

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Livskvalitet og trygghet for pasienter med langtkommen kols



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

[Stavanger, 4. mai 2022]

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

“It felt like I was about to die. It’s that damned fear when you can’t get enough air. It’s so hard to imagine. Not being able to get enough air. It feels like I’m suffocating.”

(Strang et al., 2013, s. 467)

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Gjennom personlige erfaringer har vi fått oppleve kols på nært hold, og erfart hvilke konsekvenser diagnosen medfører for mennesket og pårørende som er rammet. Konsekvenser som opptrer både fysisk og psykisk. Praksisforløpet i utdanningen har vist oss at det er manglende kunnskap blant pasientgruppen om hvordan de skal møte og håndtere følelsen av utrygghet, som forårsakes av sykdommens symptomer.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er gjennom et pasientperspektiv å kartlegge hva pasienter med langtkommen kols kan gjøre for å oppleve økt livskvalitet og trygghet.

Metode: Vi har brukt Friberg (2017) sin metode for å utarbeide en integrativ litteraturoversikt. Vi har innhentet data fra tre kvalitative forskningsartikler i arbeidet med å besvare problemstillingen vår. I kombinasjon med forskningsartiklene har vi brukt selvvalgt litteratur og egne refleksjoner og erfaringer.

Resultat: Det ble identifisert tre hovedfunn i studien vår. Aksept av egen livssituasjon var viktig i opplevelsen av livskvalitet blant pasientgruppen. For å håndtere utrygghet og angst var mestringsstrategier elementært for pasientgruppen. Helsepersonell hadde også en viktig rolle i pasientgruppens opplevelse av livskvalitet og trygghet. Veiledning og støtte var essensielt.

Nøkkelord: Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols), mestringsstrategier, livskvalitet, aksept, pasient, helsepersonell, mestring, trygghet, utrygghet.

INNHOOLD

1.0	INNLEDNING	6
1.1	Bakgrunn for valg av tema	6
1.2	Problemformulering	7
1.3	Hensikt.....	7
1.4	Avgrensninger av oppgaven.....	7
1.5	Begrepsavklaringer.....	8
1.5.1	Pasient.....	8
1.5.2	Utrygghet	8
1.5.3	Livskvalitet	8
2.0	TEORETISK FORANKRING	9
2.1	Hva er KOLS?.....	9
2.1.1	Symptomer.....	9
2.1.2	Dyspne	9
2.1.3	Diagnostikk.....	10
2.1.4	Kolspasientens behov i møte med helsepersonell	11
2.2	Å leve med kronisk lungesykdom	11
2.3	Trygghet og mestring ved angst og utrygghet.....	11
2.3.1	Angst.....	11
2.3.2	Dyspne-angst-dyspne sirkelen	12
2.3.3	Trygghet.....	12
2.4	Lazarus og Folkmans mestringsteori.....	13
2.4.1	Stress og mestring.....	13
2.4.2	Mestringsstrategier	14
3.0	METODE	16
3.1	Litteratursøk og søkeprosess	16
3.1.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	17
3.1.2	Etiske overveielser.....	17
3.1.3	Valg av studier.....	18
3.2	Analyse.....	19
4.0	RESULTATER	20
4.1	Å akseptere egen livssituasjon.....	20
4.2	Mestringsstrategier for kolspasienter ved utrygghet	20
4.2.1	Effekten av en positiv tankegang.....	21
4.2.2	Pusteøvelser og fysisk aktivitet	21
4.2.3	Distrasjon og unngåelse.....	22
4.3	Sykepleierens rolle i pasientens opplevelse av trygghet	22
5.0	DISKUSJON	23
5.1	Metodediskusjon	23
5.1.1	Søkeprosessen.....	23
5.1.2	Kvalitative data.....	23

5.1.3	Studiens deltakere.....	24
5.1.4	Land.....	24
5.1.5	Kildekritikk.....	24
5.2	Resultatdiskusjon.....	25
5.2.1	Betydningen av å akseptere egen livssituasjon som syk	25
5.2.2	Viktigheten av mestringsstrategier	27
5.2.3	Effekten av samhandling med helsepersonell	29
6.0	KONKLUSJON.....	31
6.1	Anvendelse i praksis.....	31
	LITTERATUR.....	33
	VEDLEGG	37
	Vedlegg 1: Søkelogg.....	37
	Vedlegg 2: Litteratormatrise	38

Antall ord: 7993

1.0 INNLEDNING

Kronisk obstruktiv lungesykdom, heretter kols, er en kronisk, progressiv sykdom som skaper vansker med å puste for den som er rammet. Sykdommen kjennetegnes ved at luftveiene har blitt «trange» slik at det er tungt å puste. Dette fører til økt pustearbeid og økt åndenød for pasienten. Når man er i en tidlig fase av sykdommen, vil en ikke alltid være påvirket av symptomene (Astma- og allergiforbundet, 2020). Forekomsten av sykdommen øker betraktelig fra 40 års alderen, og en anslår at omkring 150.000 mennesker er rammet av sykdommen i Norge (Helsedirektoratet, 2012).

Vi har gjennom egen praksis erfart at mange pasienter med langtkommen kols opplever psykiske utfordringer i form av angst og depresjon, som en komorbiditet til kols. Angst og depresjon kan bidra til at pasientgruppen opplever håpløshet, hjelpeløshet, ensomhet og sosial isolasjon. Slike konsekvenser vil påvirke både livskvaliteten og livsutfoldelsen til de aktuelle pasientene (Bakkeland, Thorsen, Almås, Sorknæs & Grønseth, 2017, s. 138). Vi ser en særlig gjennomgående sammenheng mellom psykiske problemer og sykdommens hovedsymptom, dyspne. Grunnet stor utbredelse av sykdommen, vil en som sykepleier med stor sannsynlighet møte denne pasientgruppen både i primær- og sekundærtjenesten.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ved å ha opplevd sykdommen i nære relasjoner har interessen alltid vært til stede. Med jobberfaring fra medisinsk intensiv avdeling og kirurgisk avdeling spesialisert innen thoraks, har vi fått oppleve diagnosen på nært hold, og erfart hvilke konsekvenser den medfører for mennesket og pårørende som er rammet. Personlige erfaringer har lært oss at en langtkommet kolsdiagnose gir psykiske og fysiske konsekvenser. Psykiske konsekvenser i form av utrygghet og angstpregede følelser, og fysiske konsekvenser i form av pustebesvær. Praksisforløpet i utdanningen har vist oss at det er manglende kunnskap om hvordan pasienten kan møte og håndtere utrygghet forårsaket av sykdommens symptomer, noe som kan påvirke sykdomsopplevelsen. Ønsket vårt om å kartlegge hvordan kolspasienter kan håndtere konsekvensene av sykdommen på en bedre måte, og ønske om økt livskvalitet blant pasientgruppen, ble derfor kilden til vårt valg av tema, og drivkraften i arbeidet med oppgaven.

1.2 Problemformulering

Kronisk obstruktiv lungesykdom er en utbredt sykdom på verdensbasis. Langtkommen sykdom kan medføre store endringer i pasientens fysiske og psykiske funksjon (Bakkeland et al., 2017, s. 137-138). Fysiske begrensninger og ubehag, med påfølgende psykososiale belastninger som utrygghet, redsel og frykt ovenfor situasjon og fremtid. Vonde følelser av ulike opphav, som preger mennesket på ulike måter. Det er gjort flere studier som viser at kols og angst har en tydelig sammenheng: angst opptrer hyppigere hos individer diagnostisert med kols, sammenlignet med den generelle befolkningen (Bakkeland et al., 2017, s. 138). Dårlig kunnskap om hvordan pasientgruppen kan håndtere disse utfordringene, kan skape konsekvenser som virker inngripende på pasientens grunnleggende behov. Med stor utbredelse av sykdommen i Norge (Helsedirektoratet, 2012) ser vi et tiltrengt behov for å kartlegge og øke bevisstheten rundt hvordan alvorlig syke kolspasienter kan håndtere utrygghet og angst. Med dette utgangspunktet har vi valgt følgende problemstilling:

Hvordan kan pasienter med langtkommen kols oppleve økt livskvalitet og trygghet?

Vi tror at ved å belyse temaet og dele kunnskap, vil vi kunne bidra til økt trygghet og komfort blant pasientgruppen.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er gjennom et pasientperspektiv å kartlegge hva pasienter med langtkommen kols kan gjøre for å oppleve økt livskvalitet og trygghet.

1.4 Avgrensninger av oppgaven

Kols kan deles inn i stadier etter alvorlighetsgrad på grunnlag av spirometri. Det er utarbeidet en internasjonal stadielinndeling av Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, GOLD kriteriene (Grundt & Mjell, 2016, s. 240). I stadium tre og fire av diagnosen er symptomene så inngripende at pasientens livskvalitet blir betydelig redusert (Astma- og allergiforbundet, 2020). På bakgrunn av at forekomsten av utrygghet ofte øker parallelt med utvikling av alvorlighetsgraden til sykdommen, har vi valgt å avgrense oppgaven til pasienter i stadium tre og fire på GOLD- skalaen.

Opgaven omfatter kun ikke- medikamentelle tiltak.

1.5 Begrepsavklaringer

1.5.1 Pasient

Begrepet pasient omfatter i denne oppgaven et enkeltmenneske som trenger omsorg, hjelp og tjenester fra andre mennesker som kan gi dem den hjelpen de trenger (Travelbee, 2007, s. 62).

1.5.2 Utrygghet

Utrygghet som begrep i denne oppgaven inkluderer opplevelse av frykt, redsel, usikkerhet, stress og engstelse, og ansees som det motsatte av trygghet.

1.5.3 Livskvalitet

I denne oppgaven dekker begrepet opplevelsen av tilfredshet, glede og mestring, i tillegg til fravær av psykiske plager og negative følelser (Nes, Røysamb, Eilertsen, Hansen & Nilsen, 2021).

2.0 TEORETISK FORANKRING

2.1 Hva er KOLS?

Grundt og Mjell (2017, s. 238) beskriver kronisk obstruktiv lungesykdom som en samlebetegnelse på sykdommer der luftstrøms hindringen ikke er fullt reversibel, men vanligvis progredierende og assosiert med en abnorm inflammatorisk respons på skadelige partikler eller gass. Spesielt er motstanden mot luftstrømmen økt under ekspirasjon, hvilket medfører et uttalt pustebesvær for pasienten (Bakkelund et al., 2017, s. 133). Et pustebesvær som fører med seg fysiske og psykososiale konsekvenser. Hovedvekten av pasienter med kols har kombinasjoner av kronisk bronkitt og emfysem (Grundt & Mjell, 2017, s. 239).

2.1.1 Symptomer

Kols er en kompleks diagnose, som arter seg ulikt overfor ulike pasienter. Grundt og Mjell (2017, s. 240) vektlegger tre hovedsymptomer: dyspne, kronisk hoste og slimproduksjon. Anstrengelsesdyspne er symptomet som vanligvis oppstår ved sykdomsdebut (Han, Dransfield & Martinez, 2021). I tillegg peker litteratur på at pasientgruppen kan få vektøkning som følge av inaktivitet, vekttap i forbindelse med dyspne i måltidsituasjoner, eller annen komorbiditet som redusert aktivitetsnivå, angst og depresjon (Han et al., 2021).

Graden av symptomene varierer. En pasient som har kommet langt i sykdomsforløpet og har en alvorlig grad av kols, vil fysiologisk oppleve sterkere symptomer sammenlignet med en person som er tidlig i sykdomsforløpet jf. tabell 1. Det er likevel viktig å presisere at smerter og ubehag er subjektive følelser, som innebærer at opplevelsen av samme fysiologiske symptomer vil kunne variere fra person til person.

2.1.2 Dyspne

Dyspne er et begrep som karakteriserer en subjektiv opplevelse av pustebesvær, som varierer i intensitet (Schwartzstein, 2021). Når sykdommen direkte eller indirekte affiserer respirasjonsorganene, vil kroppen prøve å opprettholde normal gassutveksling ved at vi puster raskere og dypere (Grundt & Mjell, 2017, s. 219). Følelsen av å ikke få puste vil for de fleste være skremmende og ubehagelig, som disponerer for psykisk ubehag i form av utrygghet og angst (Grundt & Mjell, 2017, s. 219). Pasienter med kols beskriver dyspne som smertefullt, svært utmattende og uttrykker ofte en følelse av å bli kvalt (Bakkelund et al., 2017, s. 137).

2.1.3 Diagnostikk

Kols blir diagnostisert med utførelse av spirometri, og ved å utelukke differensialdiagnoser (Han et al., 2021). Spirometri er avgjørende for å fastsette diagnosen slik at det kan påvises obstruksjon ved forsert ekspirasjon (FEV). FEV gir oss et mål på det ekspiratoriske volumet som pasienten klarer å puste ut på det første sekundet. Spirometri måler også det maksimale volumet en kan puste ut etter å ha utført maksimal inspirasjon. Dette kalles forsert vital kapasitet (FVK). Forholdet mellom FEV og FVK gir oss et sensitivt mål på kols. GOLD-kriteriene benytter kun FEV som mål for alvorlighetsgraden til sykdommen (Grundt & Mjell, 2017, s. 241).

Tabell 1. GOLD-kriterier (Bakkelund et al., 2017, s. 135)

Stadium/sykdomsgrad	Kriterier	Symptomer
Stadium 1 Mild kols	Mild luftstrømsobstruksjon: (FEV/FVC < 70% og FEV ≥ 80% av forventet).	Vanligvis, men ikke alltid, kronisk hoste og slim fra lungene. På dette stadiet er ikke pasienten nødvendigvis klar over at han har redusert lungefunksjon.
Stadium 2 Moderat kols	Økende luftstrømsobstruksjon (FEV/FVC < 70% og FEV 50-79% av forventet).	Pasienten vil som regel, men ikke alltid, være plaget av kronisk hoste og/eller slim fra lungene.
Stadium 3 Alvorlig kols	Alvorlig luftstrømsobstruksjon (FEV/FVC < 70% og FEV 30-49% av forventet).	Akutte forverring av symptomer, noe som har innvirkning på pasientens livskvalitet og prognose.
Stadium 4 Svært alvorlig kols	Alvorlig luftstrømsobstruksjon (FEV/FVC < 70% og FEV < 30% av forventet).	Respirasjonssvikt eller kliniske tegn til høyresidig hjertesvikt forårsaket av konstant høyt trykk i lungekretsløpet. Pasientens livskvalitet er betydelig redusert, og forverring kan være livstruende.

2.1.4 Kolspasientens behov i møte med helsepersonell

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe pasienten å utføre de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (Hage, 2016). På grunnlag av det vil den utrygge kolspasienten møte helsepersonell med en naturlig forventning og et naturlig behov for å bli ivaretatt på alle plan. Kolspasientens behov i møte med helsepersonell vil bestå av både fysiske observasjoner og psykisk støtte. En viktig del av psykisk støtte er omsorg, som Kari Martinsen vektlegger i sin teori. Hun beskriver omsorg som sykepleiers kjerne (Kristoffersen, 2016, s. 53). Ved god utøvd omsorg av helsepersonell, vil pasientens subjektive opplevelse av helse og velvære bli tatt hensyn til, og ivaretatt (Kristoffersen, 2016, s. 53). Utover det psykiske aspektet, vil pasienten ha et behov for helhetlig observasjon og vurdering av sykepleieren. Sykepleieren skal observere og vurdere forstyrrelser og svikt i pasientens respirasjon, og i andre behov som påvirkes av lungesykdommen (Bakkeland et al., 2017, s. 139). Mange av fenomenene pasienten opplever ved sykdom og behandling, er forbundet med menneskers grunnleggende behov. Viktigheten av sykepleieres bevissthet rundt dette i deres yrkesutøvelse vektlegges av Nordtvedt og Grønseth (2017, s. 20) i litteraturen.

2.2 Å leve med kronisk lungesykdom

Kols er en sykdom som truer pasientens normale funksjon. Pasienter med kols kan møtes med holdninger fra både helsepersonell og andre om at sykdommen er selvforskyldt. Det kan utøves i form av negative kommentarer eller opplevelsen av å få dårlig behandling. Slike holdninger legger et grunnlag for at kolspasienter kan føle på skam, og kan erfare stigmatisering relatert til antatt selvpåført sykdom (Bakkeland et al., 2017, s. 139).

I tillegg ser personer med kols ofte overraskende friske ut, hvilket kan svekke andres troverdighet relatert til sykdommens alvorlighetsgrad. Problemet i kombinasjon med stigmatisering, er ofte en årsak til at kolspasienter har redusert sosial omgang og isolerer seg (Bakkeland et al., 2017, s. 138).

2.3 Trygghet og mestring ved angst og utrygghet

2.3.1 Angst

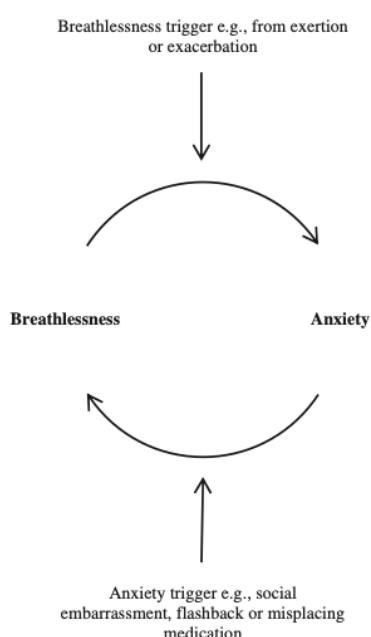
Pasienter som opplever angst beskriver det som en følelse der de er nervøse, stressede, har hjertebank, smerter i brystet og liknende. Bekymringene en person opplever med angst ledsages ofte av flere psykosomatiske symptomer, og er opplevelser og følelser som kan

oppleves truende for enkeltmennesket (Aarre, Bugge & Juklestad, 2015, s. 110). Det finnes ulike typer angstlidelser. Fokuset i denne oppgaven vil være panikkanfall og generalisert angstlidelse.

2.3.2 *Dyspne-angst-dyspne sirkelen*

Pasienter med kronisk respiratorisk svikt beskriver ofte følelsen av angstfylte tanker, bekymringer og panikk i forbindelse med forverring av tungpust (Bakkelund et al., 2017, s. 138). Dyspne-angst-dyspne sirkelen er en sirkel som illustrerer forholdet mellom dyspne og angst. Følelsen av å ikke oppfylle behovet for oksygen kan skape stress og angst, men stresset og angsten kan også føre til forverring av dyspne. Personen havner på denne måten i en ond sirkel der han eller hun blir sårbar og kan miste kontroll over situasjonen (Bakkelund et al., 2017, s.138). Sirkelen illustreres i Willgoss et al. (2012, s. 568) sin vitenskapelige artikkel, og presenteres nedenfor som figur 1.

Figur 1. Dyspne-angst-dyspne sirkelen



2.3.3 *Trygghet*

Trygghet er bevist å være et primært behov ved angst. Når man føler på trygghet kan man føle, tenke og utfolde seg uten å være redd (Stiftelsen det er mitt valg, u. å.). Psykologen Abraham Maslow beskrev trygghet som et grunnleggende behov i sin motivasjonsteori

(Helgesen, 2017, s. 154). Han vektla både den mellommenneskelige tryggheten, som innebærer tillit mellom mennesker, og den fysiske tryggheten, som omhandler menneskets trygghet omkring fysiske fare (Sundbye, 2018).

Hummelvoll beskriver tre behov sykepleiere må søke å dekke for å hjelpe mennesker med sterk angst: trygghet og sikkerhet, angstreduksjon og kunnskap om angst (2014, s. 164). Det tydeliggjøres at trygghet i første rekke innebærer å kartlegge hvor mye stress pasienten kan håndtere. At pasienten kan håndtere en begrenset mengde stress, innebærer også at den som samhandler med personen, ikke må presse han eller hun inn i situasjoner personen ikke klarer å beherske (Hummelvoll, 2014, s. 164).

Når en person erfarer angst vil personen ta i bruk forsvarsmekanismer, også omtalt som lindrende atferd, for å håndtere en ubevisst konflikt. Den lindrende atferden gjør at pasienten ikke har andre alternativer tilgjengelig. Pasienten vil derfor ha et behov for at personene som pasienten samhandler med, unngår å angripe pasientens forsvarsmekanismer, og heller forsøker å beskytte forsvaret deres (Hummelvoll, 2014, s. 138).

2.4 Lazarus og Folkmans mestringsteori

Psykologen Richard Lazarus utviklet sin teori om stress og mestring over flere tiår, delvis i samarbeid med Susan Folkman. Teorien bygger på en kognitiv, fenomenologisk og transaksjonell forståelse av den situasjonen en person befinner seg i (Kristoffersen, 2016, s. 247).

2.4.1 Stress og mestring

Innenfor den kognitive mestringsteorien kan ikke stress forstås uavhengig av personen det gjelder. Psykologisk stress er et forhold mellom personen og omgivelsene, som ut fra personens egen oppfatning tærer på eller overskrider hans ressurser, og setter hans velbefinnende i fare (Kristoffersen, 2016, s. 247). I dette samspillet er personens egen tolkning av situasjonen viktig, og den kognitive vurderingen står sentralt. Med en slik tilnærming til begrepet kognitivt stress, er det individuelt hva som oppleves som stressende (Kristoffersen, 2016, s. 247). Alle er ulike og er derfor ulikt rustet til å håndtere ulike situasjoner. Derfor har vi også varierende evne til å håndtere stress. Sett ut ifra teoriens

definisjon vil stress utløses når et individ opplever en situasjon som farlig eller truende for ens grunnleggende behov (Kristoffersen, 2016 s. 247).

Mestring betegnes i teorien som ulike typer adferd og psykiske prosesser som individet bruker for å fjerne krav som oppstår når individets ressurser settes på prøve. Vi kan se på mestring som ulike handlinger og strategier for å mestre stressituasjoner (Kristoffersen, 2016, s. 248). Når en person gjør et forsøk på å mestre stress, tar personen utgangspunkt i sin egen oppfatning av situasjonen. Dette kalles en primærvurdering. I denne delen vil indre faktorer hos personen spille en stor rolle. Det vil være avgjørende om personen oppfatter situasjonen som positiv, nøytral eller belastende. Dersom personen oppfatter en situasjon som belastende, vil det kunne oppfattes som en trussel eller utfordring, og kan føre til emosjonelle reaksjoner (Kristoffersen, 2016, s. 248).

Parallelt med primærvurderingen, vil personen foreta en sekundærvurdering.

Sekundærvurderingen omfatter en vurdering av muligheter for å håndtere den aktuelle situasjonen. Individet vil lete etter tidligere erfaringer og kunnskap for å mestre den oppståtte situasjonen (Kristoffersen, 2016, s. 249).

2.4.2 Mestringsstrategier

Lazarus og Folkman skiller mellom 2 hovedtyper mestringsstrategier:

- Problemorientert mestring
- Emosjonelt orientert mestring

Problemorientert mestring karakteriseres ved at individet har en sterk subjektiv opplevelse av muligheten til å lykkes, og anser egne evner som gode i vurderingen av om han eller hun vil håndtere situasjonen. Utøvelse av denne type mestring foregår som regel med en aktiv og direkte rettet tilnærming overfor problemet eller utfordringen (Kristoffersen, 2016, s. 249).

Valget av strategi kan være kompleks, men har en sammenheng med menneskers personlighet. For noen er det av natur å velge en aktiv og direkte strategi grunnet offensive personlighetstrekk, mens det for andre vil være mer naturlig å velge en emosjonelt orientert strategi (Kristoffersen, 2016, s. 250).

Emosjonelt orientert mestring omfatter i hovedsak strategier som sikter på å endre opplevelsen av en situasjon, fremfor å endre selve situasjonen (Kristoffersen, 2016, s. 251). Mestringsstrategien kan være helt nødvendig i situasjoner som ikke kan endres, eller der utfallet er avgjort. Strategien utøves med en mer passiv tilnærming, og omfatter blant annet benektelse, unngåelse og humor. En kan anse mestringsmetoden som en måte å flykte fra situasjonen på, hvilket også kan skape problematikk. Siden strategien ikke tar høyde for å endre på problemet, kan effekten av strategien være uhensiktsmessig (Kristoffersen, 2016, s. 251).

3.0 METODE

Ifølge Dalland (2018) er metode redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. For å samle inn den informasjonen vi trenger bruker vi metode til datasamling. Vi kan dele metode inn i to hovedkategorier. Kvantitativ metode gir oss harde data som er målbare, og tallene gir oss videre mulighet til å gjøre sammenlikninger eller utregninger. Kvalitativ metode er myke data som er opplevelser, tanker og meninger som ikke kan tallfestes eller måles (Dalland, 2018, s. 52-53).

Bacheloroppgaven vår er en litteraturstudie der vi har hentet data fra forskning, fagkunnskap og teori (Dalland, 2018, s. 207). Vi har brukt Friberg (2017) sin metode for å utarbeide en integrativ litteraturoversikt der aktuell forskningslitteratur ble analysert og systematisert. Etter å ha analysert artiklene vi ønsket å bruke i studien vår, gjorde vi en datareduksjon. Med utgangspunkt i forskningens hovedfunn kunne vi utarbeide en oversiktstabell med systematisert data. Oversiktstabellen ble utgangspunktet når vi avslutningsvis skulle finne fellestrekk og se mønstre mellom forskningen, som la grunnlaget for våre funn og svaret på vår problemstilling (Friberg, 2017, s. 150).

For å besvare problemstillingen vår har vi innhentet data fra tre kvalitative forskningsartikler. Vi ønsket å se på pasientgruppens opplevelser, tanker og meninger, som ikke lar seg måle ut fra tall og statistikk. Av den grunn vurderte vi kvalitativ tilnærming som best egnet til vår oppgave.

3.1 Litteratursøk og søkeprosess

For å sikre et bredt utvalg vitenskapelige artikler med tematisk relevans for problemstillingen vår, brukte vi søketjenesten Oria til å finne helsefaglige databaser. Søketjenesten førte oss til databasene Medline, Svemed+ og Cinahl. Søk etter forskningsartikler i Svemed+ ga mangel på relevante forskningsartikler. Vi valgte derfor å bruke utelukkende engelsk litteratur og fant alle våre utvalgte artikler i Cinahl og Medline. I startfasen var undertegnede uerfarne med å gjøre litteratursøk og brukte søkeordene «*chronic obstructive pulmonary disease AND life quality*». På aktuelt søk fikk vi 1984 resultater. Et bredt søk som gjorde det utfordrende å kartlegge hvilke artikler som var relevante til vår problemstilling. Vi måtte derfor spesifisere søkene våre i større grad.

Vi startet prosessen på nytt og brukte engelske søkeord som *chronic obstructive pulmonary disease*, *COPD*, *coping strategies*, *coping skills*, *patient experience*, *experience*, *life quality* og *anxiety*. Vi slo sammen søkeordene i ulike kombinasjoner, og fant våre utvalgte artikler med bruk av følgende kombinasjoner i Cinahl og Medline: «COPD OR chronic obstructive pulmonary disease AND coping strategies AND experience», «COPD AND patient experience AND coping strategies», «COPD OR chronic obstructive pulmonary disease AND coping strategies OR coping skills AND experience».

3.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å gjøre søkene konkrete utarbeidet vi ytterligere avgrensninger i form av inklusjons- og eksklusjonskriterier. Inklusjonskriteriene innebar fagfelleverderte artikler som var skrevet de siste ti årene (2012-2022). Basert på hensikten med oppgaven vår var det også relevant å inkludere kvalitative studier som et inklusjonskriterium. Ved å ta hensyn til følgende inklusjonskriterier og krav til oppgaven, ekskluderte vi kvantitative studier.

Vi har valgt å ikke involvere alder i inklusjons- og eksklusjonskriteriene, på grunnlag av at alder er ikke relevant for oppgaven, da vi ønsker å ta utgangspunkt i alvorlighetsgraden til sykdommen.

3.1.2 Etiske overveielser

I søkeprosessen var vi opptatt av at etiske overveielser skulle være vektlagt. Etiske overveielser innebærer at vi er bevisst på hvilke etiske utfordringer arbeidet vårt medfører (Dalland, 2018, s. 235). Når en skriver oppgave, beskriver Dalland et bevisst forhold til egen kunnskap om forskningsetikk, som et overordnet mål innen etiske overveielser (2018, s. 236). En etikk som omfatter vurdering av forskning i forhold til samfunnets normer og verdier, ivaretagelse av personvern og å sikre at de som deltar i forskning ikke blir påført skade eller unødvendige belastninger (Dalland, 2018, s. 236).

I arbeidet med utvelgelse av forskningsartikler forsikret vi oss om at alle artiklene hadde utarbeidet informasjon om etisk godkjenning, og var skrevet i samsvar med etiske retningslinjer. Samtlige av våre utvalgte studier presenterte dette i metodekapittelet.

På grunnlag av at våre vitenskapelige artikler innhenter både personlige opplysninger og helseopplysninger om deltakerne, hadde vi også et krav om at deltakernes anonymitet skulle være sikret.

3.1.3 Valg av studier

Ved valg av studier tok vi først for oss overskriftene for å vurdere relevans. Vi gikk videre frem ved å lese sammendraget til artiklene vi syntes hørtes mest relevante ut. Siste del av prosessen besto av å lese artiklene vi trodde kunne brukes til oppgaven vår. Etter utvelgelsesprosessen satt vi igjen med tre aktuelle studier for vår oppgave. Følgende studier er presentert i tabell 2.

Tabell 2. Valgte studier

Tittel/ forfattere/ årstall	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Patient coping strategies in COPD across disease severity and quality of life: a qualitative study. Brien, B. B., Lewith, G. T. & Thomas, M. 2016.	Variasjoner i erfaringer og mestringsstrategier hos KOLS-pasienter.	Denne studien hadde som hensikt å utforske og forstå variasjoner i erfaringer og mestringsstrategier hos pasienter med ulik alvorlighetsgrad av KOLS og sykdomsspesifikk livskvalitet.	Pasientperspektiv	Studien har brukt en kvalitativ tilnærming som metode. Det ble utført individuelle semi strukturerte ansikt til ansikt intervjuer. 34 informanter ble intervjuet hvorav 21 var menn og 13 var kvinner.
«Everything was spiraling out of control”: Experiences of anxiety in people with chronic obstructive pulmonary disease. Willgoss, T. G., Yohannes, A. M., Goldbart, J. & Fatoye, F. 2012.	Opplevelsene av angstsymptomer blant pasienter med stabil KOLS.	Hensikten med denne studien var å kartlegge og beskrive personer med stabil KOLS sin opplevelse med angst.	Pasientperspektiv	I denne studien ble det brukt en utforskende kvalitativ tilnærming som metode. 14 informanter ble intervjuet med ukjent antall kvinner og menn. Intervjuene ble gjort individuelt ansikt til ansikt, i pasientens hjem (n=9) eller på klinikk (n=5).

Experience of anxiety among patients with severe COPD: a qualitative, in-depth interview study. Strang, S., Ekberg-Jansson, A. & Henoch, I. 2013.	Årsaker til og konsekvensene av angst hos pasienter med alvorlig KOLS.	Hensikten med studien var å utforske alvorlig syke KOLS pasienters opplevelse av angst og deres strategier for å lindre angstfølelsen.	Pasientperspektiv	Studien har brukt en kvalitativ tilnærming som metode. 31 informanter ble intervjuet. Dette inkluderte 16 kvinner og 15 menn. Intervjuene ble gjort individuelt, ansikt til ansikt.
--	--	--	-------------------	---

3.2 Analyse

Vi startet med å analysere de ulike studiene flere ganger. Vi brukte en oversiktstabell som verktøy for å forstå sammenhengen mellom studiene og for å utføre en systematisk analyse. Ved å finne fellestrekk i artiklene kunne vi trekke linjer mellom resultatene presentert i studiene. Gjennom prosessen har vi kontinuerlig reflektert over om funnene besvarer vår problemstilling.

Ved hjelp av denne systematiske metoden har vi kommet frem til tre hovedfunn. Vi har delt et av hovedfunnene inn i underkategorier for å utdype funnet ytterligere. Funnene er presentert i tabell 3.

Tabell 3. Resultater

Hovedkategorier	Underkategorier
Å akseptere egen livssituasjon	
Mestringsstrategier for kolspasienter ved utrygghet	Effekten av en positiv tankegang Pusteøvelser og fysisk aktivitet Distraksjon og unngåelse
Sykepleierens rolle i pasientens opplevelse av mestring	

4.0 RESULTATER

4.1 Å akseptere egen livssituasjon

For å oppleve livskvalitet som pasient med langtkommen kronisk lungesykdom, var aksept av diagnosen og egen livssituasjon et gjennomgående funn i studien vår. I studiene til Strang et al. (2013) og Brien et al. (2016) presenterer de hvordan deltakerne fant livsglede i å utøve et aktivt liv og å finne hobbyer og interesser, med hensyn til sine fysiske begrensninger relatert til kolsdiagnosen. Studiene viste også at gode relasjoner med familien ga dem glede i livet. Grunnet pasientgruppens fysiske begrensninger kan mange ha vanskeligheter med å gå ut av huset. I den forbindelse nevnte flere at telefonen var viktig, fordi den gjorde det mulig å holde kontakten med sine nærmeste (Strang et al., 2013, s. 470).

For mange var kontroll en viktig faktor i prosessen å akseptere egen situasjon, og å oppleve livskvalitet. Flere av deltakerne ytret at de var bestemte på at diagnosen i minst mulig grad skulle kontrollere livet deres. I studien til Willgoss et al. (2012) poengterer de hvordan selvsnakk og fokus disponerte for kontroll. En systematisk og logisk tankeprosess erstattet hjelpeløshet og frykt med kontroll. Tankegangen fungerte som en motivasjonsfaktor for mange knyttet til å prøve å leve et tilnærmet likt liv som de hadde før de ble alvorlig syke (Brien et al., 2016).

Flere av deltakerne i studiene fortalte også at å verdsette små ting var en del av å akseptere egen livssituasjon. Små ting som å klare å stå opp om morgenen og å gå ut av sengen ga følelse av mestring og glede (Strang et al., 2013). Ved å finne nye løsninger på problemene de hadde, ble det lettere å akseptere situasjonen. En av deltakerne uttrykte følgende:

«I cannot do as much anymore; I can no longer go for a walk. But I sit by the window and look out at times. And I watch a lot of television, which I enjoy» (Strang et al., 2013, s. 470).

Flere deltakere rapportert også at hunden var blitt viktigere enn før. Hunden ga selskap, men også en forpliktelse til å jevnlig utøve lavintensitet aktivitet i form av turgåing (Strang et al., 2013, s. 470).

4.2 Mestringsstrategier for kolspasienter ved utrygghet

Gjennom studien vår ble bruk av mestringsstrategier identifisert som et felles funn for at pasientgruppen skulle oppleve trygghet, og var elementært for å besvare problemstillingen vår.

4.2.1 Effekten av en positiv tankegang

Studien vår avdekket selvsnakk og selvkontroll som en viktig mestringsstrategi i møte med utrygghet og angst for kolspasienter. Willgoss et al. (2012) beskriver i sin studie at selvsnakk hadde en viktig effekt, og var en elementær faktor for pasienten med tanke på å ha kontroll på situasjonen. En av deltakerne i studien beskrev hvordan strategien kunne utøves i praksis: “I have just got to sit down and say to myself ‘stop it.’... you have got to completely take control” (Willgoss et al., 2012, s. 566).

Å ivareta et positivt sinn, til tross for store plager, ble også beskrevet som en viktig del av selvsnakk prosessen. Ved å bevisst velge å ha et positivt utgangspunkt, kunne pasienten ivareta en rasjonell respons på sykdommen, kontra en følelsesmessig respons (Brien et al, 2016).

Noen av deltakerne fortalte at de sammenliknet seg selv og kolsdiagnosen, med andre mennesker med andre diagnoser. Tankegangen bagatelliserte deres personlige oppfatning av omfanget på egen sykdom. Resultatet ble en mer avslappet holdning til egen diagnose, og en følelse av at sykdommen hadde mindre påvirkning på deres liv, i forhold til hva andre sykdommer kunne hatt (Brien et al, 2016).

4.2.2 Pusteøvelser og fysisk aktivitet

Med en dokumentert sammenheng mellom dyspne og utrygghet som utgangspunkt, har studien vår vist at pusteøvelser var viktig for å kunne håndtere utrygghet. I flere av studiene ble det avdekket at pusteøvelser og regelmessig fysisk aktivitet var en bærebjelke for mange av studienes deltakere, i prosessen med å håndtere egen pust ved angst. Ved å stole på egne evner og strategier til å håndtere dyspne, kunne de rette alt fokus på seg selv, og utføre pusteøvelser. Med riktig tankesett og korrekt utøvelse av strategiene visste de at utryggheten ville forsvinne (Strang et al., 2013).

Pusteøvelser som leppepust, som gir et positivt ekspiratorisk trykk, og kontroll over eget pustmønster var viktig for flere av pasientene. En av deltakerne beskrev utøvelsen av pusteøvelser slik: “You just got to slow your breathing down completely... train yourself to take a deep breath in and then blow it out ... you have got to stop yourself and think “I can do it” (Willgoss et al., 2012, s. 566).

Særlig studien til Brien et al. (2016) belyste effekten av fysisk aktivitet. Studien rapporterte om fjorten deltakere, hovedsakelig i GOLD- stadium tre, som oppga at de beveget seg regelmessig. Effekten av aktivitet, i kombinasjon med pusteøvelser, gjorde at deltakerne klarte å ivareta eget velvære i større grad, samtidig som medisinavhengigheten sank betraktelig hos de aktuelle deltakerne. Tilsvarende resultat ble presentert i studien til Willgoss et al. (2012), som poengterte at fysisk aktivitet var en avgjørende påvirkningsfaktor for å håndtere egen pust for deltakerne.

4.2.3 Distraksjon og unngåelse

Et felles funn i studien vår var hyppig bruk av distraksjon og unngåelse som mestringsstrategi. Studien til Strang et al. (2013) pekte på at når tanker om døden og eksistens kom opp, så søkte deltakerne etter å finne metoder for å unngå tankene og temaet. Det oppnådde de ved å unngå å snakke om temaet, sove bort tiden eller å «le det bort». Andre så eksempelvis på tv eller leste en bok for å unngå å tenke på sykdommen (Brien et al., 2016). Noen pasienter fortalte også at de unngikk å oppsøke situasjoner som kunne trigge panikkanfall og pustebeviser. En deltaker fortalte at han synes det var flaut å havne i en angstpreget situasjon ute blant andre mennesker, og hadde derfor valgt å stoppe å sosialisere seg (Willgoss et al., 2012).

4.3 Sykepleierens rolle i pasientens opplevelse av trygghet

Et felles funn i alle våre utvalgte studier, var viktigheten av veiledning og støtte fra helsepersonell. Mange deltakere i studien til Brien et al. (2016) tydeliggjorde at de hadde et ønske om symptombedring, men uttrykte motvilje i forhold til oppstart av ytterligere medikamenter. De hadde en preferanse om økt psykologisk støtte. For denne pasientgruppen kan det kreve faglig kompetanse, hvilket helsepersonell besitter. Det underbygges i Willgoss et al. (2012) sin studie, som kartla at flere av deltakerne ble gjort oppmerksomme på utrygghet og angst i relasjon til kols, i møte med helsepersonell. I samhandling med helsepersonell kunne fagkyndige gi pasientene råd rundt det å gjenkjenne angst og utrygghet, og lære dem effektive mestringsstrategier, som opplevdes overkommelige for pasientene å gjennomføre (Willgoss et al., 2012). Flere deltakere i studien til Strang et al. (2013) kunne rapportere om god effekt av god opplæring fra helsepersonell, og tilliten de hadde til helsepersonell med tanke på riktig utførelse av både medikamentell og ikke- medikamentell behandling.

5.0 DISKUSJON

I følgende kapittel tar vi for oss diskusjon av vår metode og studiens funn, med bruk av egenvalgt teori og personlige erfaringer. Bakgrunnen for diskusjonen er ønsket om å besvare oppgavens problemstilling.

Hvordan kan pasienter med langtkommen kols oppleve økt livskvalitet og trygghet?

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Søkeprosessen

Søkeprosessen knyttet til oppgaven vår var utfordrende. I forkant av prosessen var vi uerfarne, med mangel på kunnskap om hvordan vi skulle gå frem for å foreta et godt søk. Dette resulterte i flere ukonkrete søk som villedet oss, og skapte dobbeltarbeid. Etter veiledning kom vi frem til at Cinahl, Medline og Svemed+ var databasene som var best egnet for oss. Relevansen til databasene styrkes på grunnlag av at alle er funnet i søketjenesten Oria, under kategorien «sykepleie, helsevitenskap, rus og psykisk helse» og presenterer helsefaglig forskning. Søk i totalt tre databaser har gitt oss tilgang til et bredt utvalg av forskningsartikler, og kan redusere sannsynligheten for at vi har gått glipp av relevant forskning. Det kan sees på som en styrke i arbeidet vårt.

For å lykkes med å gjøre gode søk var vi avhengig av gode søkeord og avgrensinger. I etterkant av søkeprosessen har vi reflektert rundt effekten av å utarbeide gode søkeord og avgrensinger på forhånd. Dersom vårt arbeid med denne delen av prosessen hadde vært grundigere utført, ville det vært tidsbesparende i en omfattende søkeprosess. Forbedringer av prosessen ville derimot ikke gitt oss andre artikler enn vi sitter igjen med nå.

5.1.2 Kvalitative data

Datainnsamling fra studier som presenterer kvalitative data anser vi som en styrke for oppgaven vår. Ved å erfare pasientenes egne beskrivelser av følelser og opplevelser, får vi en dypere innsikt, sammenliknet med kvantitative data som utgangspunkt. Forskningen vi har valgt bruker i stor grad sitater, hvilket underbygger teorien vår om at dataene som er dokumentert er pålitelige.

5.1.3 Studiens deltakere

Forskningsartiklene vi har valgt ut har intervjuet totalt 79 ulike personer, der majoriteten er hentet fra klinikk og rehabiliteringsklinikk (n = 45). Varigheten på intervjuene har vært på mellom 17-150 minutter. Dette har lagt til rette for at intervjueren har hatt mulighet til å innhente et bredt utvalg data, og åpnet for muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål.

Patient coping strategies in COPD across severity and quality of life: a qualitative study har intervjuet 34 informanter med ulik grad av sykdom (Brien et al., 2016). Det kommer derimot ikke frem om informantene i denne forskningsartikkelen har vært, eller er i kontakt med helsepersonell. Usikkerhetsmomentet kan ansees som en svakhet for oppgaven vår.

5.1.4 Land

Forskningens data er innhentet fra studier i Sverige og England. Ut fra det vi er kjent med er standarden på helsevesenet i de aktuelle landene relativt lik som i Norge. Vi anser det også som sannsynlig at økonomiske og kulturelle forskjeller mellom de nevnte landene, og Norge, ikke er bemerkelsesverdige med hensyn til oppgaven vår. Sykdom er ikke bare en fysisk tilstand, men har også en symbolsk betydning som i stor grad kan påvirkes av religiøs eller kulturell bakgrunn (Hanssen, 2016, s. 84). Vi tror at valg av studier som innsamler data fra informanter med relativt lik kulturell bakgrunn som nordmenn, styrker oppgaven. Ved å bruke forskning fra nærliggende land, vil dataene med stor sannsynlighet ha større relevans for vårt samfunn og helsevesen.

5.1.5 Kildekritikk

Vi har undersøkt og vurdert hver studie sine forfattere enkeltvis, for å kartlegge deres relevans og studienes validitet. Gjennomgangen viste at samtlige forfattere har PhD- eller MSc- grad, i tillegg til helsefaglig bakgrunn.

Alle studiene vi har valgt ut er publisert på engelsk. Med et ønske om å sikre felles forståelse av innholdet, valgte vi å delvis oversette studiene til norsk. Vi er innforstått med at oversettelse av artiklene medfører en risiko for feiltolkning eller misforståelse av det som formidles. Vi anser derimot sjansen for betydelige feiltolkninger som liten. Vi har oversatt studiene individuelt og fått like resultater. Med god engelskspråklig kunnskap i bunn, og like resultater ved oversettelse, har vi ikke vurdert ytterligere veiledning som nødvendig.

Vi har valgt å avgrense publiseringstidsrommet fra år 2012 til 2022. Bakgrunnen for avgrensningen er kravet vårt til relevans og aktualitet for oppgaven vår. Likevel har avgrensningen med stor sannsynlighet utelukket studier som kunne vært brukbare, på grunnlag av at problemstillingen vår er vel så aktuell i dag, som for over ti år siden. Som en følge av hensikten vår har vi også avgrenset søket til kvalitative studier. Avgrensningen utelukker studier som kunne blitt anvendt i studien vår, men vi ser det som av liten betydning, med tanke på hva vi ønsker å kartlegge i oppgaven.

Studiene vi har valgt ut har ulikt fokus. Studien til Strang et al. (2013) og Willgoss et al. (2012) fokuserer hovedsakelig på opplevelsen av utrygghet ved kols. Studien til Brien et al. (2016) skiller seg ut, da den i hovedsak har fokus på mestring ved opplevelse av utrygghet hos kolspasienter. Årsaken til ulikt fokus i de ulike artiklene, er at vi fant det utfordrende å finne artikler som inkluderte både opplevelsen av utrygghet og mestringsstrategier. En nevneverdig svakhet er at studien til Willgoss et al. (2012) primært vektlegger årsaker og konsekvenser til utrygghet. Vi anser likevel studien som relevant da den belyser viktige redskaper kolspasientene kan bruke for å oppleve trygghet og livskvalitet.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Betydningen av å akseptere egen livssituasjon som syk

Å akseptere sykdom er utfordrende, og krever mot. Travelbee beskriver fenomenet som sjeldent. Hun uttrykker at den som er i stand til å vise akseptasjon overfor egen sykdom, er i stand til å motta den, uten en opplevelse av å være utsatt for urettferdighet (2001, s. 253).

Våre personlige erfaringer og bakgrunnskunnskap samsvarer i stor grad med Travelbee sin teori. At dette var et gjennomgående funn i studien vår, kom derfor noe overraskende på oss. Gjennom praksisperioder og klinisk arbeid har majoriteten av opparbeidet erfaring vært preget av pasienter som har problemer med å forstå hvorfor akkurat de ble syke, eller hva de har gjort for å fortjene å havne i situasjonen de befinner seg i. Etter felles refleksjon klarte vi likevel å gjøre oss opp noen tanker om hvorfor dette var et hovedfunn. Kols som kronisk sykdom vil gradvis forverre seg, og kontinuerlig skape nye utfordringer for mennesket som er rammet. Tilpasningsevne og aksept vil være viktige kvaliteter for pasientgruppen, for å kunne oppleve livskvalitet. Strang et al. (2013) beskriver i sin studie at mange av studiens deltakere hadde evaluert livene sine etter at de ble alvorlig syke, og satte mer pris på de små tingene i

livet etter sykdommen, sammenlignet med før. Gjennom en slik prosess vil fokuset til pasienten minimeres, og ting som før var ubetydelige vil med stor sannsynlighet bli mer betydningsfulle. Betydningen av aksept belyses også av en deltaker i studien til Brien et al.: «For me it's acceptance. It's not the cough. It's not anything. It's accepting, and accepting and moving on from it...» (2016, s. 5).

Et sekundærfunn til aksept av egen livssituasjon, var rollen sosiale relasjoner spilte for pasientgruppen. Gode relasjoner til barn, barnebarn og venner var viktig for mange deltakere i studien. Deltakere i flere av studiene uttrykte at de opplevde økt grad av livskvalitet i tilknytning til samhandling med andre, enten gjennom fysiske møter eller mobilbruk. Et felles funn i alle studiene vi har brukt i oppgaven vår, var at deltakerne deltok på aktiviteter som svømming, samtalegrupper, turgåing og yoga med ønske om å fremme bedring (Strang et al., 2013, Willgoss et al., 2012 & Brien et al., 2016). Det beskrives ikke direkte i alle tilfellene at aktiviteten foregikk i samhandling med andre, men vi tolker denne type aktiviteter som arenaer som disponerer for sosialisering. Med utgangspunkt i den antakelsen ser vi en klar tendens til at livskvaliteten øker ved samhandling med andre. Forskning viser at sosial støtte og sosial deltakelse har en gunstig effekt på mestring og livskvalitet (Helgesen, 2016, s. 142). Å ivareta eller skape nye sosiale relasjoner når en blir alvorlig syk som kolspasient, kan derfor ansees som viktig for å oppnå en opplevelse av livskvalitet. I forskriften om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene i kommunene er «mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet» beskrevet som et grunnleggende behov for brukere av pleie- og helsetjenester (Helgesen, 2016, s. 143). Forskriften belyser viktigheten av sosial kontakt, ved å fremheve det som et grunnleggende behov for mennesker som har et ekstra pleie- og omsorgsbehov.

Likevel poengterer Travelbee (2001, s. 253) at å være i stand til å akseptere sin sykdom, ikke er synonymt med å være immun mot angst og frykt. I kontrast av fordelene, opplevde også noen ulemper med sosial omgang. Flere av studiene kartla at i forbindelse med sosialisering i det offentlige, var flere deltakere bekymret for konsekvenser forårsaket av sosial deltakelse. De uttrykte frykt for panikkanfall og pustebesvær, noe de beskriver som sjenerende og skamfullt (Willgoss et al., 2012). Økt frykt kan gi økt sannsynlighet for sosial isolasjon, som en følge av at sosial omgang blir en trigger for uønskede reaksjoner. Det kan tenkes at sosial isolasjon og angstfølelsen kan disponere for redusert livskvalitet, hvilket er uønsket for pasientgruppen.

At alle er forskjellige, og derfor rustet til å håndtere situasjoner ulikt, vektlegges i Lazarus og Folkman sin teori. Det kan være en forklaring på hvorfor de samme bevisste valgene har ulik effekt på forskjellige mennesker, og kan også forklare hvorfor pasienter med samme problematikk opplever livskvalitet i ulik grad.

5.2.2 Viktigheten av mestringsstrategier

Et viktig funn i studien vår var bruken av mestringsstrategier og effekten av disse blant den aktuelle pasientgruppen. Som forventet ble mestringsstrategier anvendt av majoriteten, men graden av effekt og kvaliteten var ukjent for oss på forhånd. Studien vår viste at ca. halvparten av deltakerne i studien til Brien et al. (2016) hadde behov for mer ikke- medikamentell behandling. Vi anser funnet som interessant på grunnlag av at vi i forkant av prosessen hadde gjort oss opp en antakelse om at pasientgruppen i hovedsak ønsket symptomatisk, medikamentell behandling.

Et av funnene i studien vår var den gode effekten av å ivareta et positivt sinn i form av selvsnakk og bevisste valg. Mestringsstrategien var en essensiell faktor for flere av deltakerne for å lykkes med å håndtere angstfølelse og utrygghet. Willgoss et al. (2012) beskriver at ved bruk av selvsnakk og bevissthet rundt tidligere reaksjoner, klarte flere pasienter å vurdere den reelle faren i forskjellige situasjoner. Viktigheten og den positive effekten av strategien var gjennomgående i studien vår. I kontrast av det har vi likevel forståelse for hvor vanskelig det kan være å opparbeide et positivt sinn, og bryte den onde sirkelen som oppstår når tungpusten øker og tankene strømmer på. Dyspne-angst-dyspne sirkelen illustrerer dette forholdet på en god måte, og vektlegger hvordan de somatiske og psykiske symptomene henger sammen (Bakkeland et al., 2017 s.138). For at pasientene skal oppleve trygghet når han eller hun erfarer angst eller utrygghet, tenker vi det vil være viktig at pasienten bryter ut av påvirkningsmønsteret som skaper negative konsekvenser for pasienten. Dersom pasienten klarer å skape endring i personlig oppfatning av ting som trigger dyspne og angstfølelse, tror vi at partene vil ha mindre påvirkning på hverandre, sammenlignet med det som er illustrert i dyspne-angst-dyspne sirkelen.

Gjennom studien vår kartla vi også fysisk aktivitet og pusteøvelser som en effektiv mestringsstrategi for pasientgruppen. Med pusteøvelser som redskap i møte med angstfølelsen oppga flere deltakere at medisinerbruken var redusert, hvilket kan indikere at kontroll skaper trygghet. I studien til Willgoss et al. (2012) beskrives det at å eksponere seg for dyspne

gjennom trening var effektivt mot målet om å redusere angst relatert til dyspne. En tenkelig årsak kan være at pasientene gjennom trening og erfaring vil ha bedre kjennskap til egen kropp, og dermed vite hvor personlige grenser går. Fra egne erfaringer i praksis har vi sett at pasienter som kjenner kroppen sin godt, i større grad tør å leve et mer sosialt liv, på grunnlag av at de kan gjenkjenne og avverge dyspne i relasjon til angst og utrygghet.

Funnene i vår studie pekte også på distraksjon og unngåelse som en hyppig anvendt mestringsstrategi. I forbindelse med kronisk sykdom kan tanker og samtaler om døden med stor sannsynlighet dukke opp hos de fleste. Det kan oppleves både skremmende og ubehagelig. Å aktivt ta et valg om å distrahere seg selv, og unngå temaer og situasjoner som kan være en trigger for angstfølelse, ser vi derfor er en naturlig atferd for mange jf. 2.4.2. Å sove bort tankene eller lese bok for å unngå å tenke på sykdommen er eksempler på slik atferd, som deltakerne deler i flere av våre utvalgte studier (Strang et al., 2013 & Brien et al., 2016). Å klamre seg til håpet tror vi for mange være vil være en naturlig del av unngåelsesprosessen, som et resultat av at håp hjelper mennesker til å mestre og holde ut i belastende livssituasjoner (Kristoffersen & Breivne, 2016, s. 210). Håp om en endring eller håp om bedring, som kan gjøre det lettere å utøve en begrenset hverdag. Med utgangspunkt i at håp kan ses på som en kontrast til syke menneskers møte med frykt, anser vi unngåelse som en naturlig atferds respons på vanskelige temaer, slik som kronisk sykdom. Konsekvensen ved bruk av unngåelse, er at vi gjennom studien kartla at mestringsstrategien for mange også ble brukt fysisk, i form av unngåelse av konkrete situasjoner. Et sekundærfunn til unngåelse som mestringsstrategi, var isolasjon. Frykten for å erfare utrygghet og angst i offentligheten, ble en begrensning for mange. Deltakere i studien til Willgoss et al. (2012) og Brien et al. (2016) uttrykte at de unngikk sosiale interaksjoner og aktivitet for å begrense dyspne og opplevelsen av ubehagelige situasjoner.

Ved sammenligning av effekten til de to foregående funnene, kartla vi at skillet og variasjonen er stor. Variasjonen kan i stor grad forklares med utgangspunkt i Lazarus og Folkman sin mestringsteori. Teorien skiller mellom to kategorier mestring. Problemorientert mestring innebærer en aktiv og direkte rettet tilnærming, i kombinasjon med følelsesmessig bearbeiding av problematiske situasjoner som ikke kan forandres (Kristoffersen, 2016, s. 249). Det kan trekkes flere paralleller mellom utøvelse av pusteøvelser og fysisk aktivitet, og den aktuelle mestringsmetoden. Ved å lære seg pusteøvelser og drive fysisk aktivitet, tar personen initiativ til å forandre situasjonen, eller prøve å forhindre at problemet skal

gjenoppstå (Kristoffersen, 2016, s. 250). Med utgangspunkt i teoriens beskrivelse av primær- og sekundærvurdering jf. 2.4.1, kan det tenkes at deltakerne som valgte denne formen mestringsstrategi, har en mer offensiv personlighet, hvilket kan forklare hvorfor strategien ikke er utelukkende effektiv for alle deltakerne.

Motparten til problemorientert mestring, beskriver Lazarus og Folkman som følelsesorientert mestring. Denne typen mestring omfatter i hovedsak strategier som endrer egen opplevelse av situasjonen, fremfor å endre selve situasjonen (Kristoffersen, 2016, s. 251). Vi tolker det som at mestringsmetoden har som hensikt å begrense ubehagelige følelser, men den vil ikke nødvendigvis løse problemet. Av den grunn kan strategien frembringe nye utfordringer. Dersom kolspasienten isolerer seg for å unngå en situasjon personen anser som truende, vil den aktuelle situasjonen mestres, men isolasjonen kan skape ytterligere utfordringer. I litteraturen beskrives det blant annet at isolasjon kan være en primærårsak til angst (Hummelvoll, 2014, s. 286). Satt på spissen vil mestringsstrategien brukt i møte med utrygghet som alvorlig syk kolspasient, kunne skape ytterligere angstfølelse, kontra trygghet. Med utgangspunkt i Lazarus og Folkman sin beskrivelse av primær- og sekundærvurderinger, vil primærvurderingen til pasienter som utøver unngåelse og distraksjon som mestringsstrategi, med stor sannsynlighet preges av indre faktorer som frykt og redsel. Disse faktorene vil disponere for en belastende oppfatning av situasjonen for den aktuelle personen. Dernest vil sekundærvurderingen preges av personens negative oppfatning av situasjonen, når han eller hun skal ta en vurdering på om de er i stand til å håndtere den aktuelle situasjonen eller ikke.

5.2.3 Effekten av samhandling med helsepersonell

Gjennom studien vår har vi kartlagt at helsepersonell og sykepleiere har en viktig rolle for den aktuelle pasientgruppen sin opplevelse av trygghet. Deltakerne i studien til Willgoss et al. (2016) fremhevet den viktige rollen helsepersonell spiller i identifisering og håndtering av angst hos personer med kols. Med fagkunnskap, erfaring og autorisasjon blir helsepersonell en kilde til kunnskap i møte med pasienten. Kunnskap om sykdom, kunnskap om å gjenkjenne symptomer og kunnskap om hvordan å håndtere symptomene. I den forbindelse kan helsepersonell ha en sentral rolle i utviklingen av mestringsstrategier, for å håndtere dyspne og angst, sett ut ifra Lazarus og Folkman sin teori. Ved at pasienten i samhandling med helsepersonell får god informasjon og forholder seg direkte til situasjonen, vil han eller hun sannsynligvis oppleve problemorientert mestring. Vi tror denne mestringsmetoden vil

være mest hensiktsmessig for pasientgruppen i møte med utrygghet, da vi tenker at denne tilnærmingen i størst grad disponerer for økt livskvalitet.

Akronymet MAKVIS representerer seks sentrale undervisningsprinsipper sykepleiere bør bruke i møte med en pasient. Et av prinsippene er individualisering, som innebærer at undervisning må planlegges ut fra målgruppens situasjon, og ta utgangspunkt i individuelle behov og forutsetninger (Kristoffersen, 2016, s. 378). Gjennom praksis har vi lært at pasientens innsikt i egen sykdom er en variasjonsfaktor som spiller stor rolle i tilegnelsen av kunnskap. Pasienten er derfor avhengig av at helsepersonell tar høyde for personens individuelle påvirkningsfaktorer, i søket etter opplevelse av trygghet. Fra et sykepleieperspektiv kan det være utfordrende å imøtekomme alle individuelle behov, hos hver enkelt pasient. Dette kan oppleves som en utfordring for pasienten i samhandling med helsepersonellet, og kan gjøre det vanskeligere å oppnå helsepersonellet og pasienten sitt felles mål.

For at mottakelse av informasjon og tilegnelse av kunnskap skal foregå optimalt for pasienten, tror vi relasjonen mellom pasient og sykepleier spiller en sentral rolle. I studien til Strang et al. (2013) beskriver noen av deltakerne at når de opplevde angst som følge av dyspne, var de avhengige av å stole på helsevesenet. Tillit som fenomen krever, basert på egne erfaringer, tid og tålmodighet, samtidig som relasjonen mellom partene er viktig. Vår aktuelle pasientgruppe befinner seg i en sårbar situasjon. Det første møte i relasjonsbyggingen er derfor svært viktig. For å redusere pasientens sårbarhet og tenne håp om hjelp, skape åpenhet, forventninger og motivasjon for en læreprosess, er det viktig å bekrefte pasienten og vise anerkjennelse (Brataas & Evensen, 2019, s. 81). Forskning viser at helsepersonell sin tydelige relasjonsbygging kan skape tillit og virke motiverende (Brataas & Evensen, 2019, s. 81). Dersom motivasjonen til pasienten øker som et resultat av en god relasjon mellom helsepersonell, kan det antas at livskvalitet og trygghet vil stige proporsjonalt med motivasjonen, og angsten vil stagnere i samme takt. En pasient med stor motivasjon vil sannsynligvis ha et stort driv til å ville mestre ulike situasjoner, og dersom situasjonene mestres, vil det være logisk at utryggheten reduseres.

6.0 KONKLUSJON

I denne litteraturstudien har vi forsøkt å finne ut hva pasienter med langtkommen kols kan gjøre for å oppleve økt livskvalitet og trygghet. Studien har kartlagt tre hovedfunn.

Studien vår har vist at aksept av egen livssituasjon er viktig for at pasientgruppen skal oppleve livskvalitet. Aksept bidrar til kontroll, hvilket har vist seg å være viktig for pasientene for å kunne utfolde seg. Sammen med aksept har studien vår vist at mestringsstrategier spiller en viktig rolle i pasientgruppens opplevelse av trygghet. Med innlærte og bevisste metoder for å håndtere utrygghet, klarer pasientene å avverge ubehag i større grad og opplever økt velvære. Studien vår har også kartlagt at helsepersonell har en viktig rolle i pasientens opplevelse av livskvalitet og trygghet. Når helsepersonell og sykepleiere veileder og lærer bort, bygges et grunnlag for økt utøvelse av problemorientert mestring blant pasientgruppen.

Funnene i studien vår har likevel belyst at opplevelse av sykdommen og dens konsekvenser er subjektivt, hvilket gjør at det er variasjon i hvordan ulike pasienter opplever trygghet, gjennom bruk av samme mestringsstrategier. Det som fungerer trygghetsskapende for en person, vil ikke nødvendigvis ha samme effekt hos en annen.

6.1 Anvendelse i praksis

Gjennom denne oppgaven har vi lært hvordan pasienter med langtkommen kols kan oppleve trygghet og erfare livskvalitet, som et resultat av at de klarer å håndtere angst og utrygghet. For oss er det viktig at sykepleiere har god kunnskap om hvordan de kan tilrettelegge for at pasientene skal erfare disse følelsene. Nedenfor presenterer vi noen konkrete tiltak vi anser som gjennomførbare for sykepleieren, i møte med pasientgruppen.

For å ivareta pasientens opplevelse av livskvalitet anser vi det som essensielt at sykepleier er bevisst på å imøtekomme pasientenes individuelle behov. Konkrete tiltak kan være å vise tilgjengelighet ved hyppige tilsyn eller å tilstrebe små ting som gir mening for pasienten. En viktig faktor vil være å tilrettelegge for ivaretagelse av sosiale relasjoner for pasienten, eksempelvis ved å sikre telefontilgang. Tiltakene tenker vi er gjennomførbare uavhengig om sykepleieren møter pasienten i primær- eller sekundærhelsetjenesten.

Et annet viktig tiltak i utøvelsen av sykepleiepraksis vil være å fremme mestringsstrategier, og tilrettelegge for problemorientert mestring. Det vil gjøre pasientene bevisste på hvordan de

kan avverge eller få kontroll på angstfølelsen eller utrygghet. Hovedsakelig tenker vi at det vil være mest hensiktsmessig at dette foregår gjennom pasientundervisning, enten i grupper eller individuelt. Her må vi poengtere viktigheten av at sykepleieren legger til rette for et trygt miljø, slik at læreforutsetningene til pasienten optimaliseres.

Vi har gjennom egen praksis erfart at det er begrenset kunnskap om temaet blant sykepleiere. Pasientgruppen har stor utbredelse, hvilket øker sannsynligheten for å møte pasientene i både primær- og sekundærhelsetjenesten. At flere deltakere i studien til Brien et al. (2016) uttrykker et ønske om mer ikke- medikamentell behandling, indikerer viktigheten av å belyse temaet, og behovet for økt kunnskap om pasientgruppen blant helsepersonell. Gruppeundervisning på arbeidsplassen tenker vi kan fungere godt som et tiltak for å sikre oppdatert kunnskap, og viktigst av alt: god pasienthåndtering.

LITTERATUR

Aarre, T. F., Bugge, P. & Juklestad S. I (2015). *Psykiatri for helsefag* (1. utg.).

Fagbokforlaget.

Astma- og allergiforbundet. (2020, 17. november). Fakta om KOLS.

<https://www.naaf.no/fokusomrader/kols/fakta-om-kols/>

Bakkeland, J., Thorsen B. H., Almås, H., Sorknæs A. D. & Grønseth, R. (2017). Sykepleie ved lungesykdommer. I D.- G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utgave, bind 1, s. 117-180). Gyldendal Akademisk.

Brataas, H. V. & Evensen. A. E. (2019). Modell for pasientundervisning. I H. V. Brataas, A. E. Evensen & K. Ingestad (Red.), *Pedagogisk praksis i sykepleie* (1. utg., s. 73-93). Gyldendal.

Brien, S. B., Lewith, G. T., & Thomas, M. (2016). Patient coping strategies in COPD across disease severity and quality of life: a qualitative study. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine*, 26, 16051. <https://doi.org/10.1038/npjpcrm.2016.51>

Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.

Friberg, F. (2018). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg., s. 141-151). Studentlitteratur.

Grundt, H. & Mjell, J. (2017). Sykdommer i respirasjonsorganene. I S. Ørn & E. Bach-Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 217-250). Gyldendal Akademisk.

Hage, A. M. (2016, 10. oktober). *Sykepleiens særegne funksjon - del 1*. Sykepleien.

<https://sykepleien.no/blogg/2016/10/sykepleiens-saeregne-funksjon-del-1>

- Han, M. K., Dransfield, M. T. & Martinez, F. J. (2021, 16. november). UpToDate. Hentet 23. mars 2022 fra https://www.uptodate.com/contents/chronic-obstructive-pulmonary-disease-definition-clinical-manifestations-diagnosis-and-staging?search=copd&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H6
- Hanssen, I. (2016). Sykepleie i et flerkulturelt samfunn. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.- A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 81-100). Gyldendal Akademisk.
- Helgesen, A. K. (2016). Sosial kontakt. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.- A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 141-168). Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet (2012). Nasjonal faglig retningslinje for diagnostisering og behandling av kronisk obstruktiv lungesykdom (kols). (Veileder IS-2029). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kols#referere>
- Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt- ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.- A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 237-286). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling: en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.- A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 15-80). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Å styrke pasientens ressurser: sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.- A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 349-406). Gyldendal Akademisk.

- Kristoffersen, N. J. & Breievne, G. (2016). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.- A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., bind 3, s. 187-236). Gyldendal Akademisk.
- Nes, R. B., Røysamb, E., Eilertsen, M. G., Hansen, T. & Nilsen, T. S. (2021, 17. desember). *Livskvalitet i Norge*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/>
- Nordtvedt, P. (2021). *Omtanke: Innføring i sykepleieetikk* (3. utg.). Gyldendal.
- Nordtvedt, P & Grønseth, R. (2017). Klinisk sykepleie: funksjon, ansvar og kompetanse. I D.- G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., bind 1, s. 17-37). Gyldendal Akademisk.
- Schwartzstein, R. M. (2021, 22. mars). UpToDate. Hentet 24. mars fra
https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-dyspnea?search=dyspnea&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Strang, S., Ekberg-Jansson, A., & Hensch, I. (2014). Experience of anxiety among patients with severe COPD: A qualitative, in-depth interview study. *Palliative & Supportive Care*, 12(6), 465–472. <https://doi.org/10.1017/S1478951513000369>
- Stiftelsen det er mitt valg. (u. å.). *Psykisk helserettighet #5: Følelsen av trygghet*. Hentet 23. mars 2022 fra <https://www.determinnvalg.no/nyheter/psykisk-helserettighet-5-folelsen-av-trygghet>
- Sundbye, L. M. T. (2016, 16. november). *Maslows motivasjonsteori*. Nasjonal digital læringsarena. <https://ndla.no/nb/subject:1:433559e2-5bf4-4ba1-a592-24fa4057ec01/topic:2:183192/topic:2:102949/resource:1:75310>
- Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg.). Gyldendal Akademisk.

Willgoss, T. G., Yohannes, A. M., Goldbart, J., & Fatoye, F. (2012). “Everything was spiraling out of control”: Experiences of anxiety in people with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart & Lung*, 41(6), 562–571.

<https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2012.07.003>

VEDLEGG**Vedlegg 1: Søkelogg**

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
14.03.22	Cinahl	Chronic obstructive pulmonary disease AND life quality	År: 2012 – 2022 Peer reviewed Qualitative	1984	20	3	0
16.03.22	Cinahl	Chronical obstructive pulmonary disease or COPD AND coping strategies AND experience	År: 2012 – 2022 Peer reviewed Qualitative	6	6	3	1
16.03.22	Cinahl	COPD AND patient experience AND coping strategies	År: 2012 – 2022 Peer reviewed Qualitative	7	5	4	1
16.03.22	SvedMed+	Copd AND coping skills AND patient experience	År: 2012 – 2022 Peer Reviewed	1	1	1	0
16.03.22	SveMed+	Copd AND anxiety	År: 2012 – 2022 Peer Reviewed	6	4	2	0
16.03.22	Medline	COPD or chronical obstructive pulmonary disease AND anxiety AND patient experience	År: 2012 – 2022 Peer reviewed Qualitative	66	9	7	0
17.03.22	Medline	COPD or chronical obstructive pulmonary disease AND coping strategies or coping skills AND experience	År: 2012 – 2022 Peer reviewed Qualitative	16	6	2	1

Vedlegg 2: Litteratormatrise

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel- tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/ pasient/ pårørende)	Metode og analyse	Hovedfunn/ resultater
Sarah B. Brien, George T. Lewith & Mike Thomas. 2016. NPJ primary care respiratory medicine. England.	Patient coping strategies in COPD across disease severity and quality of life: a qualitative study.	Denne studien hadde som hensikt å utforske og forstå variasjoner i erfaringer og mestringsstrategier hos pasienter med ulik alvorlighetsgrad av KOLS og sykdoms-spesifikk livskvalitet.	Pasient perspektiv	Studien har brukt en kvalitativ tilnærming som metode. Det ble utført individuelle semi strukturerede ansikt til ansikt intervjuer. 34 informanter ble intervjuet hvorav 21 var menn og 13 var kvinner.	Intervjuene avdekker fire hovedtemaer: symptompåvirkning, mestringsstrategier, mestringsutfordringer og støttebehov. De fleste av informantene beskrev bruk av flere mestringsstrategier, men over halvparten rapporterte betydelige utfordringer med å takle KOLS. Dette inkluderte psykologisk påvirkning, manglende aksept av diagnose og sykdomsprogresjon, effekter av tilleggs sykdommer og utilstrekkelige mestringsstrategier. Vi fant denne studien relevant for vår oppgave da den beskriver mestringsstrategier for pasienter med KOLS, og belyser effekten av dem.

<p>Thomas G. Willgoss, Abebaw M. Yohanne, Julie Goldbart & Francis Fatoye. 2012. Heart & Lung. England.</p>	<p>«Everything was spiraling out of control”: Experiences of anxiety in people with chronic obstructive pulmonary disease.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å kartlegge og beskrive personer med stabil KOLS sin opplevelse med angst.</p>	<p>Pasient perspektiv</p>	<p>I denne studien ble det brukt en utforskende kvalitativ tilnærming som metode. 14 informanter ble intervjuet med ukjent antall kvinner og menn. Intervjuene ble gjort individuelt ansikt til ansikt, i pasientens hjem (n=9) eller på klinikk (n=5).</p>	<p>Studien kunne avdekke at flere KOLS- pasienter hadde opplevd intense tanker om frykt, håpløshet og forvirring, som var knyttet til angst og panikkanfall. Mestringsstrategier var viktige for å håndtere følelsene, og særlig mestringsstrategier der pasienten snakket positivt til seg selv fungerte godt.</p> <p>Vi fant denne studien relevant på bakgrunn av at den tar for seg følelsen av å leve med KOLS fra et pasientperspektiv.</p>
<p>Susann Strang, Ann Ekberg-Jansson & Ingela Henoch. 2013. Palliative & supportive care. Sverige.</p>	<p>Experience of anxiety among patients with severe COPD: a qualitative, in-depth interview study.</p>	<p>Hensikten med studien var å utforske alvorlig syke KOLS pasienters opplevelse av angst og deres strategier for å lindre angstfølelsen.</p>	<p>Pasient perspektiv</p>	<p>Studien har brukt en kvalitativ tilnærming som metode. 31 informanter ble intervjuet. Dette inkluderte 16 kvinner og 15 menn. Intervjuene ble gjort individuelt ansikt til ansikt.</p>	<p>Funn i studien viste at de fleste pasientene som deltok i studien, hadde opplevd angst forbundet til KOLS. Dødsangst, livsangst og motvektorer til angst ble trukket frem som tre hovedtemaer.</p> <p>Studien er relevant til vår oppgave da den vektlegger hvordan pasienter med KOLS har opplevd utrygghet og hvordan de kan håndtere den.</p>