest, for COPD”.

Resultatene i studien til Yohannes mfl. (2013) identifiserer også begrensningene i forhold til det kliniske blikket som utnyttes i primærhelsetjenesten. Det presenteres data som beskriver begrenset tilgang på psykologisk terapi i primærhelsetjenesten for denne pasientgruppen. Videre henvisninger fra en instans til en annen blir ofte glemt eller unngått. Det blir fremstilt som en barriere på systemnivå, hvor det er manglende kommunikasjon mellom primærhelsetjenesten og andre psykisk helse instanser.

4.2. Livsstilsendringer

4.2.1 Pulmonal rehabilitering

Tre av oppgavens fire analyserte artikler nevner pulmonal rehabilitering og hvor utbredt behandlingen er. To av artiklene sier noe om at det har vært en sammenheng mellom pulmonal rehabilitering og bedring av angst, mens en av artiklene uttrykker at tilbudet ikke blir godt nok utnyttet.

Yohannes & Alexopoulos (2013) har i deres artikkel tatt for seg andre studier og funn som presenterer pulmonal rehabilitering for kols pasienter med angst og depresjon. De avdekker at det finnes noen lovende funn når det kommer til denne type behandling, men på grunn av begrenset oppfølgingstid vet man derfor ikke nok om de langtidsvirkende effektene av pulmonal rehabilitering. Det nevnes en systematisk studie som utforsket effekten av pulmonal rehabilitering hos kols pasienter, basert på trening og undervisning. Denne studien

viste til at reduksjonen i angst og depresjonssymptomer med behandlingen var sammenlignbart med standard pleie. Artikkelen viser også til et intensivt tre ukers poliklinisk pulmonal rehabiliteringsprogram som besto av seks timer per dag, fem dager i uken. Resultatene av programmet viste betydelig forbedring i depresjon og angst hos kols pasientene, men det kreves videre vurdering for å vite mer om de langtidsvirkende effektene (Yohannes & Alexopoulos, 2013, s. 4).

I studien til Valenza mfl. (2014) kommer det frem at pulmonal rehabilitering kan redusere angst hos pasienter med KOLS. De refererer til flere studier som har vist at en kombinasjon av trening og undervisning, som inkluderte teknikker for stresshåndtering, kunne redusere angst betraktelig. Det ble derimot uttrykt at undervisning om stresshåndtering teknikker alene uten trening ikke hadde effekt på angst (Valenza mfl., 2014, s.5).

Ogunbayo (2017) viser til at helsepersonell og utøvere av pulmonal rehabilitering oppfordrer til intervensjoner slik som pulmonal rehabilitering (Ogunbayo mfl. 2017, s.1). Artikkelen henviser til flere studier som utforsker helsepersonells perspektiv på spesifikke metoder for selv håndtering, slik som for eksempel pulmonal rehabilitering (Ogunbayo mfl. 2017, s.2). Helsepersonell som jobber med pulmonal rehabilitering, uttrykker i artikkelen at de savner en kontinuitet i tilbudet om rehabilitering.. Pasientene blir med i et program som går over seks uker, noe utøverne ikke føler strekker til (Ogunbayo mfl. 2017, s.4). Til tross for at artikkelen har vist til at helsepersonell uttrykker god effekt av pulmonal rehabilitering nevner også artikkelen at bruken er minimal. De mener at tilbudet er av god tilgjengelighet, men at pasientene likevel sjeldent blir henvist eller møter opp før det har oppstått en akutt forverrelse som krever sykehusinnleggelse (Ogunbayo mfl., 2017, s.5).

4.2.2 Røykestutt

To av artiklene har presentert en sammenheng mellom angst og depresjon, kols og røyk. En artikkel nevner at dyrere alternativer av intervensjoner for KOLS ofte blir prioritert fremfor billigere og mer effektive metoder som røykestopp. Det uttrykkes videre at røyking øker risikoen og alvorligheten av KOLS, samtidig som det gjør dagligdagse aktiviteter mer anstrengende og stressfulle. Fast røyking over tid øker også risikoen for depresjon og angst hos KOLS pasienter (Yohannes & Alexopoulos, 2013, s.2). Artikkelen viser til at tidligere sigarettøyking og nikotinavhengighet kan være en forklarende faktor i assosiasjonen mellom angst og depresjon hos KOLS pasienter. Artikkelen lister opp behandlingsmuligheter for KOLS pasienter, der blant annet røykestopp blir understreket. Røykestopp har en effekt på å redusere angst og depressive symptomer hos KOLS pasienter (Yohannes & Alexopoulos, 2014, s.5).

Regvat mfl. (2011) forteller at det ikke er noen tilsynelatende forskjell i røykestatus blant de to gruppene pasientene er plassert i. "No differences regarding the number of pack- years smoked and current smoking status were observed between the two groups of patients in the present study." (Regvat mfl., 2011, s. 8). Det understrekes derimot at denne informasjonen baseres på et spørreskjema pasientene har fullt ut og at dette kan være misvisende. Artikkelen viser til at tidligere studier som har rapportert at angst og/eller depresjon er felles hos pasienter med KOLS som røyker (Regvat mfl. 2011, s 8). Både Valenza (2014) og Ogunbayo (2017) understreker at lite kunnskap og forståelse av sykdom og prognose kan være faktorer som reduserer motivasjonen til å foreta atferdsendringer slik som å slutte å røyke.

5.0 Diskusjon:

I dette kapittelet presenteres metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen drøfter vi valg av avgrensinger og kvaliteten på resultatene. I resultatdiskusjonen drøfter vi hva sykepleier kan bidra med for å bedre livskvaliteten hos KOLS pasienter med angst og depresjon i lys av teori.

5.1 Metode diskusjon:

Integrativ litteraturoversikt som metode, har gitt oss muligheten til å tilegne oss nyere forskning og kunnskap om temaet. Vi ønsket primært å ta i bruk kvalitative forskningsartikler for å oppnå mest mulig dybde i temaet vi valgte. Ettersom det var vanskelig å finne nok kvalitative artikler som besvarte vår problemstilling på en tilfredstillende måte, valgte vi to kvalitative og to kvantitative artikler. Selv føler vi at de kvalitative artiklene grunnla fundamentet for oppgaven, da de presenterte erfaringer og meninger fra helsepersonellens perspektiv. Av den grunn kunne det vært enklere å sammenlikne resultater og trekke konklusjoner dersom alle artiklene var kvalitative. På en annen side opplevde vi at kombinasjonen var hensiktsmessig, ettersom inkludering av kvantitative artikler ga oss mer klinisk data som vi kunne kople opp og sammenlikne med de andre artiklene. Selv om de kvantitative artiklene hadde et større omfang av deltakere sammenliknet med de kvalitative, opplevde vi at antallet fremdeles ikke var stort nok til at det kunne fastsettes konkrete konklusjoner i forhold til problemstilling. En av studiene tok for seg et lite antall deltakere som alle var menn. Vi kan derfor ikke slå fast at resultatene fra denne studien er representativ for alle med KOLS. På den andre siden så referer artikkelen til andre studier som gir noenlunde samme resultat som tyder på at det er en styrke i disse resultatene.

Vi valgte å forholde oss til den engelskspråklige databasen Pubmed. Under søkeprosessen brukte vi i tillegg databasene Cinahl, og Svemed, men observerte få resultater som var relevante for vår oppgave gjennom disse databasene, til tross for flere runder med ulike søkeord og sammensetninger av søkeord. Vi fant kun relevante og utfyllende artikler ved bruk av Pubmed, som er en database som omfatter mer enn 32 millioner sitater fra biomedisinsk litteratur. Vi brukte for så vidt ingen nye søkeord i Pubmed, med unntak av at de var engelske fremfor norske. Vi oppdaget tidlig at søk på Pubmed ga et større mangfold av artikler, så vi valgte å forholde oss her. Vi opplevde det derimot som tidkrevende å anvende fire engelskspråklige artikler, ettersom de bestod av et svært komplekst og avansert vitenskaplig

språk, som krevde en del tid på oversettelse. Det kan ha ført til misoppfattelse av informasjon, eller at sentrale momenter i artiklene kan ha blitt oversett. Vi har derimot lagt mye tid i oversettelsene, og brukt en analysemodell i prosessen for å sette sammen delene til en ny helhet (resultatene).

Flere inklusjons- og eksklusjonskriterier sikret at artiklene som skulle plukkes ut var relevante for problemstillingen. Flere av disse inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble brukt for å avgrense omfanget av oppgaven, samt begrense mengden tid vi skulle bruke på å gjennomgå urelevante artikler. Alle artiklene vi brukte var blitt utgitt de siste ti årene med bakgrunn i ønske om nyere forskning. Enkelte av artiklene våre var på grensen. Med tanke på at helsefaget stadig er i utvikling, kan mye ha endret seg innen KOLS behandling de siste ti årene. Ideelt sett kunne vi dermed gått for artikler fra de siste fem årene for å unngå potensielt utgått forskning. Alle artiklene bestod av IMRAD struktur. Det ble benyttet europeiske artikler som samsvarte med vestlig kultur, slik at forskningen kunne koples opp mot norske verdier og utførelser til en viss grad. Landene som artiklene kommer fra har omtrent lik levestandard og økonomiske forhold, noe vi undersøkte i forkant. I to av studiene kom det frem ulikheter mellom det norske og britiske helsevesen i forhold til hva som definerer primær- og spesialisthelsetjenesten. Vi opplevde noe usikkerhet i forhold til hva det ble referert til når artiklene uttrykte at helsepersonell fra primærhelsetjenesten hadde et mindre utgangspunkt til å støtte pasienter med selv håndtering. Etter å ha lest gjennom konteksten flere ganger, antar vi at det refereres til legevakt, eller akuttmottak.

Under første omgang i søkeprosessen opplevde vi en del usikkerhet i forhold til artiklene vi fant. Hvorav alle de utvalgte artiklene presenterte relevante mål og sammendrag som passet godt til vår utvalgte problemstilling, viste det seg at to av artiklene var prototyper av en fremtidig forskningsundersøkelse. Artiklene presenterte altså ingen resultater som vi kunne anvende. Vi måtte dermed gå bort i fra disse artiklene. Vi anvendte sekundærsøking i form av å søke blant de artiklene som databasen oppga som relevante og tett knyttet opp mot søkeordene vi hadde oppgitt tidligere. Det førte til at flere relevante artikler kunne utforskes, noe som gjorde det mer effektivt å finne erstattende artikler. Artiklene vi endte opp med utforsket livskvalitet blant KOLS pasienter med angst og depresjon fra ulike vinkler. Vi ønsket minst en artikkel med perspektiv fra helsepersonell, samt en artikkel hvor arenaen for studien befant seg i sykehus. Vi opplevde det utfordrende å sammenlikne artiklene da det krevde at vi knyttet paralleller mellom resultater fra ulike arenaer og utførte tiltak. Alle artiklene hadde særlig fokus på hvordan pasientenes livskvalitet ville påvirkes av diverse

faktorer eller tiltak, noe som vi ønsket å knytte opp mot sykepleier tiltak. Begge de kvalitative artiklene inneholdt perspektiv fra helsepersonell som uttrykte hvordan pasienter opplevde sykdommen sin. Ut ifra dette kan det hevdes at resultatene er utilregnelige ettersom synet fra pasientene blir en antakelse. En fordel kunne vært å velge en kvalitativ artikkel med pasient perspektiv og en kvalitativ artikkel med helsepersonellet sitt perspektiv, slik vil det ikke oppstå bias.

5.2 Resultatdiskusjon:

Hensikten med bacheloroppgaven var å beskrive hvordan sykepleier kan bidra til å bedre livskvaliteten blant kols pasienter med angst og depresjon. Vi ønsker å øke bevisstheten rundt psykiske lidelser blant kols pasienter. Hovedtemaene som nevnes i oppgavens resultatkapittel bidrar til økt kunnskap om sykepleiere i møte med pasienter med kombinasjonen av kols og angst og/eller depresjon, samt hvilke utfordringer man som sykepleier opplever i samhandling med disse pasientene. Vi skal i dette kapittelet diskutere de fire artiklenes resultater i lys av teori og egne refleksjoner.

5.2.1 Kommunikasjon og samarbeid er nødvendig for å skape kunnskap og forståelse.

Ogunbayo mfl. (2017) og Yohannes & Alexopoulos (2013) understreker i deres artikler viktigheten av helsepersonell sin rolle i å videreføre informasjon til pasientene. Det ble også presentert manglende kunnskap og forståelse blant KOLS pasienter i forhold til egen sykdom og prognose (Ogunbayo mfl. 2017). Det kan antas at den manglende kunnskapen og forståelsen blant pasientene kan ha skyld i manglende kommunikasjon mellom helsepersonell og pasientene det gjelder. Undervisning og veiledning er en del av funksjonen til en sykepleier (Kristoffersen mfl. s.17, 2017) og er svært sentrale måter kommunisere på for å sørge for adekvat pasientsikkerhet og behandling. Dersom helsepersonell ikke bidrar med undervisning og veiledning om sykdom og prognose til KOLS pasienter, vil det kunne tyde på at helsepersonell ikke utfører alle aspekter i sitt arbeid. Joyce har også vist at kommunikasjon er nødvendig og påkrevd innen samhandling med pasienter (Kristoffersen mfl., s.18, 2017). Det kan dog spekuleres rundt at KOLS pasienter kan være i en vanskelig eller tung sinnsstemning etter å ha blitt diagnostisert med en kronisk sykdom slik som KOLS, og at de muligens da også har vanskelig for å tilegne seg ny informasjon og kunnskap. Som sykepleier må man da tilpasse undervisning og veiledning etter pasientens evne til å motta og forstå informasjon.

5.2.2 Tverrfaglig samarbeid.

Pasientens helse, livskvalitet og mestring skal være en sykepleiers fokus i arbeidet med mennesker, samtidig som man skal vise omsorg (Kristoffersen mfl. s. 16, 2017). Det kan i enkelte tilfeller være vanskelig å kunne dekke dette spekteret alene som sykepleier, og for å gi best mulig pleie er det derfor nødvendig med tverrfaglig samarbeid. Ogunbayo (2017) skriver i sin artikkel at pleiere som var spesialiserte innen KOLS hadde en helhetlig tilnærming i behandlingen av denne pasientgruppen, mens for eksempel akuttmottak eller lungemedisinsk avdeling hadde et smalere perspektiv som begrenset seg til selve KOLS-forverrelsen og årlige kliniske sjekker.

Dersom vi ser på pulmonal rehabilitering så kan dette være et eksempel på nødvendigheten av tverrfaglig samarbeid i møte med KOLS pasienten. Ettersom at dette omhandler både trening, undervisning, og rådgivning om ernæring samt psykologisk og psykososial rådgivning (Levine & Stankiewicz, 2020) så kan det bli aktuelt å trekke inn ernæringsfysiolog, psykolog og fysioterapeut for å få best mulig kompetanse av de ulike områdene, noe som igjen vil kunne bidra med å gi pasienten best mulig utgangspunkt.

5.2.3 Pulmonal rehabilitering kan bidra til økt livskvalitet.

Pulmonal rehabilitering baserer seg på trening, rådgivning og undervisning (Levine & Stankiewicz, 2020). Flere av artiklene uttrykker en felles enighet om at pulmonal rehabilitering har hatt en positiv effekt på angst og depresjon (Ogunbayo mfl., 2017, Valenza mfl., 2014, Yohannes & Alexopoulos, 2013). Det blir presentert effekt av trening og undervisning, og en av artiklene legger vekt på undervisning om stressmestringsteknikker. Det er derimot også påpekt at, til tross for påvist lovende effekt av pulmonal rehabilitering, så baserer ikke forskningen seg på den langvarige virkningen. Dette tyder på usikkerhet om pulmonal rehabilitering vil ha en varig effekt på angst og depresjon (Ogunbayo mfl., 2017, Valenza mfl., 2014, Yohannes & Alexopoulos, 2013). Til tross for denne usikkerheten så vet vi at trening og kunnskap ofte fører til mestringsfølelse, videre vil mestring ofte føre til økt trivsel og motivasjon (Brodtkorb mfl., s.67, 2016). Det kan derfor antas at pulmonal rehabilitering kan være med på å motvirke angst og depresjon i et lengre løp. Å motvirke angst og depresjon og å hjelpe kols pasienter til å kunne bli mer selvstendige og yte mest mulig vil kunne være med på å påvirke den subjektive og objektive livskvaliteten. En årsak til dette kan være at pasienten det gjelder kan kjenne på mestring og selvstendighet, samtidig

som fravær av depresjon kan åpne opp for økt følelse av glede og håp. Livssituasjonen man befinner seg i kan bli bedre ettersom at opplevelsen av den generelle helsetilstanden bedres på grunn av fravær av symptomer.

5.2.4 Røyk påvirker sykdomsbildet.

Røyk i alle former er hovedårsaken til kols (Ørn & Bach-Gransmo, 2017, s.240). En sammenheng mellom KOLS, angst, depresjon og røyk kommer frem i de analyserte artiklene, men forholdet er uavklart. Man vet derimot at KOLS pasienter som røyker har økt risiko og alvorlighetsgrad av sykdommen. Røykestopp har vist seg å kunne redusere symptomer på angst og depresjon hos KOLS pasienter. Lite kunnskap og forståelse for sykdommen blant mennesker med kols sykdom kan likevel være med på å redusere motivasjon til atferdsendringer slik som å slutte å røyke. (Ogunbayo mfl., 2017, Regvat mfl., 2011, Valenza mfl., 2014, Yohannes & Alexopoulos, 2013). Ut fra dette kan vi danne forståelse for at røyk kan være med på å forverre sykdomsfølelsen av kols, samtidig som det kan bidra til forverring av angst og depresjon. Dette viser viktigheten av å informere pasienter med kols om sammenhengen mellom røyk og kols. Pasientens helse er en av punktene som skal stå i fokus i arbeidet vi gjør som sykepleiere, samtidig som sykepleiere skal kunne bidra til helsefremming. (Kristoffersen mfl., s. 16, 2017). Det å motivere til å slutte å røyke burde derfor være en del av arbeidet som sykepleier til kols pasienter så lenge dette er noe pasienten selv ønsker og er motivert til (Stubberud mfl., s.118, 2017).

Sykepleiere skal kunne utøve langsiktig sykepleie som kan påvirke funksjon og livsførsel (Kristoffersen mfl., s.111, 2017). Det å kunne hjelpe en pasient med å slutte å røyke kan være med på dette, ettersom at å slutte å røyke vil kunne lette på symptomer slik som dyspnoe og å lette på angst og depresjon.

5.2.5 Kontroll over eget liv.

Det at KOLS syke pasienter tar kontroll over eget liv er essensielt for å oppnå bedre livskvalitet. Yohannes & Alexopoulos (2013) skriver at flere pasienter er motvillige til å bruke antidepressiva på grunn av frykt for avhengighet og potensielle bivirkninger, men også på grunn av stigmatisering av psykiske lidelser. 10% av den norske befolkning over 70 år er

rammet av KOLS (FHI, 2018). Samtidig kan vi anta at store deler av KOLS pasientene her i Norge også sliter med angst og depresjon. Dette vil da si at flere eldre KOLS pasienter kan være plaget med de ovennevnte psykiske plagene. Det kan tenkes at psykiske plager er mer stigmatisert blant den eldre generasjon. Likeledes kan det tenkes at denne generasjonen har mindre kunnskap og forståelse rundt dette temaet da det tidligere har vært et større stigma rettet mot psykisk sykdom. Det å informere pasienter om hva angst og depresjon innebærer samt hvordan dette kan oppstå hos KOLS pasienter kan danne bevissthet og forståelse, og kan igjen resultere til at pasientene klarer å åpne opp og utfolde seg om sine psykiske plager.

Stigmatisering kan også motvirkes dersom bevisstheten blant det generelle folk forbedres ettersom at stigma kan komme fra uvitenhet. For eksempel så har store deler av stigmaet rundt psykiske lidelser kommet fra dets vinkling i presse (Kvam, 2011), noe som påvirker det generelle folk sitt syn på psykiske lidelser på tross av at de gjerne ikke har tilstrekkelig med bakgrunnskunnskap.

Kontrollerte pusteteknikker er noe en av samtlige artikler baserer sin tekst på. Valenza mfl. (2014) beretter i sin artikkel at kontrollerte pusteteknikker tidligere har resultert med effekt mot diverse symptomer som følger KOLS sykdom. De beskriver også et kontrollert pusteteknikk program som blir brukt i deres studie og konkluderer med at slike teknikker er et viktig rehabiliterings alternativ for KOLS pasienter. Kontrollerte pusteteknikker kan vi knytte opp mot selv håndtering. Ved å bruke slike teknikker og redusere ulike symptomer, som for eksempel dyspnoe, vil pasienten det gjelder kunne oppleve mindre ubehag og mer kontroll. Det å gi mennesker med KOLS ressurser til å bruke kontrollerte pusteteknikker vil kunne gi dem en evne til å håndtere symptomer. En positiv konsekvens av dette kan være å forhindre forverring av sykdommen og eventuelt også reinnleggelse på sykehus, samtidig som det kan bidra til å fremme positive livsstilsendringer.

Ogunbayo mfl. (2017) skriver i sin artikkel at selv håndtering av KOLS sykdom er essensielt for kvalitet i pleien. Det finnes derimot faktorer som påvirker pasienters deltakelse i selv håndtering, og disse faktorene har en tendens til å overlape hverandre. Samtidig kommer det frem at lite forståelse for sykdom og sykdommens progresjon går igjen, noe som reduserer motivasjon til å ta kontroll over sykdommen. Manglende forståelse kan føre til frustrasjon, og pasientene ender opp med å legge store deler av ansvaret over på helsepersonell (Ogunbayo mfl., 2017, s.3). Selv håndtering går på hvert individ sin evne til å håndtere symptomer, behandling, fysiske og psykososiale konsekvenser og livsstilsendringer som ofte kommer med

det å leve med en kronisk tilstand (Ogunbayo mfl., 2017). Vi tenker at det er nødvendig med tilstrekkelig kunnskap og forståelse for at pasienten skal kunne finne motivasjon til å gjennomføre selv håndtering. Dersom vi ser på sykepleieteorien (Kristoffersen mfl., s.31, 2017) så kan vi se at en vanlig reaksjon på et menneske som lider kan være “hvorfør meg?”. KOLS er en stadig progredierende sykdom som kan påvirke livet i betraktelig grad, og en slik reaksjon vil være naturlig. Personen det gjelder kan ha problemer med å akseptere at vedkommende har blitt rammet av en slik tilstand. På grunn av dette er det viktig at vi som sykepleiere legger til rette for å gi pasientene den kunnskapen og informasjonen de trenger, samtidig som vi motiverer og legger opp til at pasienten skal kunne ta til seg ressurser for å bruke selv håndtering i hverdagen, og derav ta mer kontroll over livet og sykdommen selv.

5.2.6 Nedsatt livskvalitet hos KOLS pasienter.

Flere KOLS pasienter sliter med nedsatt livskvalitet, enten som et resultat av angst og/eller depresjon eller som resultat av selve KOLS-sykdommen (Ogunbayo mfl., 2017, Regvat mfl., 2011, Valenza mfl., 2014, Yohannes & Alexopoulos, 2013). En angst og/eller depresjonslidelse vil bidra til å øke sykdomsfølelsen hos pasienter med KOLS og kan derav betraktelig redusere livskvaliteten, både den objektive og subjektive. Det er derfor nødvendig å identifisere og behandle angst og depresjon for å kunne forbedre livskvaliteten hos disse pasientene (Yohannes & Alexopoulos, 2013, s1). Det er dog påvist at psykiske lidelser blant pasienter med somatiske sykdommer ofte blir oversett, og om det blir oppdaget så forblir det ubehandlet (Regvat mfl., 2011, Yohannes & Alexopoulos, 2013).

Depresjon følger ofte andre psykiske lidelser (Håkonsen, 2018, s.307), og det kan derfor tenkes at dersom man klarer å identifisere og behandle angsten så vil dette igjen påvirke og eventuelt eliminere opplevelsen av depresjon. Dersom vi derimot ikke identifiserer og behandler de psykiske lidelsene så kan pasienter ende opp i en angst-dyspnoe-angst sirkel. Symptomer som overlapper mellom angst og kols, slik som dyspnoe, vil oppstå uten at man nødvendigvis vet om det stammer fra kols eller angst (Markussen, 2009). Dersom dyspneen stammer fra en uidentifisert angst, og det blir antatt at det oppstår som et symptom av kols, vil pasienten kunne ende opp med overbehandling av kolsen og under behandling av angst. Uten å behandle den riktige årsaken til dyspneen, som i dette tilfellet er angst, så vil man heller ikke

kunne motvirke dyspneen tilstrekkelig. Pasienten kan da ende opp med unødvendig behandling og det blir brukt unødvendige ressurser til feil årsak.

Regvat mfl. (2011) reflekterer rundt at angst kan ha en beskyttende funksjon ved å gjøre pasientene mer observante på symptomer og forverrelser av sykdom. Det er derimot også med på å redusere livskvaliteten betraktelig ettersom at det skaper overdreven bekymring hos pasienten. Pasienter kan også ende opp med å “lete” etter symptomer og forverrelser, noe som vil kunne forverre sykdomsfølelsen. Dette er igjen et eksempel på viktigheten av å identifisere og behandle psykiske lidelser blant kols pasienter.

Frykt for symptomer og forverrelser kan føre til at de som lider av en kols sykdom velger å isolere seg. Dette vil forhindre deres sosiale samvær, som igjen kan føre til nedsatt interesse for å forholde seg til andre mennesker (Ogunbayo mfl., 2017, s.3). Det å være sosial og å være omringet av folk man bryr seg om kan bidra til å skape gode følelser og assosiasjoner. En positiv konsekvens av dette kan være bedre livskvalitet. I motsetning til dette så vil det å isolere seg kunne føre til det motsatte. Ved isolasjon kan man føle på skam over sykdom, skyld for at man ikke klarer å være med på sosiale sammenhenger og sinne for at sykdommen fører til redsel for å gå ut. En konsekvens av slike følelser og tanker kan være fravær av opplevelsen av et godt og meningsfullt liv. Slike vurderinger kan derav føre til nedsatt livskvalitet (Kritoffersen mfl., 2017, s.55).

6.0 Konklusjon

Vi vil med dette konkludere med å understreke at sykepleiere har en viktig rolle i møte med KOLS pasienten og det å bedre livskvaliteten. Ettersom at KOLS er en kronisk, stadig progredierende sykdom så er en sykepleiers hovedoppgave i møte med denne pasienten å lindre symptomer og opprettholde, eventuelt bedre livskvaliteten. Viktigheten av at pasienten selv bidrar i dette arbeidet er likevel viktig å huske på. Flere pasienter har lite kunnskap om både sykdom og prognose når det kommer til selve KOLS-sykdommen, og derav også lite motivasjon. Kunnskap kan være med på å bygge opp motivasjon til å for eksempel ha et fokus på selv håndtering eller pulmonal rehabilitering som igjen vil kunne bedre pasientens tilstand og livskvalitet. Det å ha tilstrekkelig med kommunikasjon og å ha fokus på de gode følelsene kan være med på å opprettholde håp og bidra til en bedre livskvalitet.

6.1 Anvendelse i praksis

Resultatene og teorien gir et bilde av at sykepleiere har en viktig rolle i møte med KOLS pasienter. Angst og depresjon er to tilleggs diagnoser som ofte følger vanskelige situasjoner som gjør at livet føles tungt, noe KOLS i stor grad kan gjøre. Hva kan sykepleiere bidra med for å bedre livskvaliteten hos KOLS pasienter med angst og depresjon?

På bakgrunn av resultatene og våre egne refleksjoner i denne oppgaven anbefaler vi følgende tiltak:

- Sykepleiere bør være bevisste på at KOLS pasienter kan ha psykiske plager og nedsatt livskvalitet. Dersom avdelinger for eksempel gir tilgjengelighet eller legger til rette for nettkurs, fagdager eller faglunsjer kan sykepleiere og annet helsepersonell få en økt bevissthet over forekomsten av disse problemene og kan da være observante på dette i møte med KOLS pasienten.
- Vi anbefaler avdelinger å ta i bruk spørreskjema slik som HAD og PRIME-MD. En sykepleier må kunne identifisere de psykiske plagene og ta en mer strukturert vurdering av det psykiske aspektet for å kunne gjøre noe med det. Som det blir presisert i resultatkapittelet vårt så blir psykiske lidelser blant somatisk syke pasienter ofte oversett og forblir ubehandlet. Dette kan ha store negative konsekvenser på

livskvaliteten. Det er derfor viktig at sykepleiere har kunnskaper og ressurser til å kunne identifisere de psykiske plagene.

- Sykepleiere bør tilegne seg kunnskaper om kontrollerte pusteteknikker og hvordan disse teknikkene skal brukes. Igjen kan nettkurs, fagdager og/eller faglunsjer være tiltak som kan bidra til dette. Dyspnoe er som presisert i teorikapittelet et symptom på både angst og KOLS og kan ofte overlappe de to sykdommene. Det at en sykepleier har kunnskap om hvordan man kan møte og hjelpe en pasient med pustebesvær er meget aktuelt for å kunne øke livskvaliteten. Dette er på grunn av at riktige tiltak vil kunne redusere følelsen av ubehag når man puster, i tillegg til at det kan redusere sjansen for at angst eller panikk angst blir trigget. Å ha slik kunnskap vil også gjøre det mulig å gi pasientene nyttige ressurser de kan ta i bruk på egenhånd når de opplever pustebesvær.

7.0 Referanser

Allam, E. M., Azab, N. Y., El Wahsh, R. A., Ragab, A. z. & Zamzam, M. A. (2012).

Quality of life in COPD patients. *Egyptian Journal of chest diseases and tuberculosis*. <https://doi.org/10.1016/j.ejcdt.2012.08.012>

Bach-Gransmo, E. & Ørn, S. (2017). *Sykdom og behandling* (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Bakke, P., Husebø, G. R., Langhammer, A., Melbye, H., Nafstad, P. & Nystad, W. (2018, 24. januar). *Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) i Norge*. Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kols/>

Barstad, A. (2019, 4. juni). *Livskvalitet*. Store Norske Leksikon. Hentet fra <https://snl.no/livskvalitet>

Berger, B. E., Kapella, M. C. & Larson, J. L. (2010). The Experience of Stigma in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Sage journals*. <https://doi.org/10.1177/0193945910384602>

British lung foundation (2021, februar). Your COPD self-management plan. *British lung foundation*. Hentet fra <https://www.blf.org.uk/support-for-you/copd/your-copd-self-management-plan>

Brodtkorb, K., Kirkevold, M. & Ranhoff, A. H. (2016). *Geriatrisk sykepleie* (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Dahm, KT. & Føhnhus, MS. (2015, 18. juni). *Mestringstiltak kan bedre livskvaliteten*. Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2015/mestringstiltak-kan-bedre-livskvaliteten/>

Flaten, B., Heir, W. & Sørhøy, M. S. (2018, 8. januar). *KOLS og sykepleietiltak*. Norsk Digital Læringsarena. Hentet fra https://ndla.no/nb/subject:4/topic:1:172819/topic:1:178959/resource:1:25179?filters=urn:filter:992c86f7-8cae-45ef-aab3-a40cdc5e99d9_

Folkehelseinstituttet (2018, 29. januar). *Nye beregninger: 150 000 har kols*. Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/nyheter/2018/150-000-har-kols/>

Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3.utg.). Studentlitteratur AB.

Grønseth, R. & Stubberud, D. (2017). *Klinisk sykepleie 1* (5. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Hanger, M. R. (2015, 21. mai). Angst følger KOLS. *Dagens medisin*. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2007/02/08/angst-folger-kols/>

Helsedirektoratet (2018, 30. april). *Deprimert eller trist?* Helse Norge. Hentet fra

<https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/deprimert-eller-trist/>

Helsedirektoratet (2012). *Kols. Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kols>

Håkonsen, K. M. (2018). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. (2017). *Grunnleggende sykepleie bind 1* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. (2017). *Grunnleggende sykepleie bind 2* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. (2017). *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Kvam, M. (2011). Det er ikke «de andre», det er oss. *Norsk helseinformatikk*. Hentet fra

<https://nhi.no/psykisk-helse/psykiske-lidelser/stigmatisering-av-mennesker-med-psykisk-sykdom-det-er-ikke-de-andre-det-er-oss/?page=1>

Levine, A. R. & Stankiewicz, J. (2020, mars). *Overview of Pulmonary Rehabilitation*. MSD Manual Consumer Version. Hentet fra <https://www.msdmanuals.com/home/lung-and-airway-disorders/rehabilitation-for-lung-and-airway-disorders/overview-of-pulmonary-rehabilitation>

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

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

Nes, R. B. (2019, 23. september). *Fakta om livskvalitet og trivsel*. Folkehelseinstituttet. Hentet fra

<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>

Norsk sykepleierforbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk sykepleierforbund. Hentet fra

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

Ogunbayo, O. J., Russel, S., Newham, J. J., Heslop-Marshall, K., Netts, P., Hanratty, B. & Kaner, E. (2017). Understanding the factors affecting self-management of COPD from the perspectives of healthcare practitioners: a qualitative study. *Primary care respiratory medicine*.

<https://www.nature.com/articles/s41533-017-0054-6>

Skjønsberg, O. H. (2021, 26. februar). *Dyspne*. *Store Norske Leksikon*. Hentet fra

<https://sml.snl.no/dyspn%C3%A9>

Regvat, J., Zmitek, A., Vegnutt, M., Kosnik, M. & Suskovic, S. (2011). Anxiety and depression during hospital treatment of exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Sage journals*.

<https://doi.org/10.1177/147323001103900338>

Valenza, M. C., Valenza-Pena, G., Torres-Sanches, I., Gonzales-Jimenez, E., Conde- Valero, A. & Valenza-Demet, G. (2014). Effectiveness of Controlled Breathing Techniques on

Anxiety and Depression in Hospitalized Patients With COPD:

A Randomized Clinical Trial. *Respiratory care*. <https://doi.org/10.4187/respcare.02565>

Vogt, Y. (2014, 11. november). Kols sliter ut pårørende. *Forskning.no*. Hentet fra

<https://forskning.no/royking-helsepolitikk-helsetjenester/kols-sliter-ut-parorende/531384>

World Health Organisation (2017, 1. desember). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*.

World Health Organisation. Hentet fra [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))

Yohannes, A. M. & Alexopoulos, G. S. (2014). Depression and anxiety in patients with COPD.

European respiratory review. <https://doi.org/10.1183/09059180.00007813>