

Kandidatnummer: 1500

BSYBAC

Det helsevitenskapelige fakultet

Kandidatnummer: 1500



**Universitetet
i Stavanger**

Hvordan kan sykepleieren bidra til å lindre uro og psykologiske utfordringer knyttet til KOLS-forverring?

Bachelor i Sykepleie

[Universitet i Stavanger, 01.11.2023]

Sammendrag

Bakgrunn: Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er en alvorlig sykdom i Norge, hvor pasienter ofte opplever psykologiske utfordringer som angst og isolasjon. Til tross for sykdommens alvor gir ikke behandlingstilbudet tilstrekkelig helhetlig omsorg.

Hensikt: Oppgavens hensikt er å belyse psykologiske utfordringer ved KOLS-forverring og utforske tiltak sykepleiere kan iverksette for å lindre disse.

Metode: Integrativ litteraturstudie.

Resultater: Funnene viser at pasientene har behov for informasjon. Når dette behovet dekkes, kan det styrke pasientenes mestringsstrategier og bidra til å bygge tillit til sykepleier.

Sykepleier-pasient relasjonen er sentral for at pasienten åpner seg opp og forteller om sine utfordringer, slik at sykepleier kan adressere dem. Pasientgruppen har flere behov der tverrfaglig samarbeid kan bidra til å dekke disse. Indikasjoner viser at lungerehabilitering er det beste tilbudet som tilbys pasientgruppen, men at kommunene i stor grad ikke har tilstrekkelig tilbud.

Nøkkelord: Uro, psykologiske utfordringer, KOLS, KOLS-forverring

Innhold

Sammendrag	2
Innledning	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Presentasjon av problemstilling	6
1.3 Begrepsavklaring	6
1.4 Hensikt med oppgaven	7
2. Teorikapittel	7
2.1 KOLS og KOLS-forverring:	7
2.2 Dyspne: En ond sirkel av pustebesvær	8
2.3 Kari Martinsens omsorgsteori	8
2.3.1 Menneskesynet og kollektivistisk perspektiv	8
2.3.2 Tillit og etiske overveielser i omsorg	9
2.3.3 Omsorgens tre dimensjoner	9
2.4 Stressmestring i lys av Lazarus' teori	9
2.4.1 Stressfaktorer ved alvorlig sykdom	9
2.4.2 Lazarus' forståelse av stress og mestring	9
2.4.3 Problemorientert mestring	10
2.4.4 Emosjonelt orientert mestring	10
2.4.5 Faktorer som påvirker stressmestring	10
2.5 Kognitiv adferdsterapi	11
2.6 Lungerehabilitering	12
2.7 Helseloven	12
3. METODEKAPITTEL	12
3.1 Valg av metode	12
3.1.1 Integrativ litteraturoversikt	12
3.1.2 Kvalitativ og kvantitativ forskning	13
3.2 Valg av databaser	13
3.3 Valg av litteratursøk teknikk	13
3.4 Valg av søkeord	14
3.5 Utvalgte artikler	15
4. Resultatkapittel	15
4.1 Behovet for informasjon	16
4.1.2 Forståelse for sykdommen	16
4.1.3 Proaktiv kommunikasjon	16

4.2 Sykepleier-pasient relasjonen.....	16
4.2.1 Interaksjon med omsorgspersoner.....	16
4.2.2 Betydningen av kjent personell.....	17
4.2.3 Opplevelsen av pleie.....	17
4.2.4 Holdninger blant helsepersonell.....	17
4.3 Pasientens mestringsstrategier.....	17
4.3.1 Motvekt til angst.....	17
4.3.2 Bekymringer for fremtiden.....	17
4.4 Psykologiske vansker: Bekymringer, angst og sosiale konsekvenser.....	18
4.4.1 Emosjonell belastning.....	18
4.4.2 Sosial isolasjon.....	18
4.4.3 Dødsangst.....	18
4.4.4 Håpløshet.....	18
4.4.5 Usikkerhet og frykt for fremtiden.....	18
4.4.6 Frykt for å bli en byrde.....	19
4.4.7 Psykologisk og åndelig nød.....	19
4.5 Fysiske begrensninger og dyspné.....	19
4.5.1 Fysiske begrensninger.....	19
4.5.2 Følelse av tap og frustrasjon.....	19
4.5.3 Symptomer.....	20
5. Diskusjonskapittel.....	20
5.1 Metodediskusjon.....	20
5.1.1 Valg av artikler.....	20
5.1.2 Arena for studiene.....	21
5.1.3 Forskernes bakgrunn.....	21
5.1.4 Studienes deltakere.....	22
5.2 Resultatdiskusjon.....	23
5.2.1 Behovet for informasjon.....	23
5.2.2 Sykepleier-pasient relasjonen.....	24
5.2.3 Egne mestringsstrategier.....	25
5.2.4 Psykologiske vansker.....	25
5.2.5 Fysisk begrensning.....	27
5.2.6 Konklusjon.....	28
6. Anvendelse i praksis.....	29
6.1 Forslag for å bedre praksis for sykepleiere.....	29
6.2 Områder som kan kreve ytterligere forskning.....	30

Kilder	31
Vedlegg.....	34
Vedlegg 1.....	35
Vedlegg 2.....	36

Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) representerer en av de mest fremtredende og alvorlige sykdommene vi står overfor i Norge. Pasienter med KOLS-forverring opplever en rekke psykologiske utfordringer, som angst, depresjon og følelse av isolasjon (Nystad, 2022). Behandlingstilbudet til lungesyke har blitt politisk nedprioritert i en langt større grad enn det forekomsten og sykdommens alvorlighetsgrad skulle tilsi (Jahren/Nasjonalt kolsråd, 2019, s. 4).

Min interesse for dette temaet stammer fra faglige erfaringer jeg har samlet gjennom praksis og jobb som sykepleierstudent. Jeg har møtt pasienter med KOLS og har vært vitne til deres utfordringer. Disse møtene har fått meg til å innse viktigheten av adekvat omsorg for denne pasientgruppen og har drevet meg til å dykke dypere inn i litteraturen for å bedre forstå deres behov.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Pasienter med KOLS har et helhetlig omsorgsbehov. Adressering av dette kan øke livskvaliteten. Oppgaven, med et ordtak på 8000, fokuserer på ikke-medikamentelle tiltak ved KOLS-forverring, ekskluderer pårørendes ressursverdi, samt søvn- og ernæringsbehov selv det er kjent at disse har innvirkning på psykisk helse. Målet er å gi sykepleiere verktøy for helhetlig omsorg til KOLS-pasienter. Problemstillingen er *Hvordan kan sykepleieren lindre uro og psykologiske utfordringer ved KOLS-forverring?*

1.3 Begrepsavklaring

Begrepet «psykologiske utfordringer» kan tolkes på ulike måter. WHO's perspektiv på psykisk helse danner basis for vår forståelse av «psykologiske vansker» i denne oppgaven. WHO's definisjon av psykisk helse, poengterer at det ikke har en entydig betydning, men inkluderer klinisk gjenkjennbare symptomer eller atferd assosiert med angst, ubehag eller innvirkning på personlige funksjoner (Dahl, 2021, s.8).

1.4 Hensikt med oppgaven

Gjennom min egen erfaring med pasientgruppens betydelige sykdomsbelastning har jeg observert et presserende behov for å behandle psykologiske behov på linje med de fysiske innenfor helhetlig omsorg. Selv med eksisterende forskning på feltet, er det et markant behov for en integrert oversikt som kan gi en dypere forståelse av problematikken. Dette arbeidet kan potensielt fylle dette kunnskapshullet og gi sykepleiere praktiske verktøy for å forbedre omsorgen de gir.

Oppgavens hensikt er todelt: utfordringene pasientgruppen møter belyses. Og det undersøkes hvordan sykepleiere kan anvende denne kunnskapen for å iverksette tiltak som kan bidra til å lindre belastningen av disse utfordringene.

Dette vil bli gjort ved å presentere aktuell teori, analysere fem utvalgte forskningsartikler og diskusjon av disse.

Innenfor dette rammeverket bør det bemerkes at tiltak for å lindre psykologiske vansker også kan ses på som en proaktiv tilnærming til å motvirke angst, styrke trygghet, og fremme både ro og mestring. Disse elementene fungerer som komplementære aspekter i den empiriske delen av denne studien, og vil være sentrale i resultatkapittelet.

2. Teorikapittel

2.1 KOLS og KOLS-forverring:

KOLS, eller kronisk obstruktiv lungesykdom, er en progressiv lungesykdom som fører til vedvarende obstruksjon av luftstrømmen, og er en sykdom med dyptgående konsekvenser for luftveienes anatomi og fysiologi. KOLS er en tilstand som oftest skyldes langvarig eksponering for lungeskadelige stoffer, primær tobakksrøyk (Bakkelund et al. 2020, s. 133-134). På det anatomiske nivået forårsaker KOLS skade på lungealveolene og luftveiene. Over tid blir de elastiske fibrene i alveolene ødelagt, noe som resulterer i at de blir ødelagt også kalt emfysem. I tillegg blir veggene i bronkiene fortykket på grunn av kronisk betennelse, noe som fører til innsnevring av luftveiene. Fysiologisk fører disse endringene til redusert gassutveksling i lungene, redusert evne til å tømme lungene fullstendig ved utpust, og økt

arbeid med pusten. For pasienten manifesterer dette seg i form av symptomer som vedvarende hoste, økt slimproduksjon, og særlig dyspne (Brodtkorb, 2010, s. 329-330).

KOLS-forverring er en akutt og utfordrende fase av sykdommen som innebærer en forverring av pasientens vanlige symptomer. Disse episodene kan være utløst av ulike faktorer, som luftveisinfeksjoner eller hjertesvikt. Det er også kjent at miljøfaktorer som luftforurensning kan være utløsende. Forverringer krever ofte at pasienten får økt medisinsk behandling, opplevelsen kan for pasienten føre til dyp nød og i alvorlige tilfeller kan det være nødvendig med sykehusinnleggelse. Raske og korrekte intervensjoner fra helsepersonell, inkludert sykepleiere, kan være avgjørende for pasientens utfall (Grundt, 2019, s. 242-243).

2.2 Dyspne: En ond sirkel av pustebesvær

Dyspne, eller følelsen av åndenød, er kanskje det mest plagsomme symptomet for de med KOLS. Dyspne er ikke bare en fysisk opplevelse; det har også dype psykologiske og emosjonelle aspekter. Pasienter rapporterer ofte at frykten for åndenød begrenser deres daglige aktiviteter, noe som kan føre til sosial isolasjon og en redusert livskvalitet.

Denne frykten kan også føre til en ond sirkel. Pustebesvær kan utløse angst, som igjen kan forverre pustebesværet. Denne syklusen av angst og dyspne kan være vanskelig å bryte uten riktig intervensjon. Sykepleiere spiller en nøkkelrolle i å støtte pasienter gjennom denne utfordringen, ved å tilby teknikker for å håndtere dyspne, samt å gi emosjonell støtte (Grundt, 2019, s. 219).

2.3 Kari Martinsens omsorgsteori

2.3.1 Menneskesynet og kollektivistisk perspektiv

Kari Martinsen legger stor vekt på å forstå pasientens individuelle livserfaringer og hvordan sykepleien bør tilpasses disse behovene. Hun ser relasjoner mellom mennesker som en grunnleggende del av den menneskelige eksistens, noe som gjør at hun anser sitt menneskesyn som kollektivistisk. Gjennom en fenomenologisk tilnærming påpeker hun at til tross for individuelle forskjeller, har mennesker universelle behov for omsorg, empati og sosialt samspill. Fenomenologi referer til å tilegne seg kunnskap om menneskelige erfaringer og opplevelser. Selv om Martinsen har et kollektivistisk perspektiv, kommer det tydelig frem viktigheten av å ivareta pasientens individualitet. For å gi effektiv omsorg må sykepleieren

vurdere pasientens individuelle medisinske, fysiske, psykologiske og sosiale behov (Kristoffersen, 2011, s. 248-250).

2.3.2 Tillit og etiske overveielser i omsorg

Martinsen mener at sykepleieren bør engasjere seg i pasientens situasjon for å forstå hva pasienten trenger. Dette forutsetter tillit fra pasientens side. Tilliten muliggjør for pasienten å dele sine bekymringer og behov og det blir en etisk forpliktelse for sykepleieren å imøtekomme disse behovene. Hvis sykepleieren ikke klarer å ivareta pasientens ønsker kan dette skade den nødvendige tilliten, noe som vil påvirke kvaliteten på omsorgen (Kristoffersen, 2011, s. 254-255).

2.3.3 Omsorgens tre dimensjoner

Kari Martinsen ser omsorg som tredelt: relasjonelle, praktiske og moralske dimensjoner. Den relasjonelle setter søkelys på forholdet mellom pasient og sykepleier, mens den praktiske handler om sykepleierens handlinger, kombinert med kompetanse og medfølelse. Den moralske dimensjonen understreker etiske prinsipper og nestekjærlighet i omsorgen. Selv om disse dimensjonene presenteres separat, er de tett sammenvevd for å gi helhetlig omsorg. (Kristoffersen, 2011, s. 254-256).

2.4 Stressmestring i lys av Lazarus' teori

2.4.1 Stressfaktorer ved alvorlig sykdom

Alvorlig sykdom og dets følger representerer ofte en stor psykologisk og fysisk belastning for pasienten. Pasientens unike situasjon medbringer uforutsigbarhet, det kan gi økt stress. Uro, frykt og stress går ofte hånd i hånd. Lazarus mener flere stressfaktorer identifiseres, som utilfredsstillende grunnleggende behov, ukjente situasjoner, trusler mot pasientens sikkerhet, sosial isolasjon, og sykdommen i seg selv (Kristoffersen, 2011, s. 135). De er aktuelle i denne oppgaven fordi det antas at pasienter med KOLS gjerne står ovenfor nevnte stressfaktorer.

2.4.2 Lazarus' forståelse av stress og mestring

Richard Lazarus' arbeid innen stress og mestringsteorier gir verdifull innsikt i hvordan mennesker oppfatter og reagerer på stressende situasjoner. Lazarus' perspektiv fremhever at det å oppleve stress er en subjektiv opplevelse; det er hvordan en person tolker en situasjon som avgjør om det oppfattes som stressende. Sentralt her er vurderingen av om ens

grunnleggende behov er truet. Jo mer sentrale disse truede behovene er, desto høyere blir stressnivået (Kristoffersen, 2011, s. 143-44).

2.4.3 Problemorientert mestring

Dette fokuserer på å håndtere eller endre selve stresskilden direkte. En aktiv innsats for å eliminere eller redusere stresskilden. Konkrete eksempler kan være mestringsstrategier som krever læring av nye ferdigheter eller å lage en handlingsplan. Denne formen for mestring er spesielt nyttig i situasjoner hvor stressfaktoren kan endres eller kontrolleres av individet.

Denne metoden vil som regel være mest ønskelig og hensiktsmessig (Kristoffersen, 2011, s. 145-146).

2.4.4 Emosjonelt orientert mestring

Denne tilnærmingen tar sikte på å regulere de følelsesmessige responsene på stresset. Når problemorientert mestring ikke er mulig, kan den tilnærmingen hjelpe pasienten å holde ut situasjonen sin. Dette kan manifestere seg på forskjellige måter:

- *Fornektelse*: En vanlig mekanisme hvor en person nekter å akseptere virkeligheten av situasjonen.
- *Bortforklaring av sykdom*: Pasienter kan minimere alvorlighetsgraden av deres tilstand eller tilskrive symptomene til andre årsaker for å unngå å konfrontere virkeligheten.
- *Unnvikelse*: Pasienter kan forsøke å unngå informasjon, diskusjoner eller situasjoner som minner dem om deres sykdom for å redusere angst eller ubehag.

Det er viktig å merke seg at tilnærmingene også kan brukes i kombinasjon. Valg av mestringsstrategi er dynamisk, og individers vurderinger og valg av strategi kan endre seg over tid. (Kristoffersen, 2011, s. 147-148).

2.4.5 Faktorer som påvirker stressmestring

Når pasienten står ovenfor en trussel som sykdommen medbringer kan sykepleier påvirke faktorer som har betydning for pasientens egen vurdering og valg av mestringsstrategi.

Sykepleiere spiller en kritisk rolle ved å identifisere og påvirke disse faktorene på en måte som fremmer effektiv stressmestring for pasienter. For eksempel kan sykepleieren oppdage at pasienten mangler informasjon om sykdommen sin. Når tilstrekkelig informasjon er mottatt

kan pasienten bruke denne til å mestre sin egen situasjon. Faktorer som påvirker pasientens evne til stressmestring kan være kulturen, personlig tro og livssyn, tidligere erfaringer, kunnskap og ferdigheter (Kristoffersen, 2011, s. 149-152).

2.5 Kognitiv adferdsterapi

For pasienten kan angst påvirke følelser, kroppslige reaksjoner og adferd. Uro, frykt, panikk og bekymringer betegnes som vanlige følelsesreaksjoner ved angsttilstander. Tilstanden medfører at tankene preges av bekymring og katastrofetanker. Typisk vil det sympatiske nervesystemet aktiveres, som kan resultere i fysiske symptomer som hjertebank, rask puls, svetting, kvalme og følelsen av å ikke få nok luft, anspenhet og rastløshet (Martinsen, 2021, s. 115).

Innenfor psykiatri er det utviklet behandlingstilnærminger for å forsøke å lindre eller helbrede disse psykologiske vanskene. Utover legemidler er kognitiv adferdsterapi den mest brukte metoden (Martinsen, 2021, s. 118).

Kognitiv adferdsterapi har som hensikt å forstå hva som gjør at plagene ikke går over, og med dette utgangspunktet hjelpe pasienten til å selv bryte tanke- og adferdsmønstre som bidrar til å opprettholde de psykologiske vanskene (Martinsen, 2021, s. 376).

ABC-modellen er en tilnærming innenfor kognitiv adferdsterapi; man tar gjerne utgangspunkt i en situasjon der pasienten erfarte symptomene sterkere enn vanlig. I slike situasjoner tar vi utgangspunkt i at uhensiktsmessige tanker er aktive. Med utgangspunkt i disse tankene stiller behandleren spørsmål ved om tankene er sanne og/eller hensiktsmessige. Sammen med pasienten forsøker man å identifisere alternative tanker som er mindre negative med hensikt til å benytte seg av disse for å se om de gir mindre ubehag (Martinsen, 2021, s. 378). For eksempel når en venn ikke møter opp som avtalt, tenker pasienten at vennen mener han ikke er god nok, noe som fører til tristhet. Behandleren foreslår alternative grunner, som en misforståelse, en ulykke eller vennens sykdom. Behandleren spør: "Hvis en alternativ forklaring gjorde deg mindre trist, hva lærer det deg?". Pasienten svarer at tolkningen av en situasjon påvirker følelsene. Behandleren støtter pasientens innsikt og hjelper ham med å regulere negative følelser. Behandleren kan også fremme glede, mestring og mening hos pasienten ved å kartlegge aktiviteter som fremmer disse følelsene gjennom samtale med pasienten (Martinsen, 2021, s. 379-380).

2.6 Lungerehabilitering

Behandelnde lege bør henvise pasienter som er symptombegrenset av KOLS til tverrfaglig lungerehabilitering. Lungerehabilitering er en del et omfattende tilbud som leveres av spesialisthelsetjenesten i Norge. Tjenesten tilbys av et tverrfaglig team med blant annet sykepleier, fysioterapeut og psykolog. Tilnærmingen er skreddersydd for den enkelte pasient, med mål om å forbedre både fysiske og mentale forhold for de med KOLS. Dette omfatter elementer som fysisk trening, pedagogisk veiledning, opplæring av pasienten og livsstils veiledning, selv om det ikke er begrenset til disse alene. Hovedformålet er å fremme en vedvarende helsepositiv atferd (Helsedirektoratet. 2012)

2.7 Helseloven

I henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 har pasienten rett til å medvirke ved valg av helse- og omsorgstjenester. Dette gir pasienten en mulighet til å ta del i beslutninger som kan innebære valg mellom ulike tjenesteformer, samt ulike undersøkelser og behandlingsoptimaliteter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §3-1). Videre påpeker §3-2 i samme lov at pasienter skal motta informasjon om hele spekteret av tjenestetilbud som er tilgjengelige for dem (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §3-2). Helsepersonell loven setter fokus på de plikter som påligger helsepersonell. En av de vesentlige bestemmelsene i denne loven er §4, kravet om at all helsehjelp som tilbys pasienter skal være faglig forsvarlig (Helsepersonelloven, 2001, §4).

3. METODEKAPITTEL

3.1 Valg av metode

Metodevalg er en kritisk del av enhver forskningsprosess. I min bacheloroppgave har jeg valgt å benytte en integrativ litteraturoversikt som metode. Dette valget er begrunnet ut fra oppgavens natur og målet om å besvare problemstillingen på en grundig og systematisk måte.

3.1.1 Integrativ litteraturoversikt

I denne oppgaven benytter jeg meg av metoden integrativ litteraturoversikt. Denne metoden skiller seg ut fra en generell litteraturoversikt ved at den ikke bare gjengir innsamlede data. I en integrativ litteraturoversikt går man dypere inn i analysen av artiklene, sammenligner dem, identifiserer mønstre i forskningen og drar våre egne konklusjoner. Resultatet bør være en

sammensatt forståelse som gir et helhetlig bilde av temaet (Friberg, 2017, s. 150). Dette kan identifisere og belyse informasjon som kan brukes som grunnlag ved beslutningstaking for sykepleier i møte med pasienter. Metoden blir bygget opp og presentert etter IMRaD-struktur. Forkortelse for Introduction, Method, Results and Discussion.

3.1.2 Kvalitativ og kvantitativ forskning

Kvalitativ forskning setter søkelys på å forstå fenomener i dybden. Denne tilnærmingen bruker ofte intervjuer eller observasjoner for å samle data og lar forskeren tolke og analysere informasjonen for å avdekke komplekse sammenhenger og følelsesmessige aspekter (Dalland, 2020, s. 54-55). Dette er verdifullt når man ønsker å forstå pasienters opplevelser med KOLS ettersom perspektivet i denne oppgaven er pasientperspektivet.

Kvantitativ forskning referer gjerne til innsamling av tallbaserte data for å generere statistikk og objektive resultater. (Dalland, 2020, s. 54-55). På bakgrunn av valgte forskningsartikler, velger jeg å ikke forklare kvantitativ forskning grundigere enn dette.

3.2 Valg av databaser

For å finne vitenskapelige artikler til min litteraturoversikt har jeg valgt å undersøke fagdatabaser som er knyttet til helsefag. Gjennom UiS-biblioteket fikk jeg oversikt over 36 ulike databaser som er knyttet til helsefag. Jeg vurderte det som hensiktsmessig å se nærmere på: SveMed, Idunn, British Nursing Index, PubMed og Cinahl.

Sykepleie som fag er internasjonalt, derfor er det naturlig at mesteparten av forskningen innenfor faget formidles på engelsk. SveMed og Idunn inneholder nordiske publikasjoner jeg valgte vekk disse fagbibliotekene fordi jeg ikke ønsket å begrense søkeresultatene på dette British Nursing Index, PubMed og Cinahl er anerkjente internasjonale fagdatabaser. Etter å ha gjennomført noen innledende søk valgte jeg å benytte Cinahl fordi den hadde størst utvalg av treff på søkeordet «COPD (KOLS)». Jeg syntes også den var mest brukervennlig ved avanserte søk.

3.3 Valg av litteratursøk teknikk

Dalland deler litteratursøket inn i fem områder: fag, nivå, tid, språk og geografi (Dalland, 2012, s. 70-72).

Fag handler om fagområdet for litteratursøket, i «valg av database» begrunnet jeg hvorfor jeg bare har benyttet helsevitenskapelige fagdatabaser.

Nivå baserer seg på et kildehierarki, øverst i dette hierarkiet er vitenskapelige artikler. Jeg har kun søkt blant vitenskapelige artikler i databaser.

Tid handler om når den vitenskapelige artikkelen først ble publisert. I en integrativ litteraturstudie vil det være en styrke at artiklene er nye slik at forskningen er mest mulig relevant. Derfor har jeg valgt litteratur som er maksimalt 10 år gammel.

Språk, refererer til hvilket språk artiklene er på. Jeg har ikke lagt inn begrensning på kun engelskspråklige, men jeg har bevisst valgt en internasjonal database som hovedsakelig inneholder engelske artikler, i tillegg har jeg brukt engelske søkeord som dermed naturlig nok begrenser søketreff til engelskspråklige artikler.

Geografi handler om geografisk plassering for objektet i studiet. Jeg har ikke satt noen avgrensninger fordi det etter min vurdering ikke er nødvendig, ettersom sykdommen er utbredt globalt.

Når jeg hadde valgt søkeord og avgrensninger og foretatt søk i databasen leste jeg tittelen på artikkelen og vurderte ut ifra dette forventet relevans i henhold til min problemformulering. Blant dem som var relevante leste jeg abstraktet (sammendraget) og nøkkelord. Basert på disse to faktorene vurderte jeg om artikkelen fortsatt hadde relevans. Dersom dette kriteriet var innfridd leste jeg hele artikkelen. Basert på denne seleksjonsmetoden ble 5 artikler inkludert.

3.4 Valg av søkeord

Jeg valgte søkeordene «COPD or chronic obstructive pulmonary disease» og “fear” og “anxiety” fordi jeg vurderte dem som nøkkelord i henhold til min problemformulering. Søket ble utført med visse avgrensningskriterier, disse var “Peer reviewed”, publiseringsdato fra 2013, og kun forskningsartikler. Det ga 17 resultater. Jeg leste tittelen på alle, og valgt å lese abstraktene på 10 av dem. Åtte av disse abstraktene tilfredsstilte mine seleksjonskriterier til videre lesing av hele artikkelen. Av disse var det 4 jeg valgte å inkludere etter tilbakemelding fra veileder.

Basert på innholdet i de fire utvalgte artiklene fikk jeg ideer om tema som kunne ha relevans for oppgaven. Med de samme avgrensninger i søket som tidligere, med andre ord at artiklene var fagfellevurdert, tidsperiode 2013-2023 og kun forskningsartikler. Jeg forsøkte med ulike kombinasjoner av ordene: Palliative care, palliative care nursing physical activity, mental

health og COPD treatment. Jeg benyttet samme seleksjonsmetode som tidligere og disse søkene resulterte ikke i nye inkluderte artikler. Søkene som ikke ble valgt blir ikke videre forklart her, men kan ses i søketabellen under.

Det siste søket ble gjort med søkeordene COPD or chronic obstructive pulmonary disease og palliative care eller palliative care nursing. Avgrensingskriteriene var de samme som tidligere, men jeg inkluderte også interesse for søket til: Critical care. Dette gjorde jeg fordi de andre artiklene jeg hadde inkludert tidligere falt inn under dette interesseområdet. Det førte til at kun to artikler traff alle avgrensingskriteriene på de gitte søkeordene. Jeg fulgte samme seleksjonsmetode som tidligere og valgte å inkludere en ny artikkel for å belyse problemformuleringen min.

3.5 Utvalgte artikler

Se vedlagt litteraturmatrise for mer utfyllende informasjon.

- Receiving home care and communicating about COPD-related concerns and palliative care (2018).
- A Qualitative Study of Unmet Healthcare Needs in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. A Potential Role for Specialist Palliative Care? (2014)
- Experience of anxiety among patients with severe COPD: A qualitative, in-depth interview study (2013).
- Experiences of older people following an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: A phenomenological study (2017).
- The experience of hospitalization in people with advanced chronic obstructive pulmonary disease: A qualitative, phenomenological study (2022).

4. Resultatkapittel

I denne analysen har jeg gjennomgått fem forskningsartikler for å trekke ut relevante funn i henhold til problemstillingen. Dette har resultert i en inndeling av resultatene under fem underkapitler. Denne prosessen var ikke uten utfordringer. På grunn av likhetene og sammenhengene mellom funnene i de ulike artiklene, var det til tider vanskelig å plassere et spesifikt funn under et bestemt underkapittel. Noen funn kunne muligens ha passet under flere

kategorier ettersom temaene ofte overlappet eller var tett knyttet til hverandre. Jeg har tatt avgjørelser for å strukturere informasjonen på en måte jeg mener vil gi mest mulig klarhet for leseren, samtidig som det forblir tro mot intensjonen med analysen, som er å presentere relevante funn uten egne fortolkninger. I det følgende vil jeg presentere funnene under de fastsatte underkapitlene.

Artiklene funnene under er hentet fra blir ikke presentert i dette kapitlet. Se eget vedlegg «litteratormatrise» til denne hensikt.

4.1 Behovet for informasjon

4.1.2 Forståelse for sykdommen

De fleste pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) forstår at deres tilstand er irreversibel. Imidlertid har bare halvparten følt at de har fått tilstrekkelig informasjon for å forstå sykdommens alvorlighetsgrad og prognose. Blant de som manglet denne forståelsen, var det et ønske om å få mer innsikt i sin tilstand, som for eksempel en deltakers refleksjon på lungens fremtidige helse. (Schroedl et al., 2014).

4.1.3 Proaktiv kommunikasjon

Selv om noen pasienter ikke nødvendigvis ønsker å adressere sine bekymringer i øyeblikket, verdsetter de at omsorgspersonene tar initiativ til samtaler. Dette gir dem en betryggende følelse og selv kunne velge å kunne engasjere seg i diskusjonen. En proaktiv tilnærming fra omsorgspersonenes side, hvor bekymringer tas opp tidlig, kan også lette for pasientene å snakke om vanskelige temaer senere i deres sykdomsforløp. (Mousing et al, 2018)

4.2 Sykepleier-pasient relasjonen

4.2.1 Interaksjon med omsorgspersoner

Pasienter føler en større trygghet når de kjenner sine omsorgspersoner. Møter med ukjente omsorgspersoner kan oppleves som stressende, da det krever mer kommunikasjon og tydeliggjøring av behov. Selv med en god relasjon til sine omsorgspersoner, bærer mange pasienter på egne bekymringer uten å dele dem, for å unngå å virke som en byrde. Imidlertid håper de på en proaktiv tilnærming fra omsorgspersonenes side for å ta opp og diskutere disse bekymringene, da det kan minske den emosjonelle belastningen og styrke følelsen av støtte (Mousing et al, 2018).

4.2.2 Betydningen av kjent personell

Til tross for de negative aspektene ved innleggelse, kan kjennskap til sykehusets rutiner og personale redusere angst. Pasientene verdsetter en følelse av trygghet som kommer av kjennskapen til sykehuset og personalet der (Bakthavatsalu et al, 2022).

4.2.3 Opplevelsen av pleie

Tross påkjenningen av innleggelse, opplever mange pasienter at det gjenoppretter deres normale pustemønster. Dette gir dem en fornyet tillit til helsepersonalet og sykehuset. Samtidig er de klar over at behandlingens effekter kan være kortvarige, og at re-innleggelser kan være uunngåelige. Selv om behandlingene er gunstige, kan de også oppleves som belastende (Bakthavatsalu et al, 2022).

4.2.4 Holdninger blant helsepersonell

Pasientenes opplevelse på sykehuset påvirkes i stor grad av personalets holdning. De som opplever dedikert omsorg, lytting, og klare behandlingsplaner føler seg mer ivaretatt og stoler mer på helsepersonalet. Imidlertid kan en ubehagelig holdning, mangel på empati, eller dårlig kommunikasjon om behandlingsplaner og prognoser oppfattes som belastende og likegyldig (Bakthavatsalu et al, 2022).

4.3 Pasientens mestringsstrategier

4.3.1 Motvekt til angst

Pasientene har funnet forskjellige måter å håndtere sin angst på. Når de opplever pustebesvær, søker de hjelp fra helsevesenet og er åpne for å prøve alt som kan lindre symptomene. Egenutviklede strategier inkluderer pusteøvelser, avslapping, og unngåelse av stress. Noen finner trøst i tanken på at de har levd et godt liv. Når det kommer til eksistensiell angst, fokuserer de på å leve i nuet og unngår å snakke om døden. Til tross for sykdommen finner de glede i relasjoner, hverdagslige aktiviteter og hobbyer, som gir livet deres mening (Strang et al, 2013).

4.3.2 Bekymringer for fremtiden

Å tenke på fremtiden kan være angstfremkallende for mange pasienter med KOLS. De frykter smerte, tap av uavhengighet og muligheten for å gå glipp av viktige familiehendelser. Imidlertid søker mange trøst i forskjellige aspekter av livet, enten det er tro, medisinsk utvikling, eller støtte fra sine nærmeste (Schroedl et al. 2014).

4.4 Psykologiske vansker: Bekymringer, angst og sosiale konsekvenser

4.4.1 Emosjonell belastning

En stor andel av deltakerne rapporterte emosjonelle vanskeligheter, inkludert depresjon og angst. Disse følelsene manifesterte seg på mange måter, fra irritabilitet til frykt og frustrasjon over tapte muligheter (Schroedl et al. 2014).

4.4.2 Sosial isolasjon

Mange pasienter med KOLS føler seg sosialt isolert på grunn av deres tilstand. De unngår ofte sosiale situasjoner fordi de finner det utfordrende å holde tritt med andre. Selv om mange har støtte fra familien, er det vanskelig for dem å be om hjelp, noe som fører til følelser av skyld (Schroedl et al. 2014).

Selv om tanken på døden skremmer mange, beskriver noen pasienter sin angst som en frykt for å leve med symptomene. Sykdommen begrenser dem, tar fra dem identiteten, og gir dem en angstfylt eksistens. På tross av å kunne håndtere sykdommen i nåtiden, frykter de en forverret fremtid, noe som forsterker deres nåværende angst (Strang et al. 2013)

4.4.3 Dødsangst

Pasienter med alvorlig KOLS opplever ofte angst, spesielt i forbindelse med pusteproblemer. Dette gir dem frykt for døden, som begrenser deres dagligliv og skaper usikkerhet rundt når det neste angstanfallet vil oppstå. I tillegg er bevisstheten om døden konstant til stede, da mange tviler på om de vil være i live innen et år. Noen frykter selve dødsprosessen, mens andre uttrykker separasjonsangst, spesielt de med yngre barn, ved tanken på å etterlate sine nærmeste (Schroedl et al. 2014).

4.4.4 Håpløshet

Håpløshet viste seg å være tett knyttet til følelsen av tap. Ettersom KOLS er en progressiv og irreversibel sykdom, opplevde pasientene en voksende følelse av håpløshet over tid. Med hvert akutt anfall av sykdommen ble denne følelsen forsterket, noe som førte til en voksende pessimisme knyttet til deres nåværende tilstand og fremtidige utsikter (Rosa et al. 2017).

4.4.5 Usikkerhet og frykt for fremtiden

Forverringen av KOLS og de medfølgende endringene i pasientenes helse skapte en utbredt usikkerhet om fremtiden. Pasienter uttrykte bekymring for hvordan de skulle klare å håndtere

sykdommens fremtidige anfall og dens kontinuerlige forverring. Det var en fremherskende frykt for det ukjente, da pasientene ikke visste hva som skulle komme (Rosa et al. 2017).

4.4.6 Frykt for å bli en byrde

Pasienters største bekymring etter å ha opplevd en akutt forverring av KOLS var frykten for å bli en byrde for deres nærmeste, spesielt familiemedlemmer. De bekymret seg for at familiens omsorgsansvar skulle være overveldende, og at de skulle miste sin uavhengighet og verdighet som følge av deres manglende evne til å ta vare på seg selv. Pasienter var også bekymret for at selv med hjelp fra helsepersonell, ville byrden på familien deres være for stor (Rosa et al. 2017). Innleggelse kan forhindre pasientene i å oppfylle familiære forpliktelser, noe som kan forsterke følelsen av å være en byrde (Bakthavatsalu et al. 2022).

4.4.7 Psykologisk og åndelig nød

Under innleggelse kan mange pasienter oppleve psykologisk og åndelig nød. Å være alene, spesielt under pustebesvær, kan være skremmende. Mens noen finner trøst i sin religiøse tro, føler mange at de ikke kan diskutere sin frykt for død med helsepersonalet. Det er en generell oppfatning at personalet fokuserer mer på fysiske symptomer enn psykologiske og åndelige bekymringer (Bakthavatsalu et al. 2022). (hører dette under død eller

4.5 Fysiske begrensninger og dyspné

4.5.1 Fysiske begrensninger

All fysisk aktivitet er en utfordring for pasienter med KOLS. De må nøye planlegge hver bevegelse, og hverdagslige oppgaver kan være overveldende. Mange har også gitt opp hobbyer og aktiviteter de tidligere likte på grunn av deres reduserte lungefunksjon (Schroedl et al. 2014).

4.5.2 Følelse av tap og frustrasjon

Pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) beskrev en dyp følelse av tap og frustrasjon knyttet til deres fysiske begrensninger og symptomkontroll. Pustevansker, en dominerende faktor, hadde en drastisk innvirkning på deres daglige rutiner, og gjorde selv enkle aktiviteter som å flytte fra en stol til en annen utfordrende. Denne reduserte mobiliteten skapte en følelse av sinne, spesielt når pasienter reflekterte over sin tidligere helsetilstand. Noen pasienter bærer også skyldfølelser, noe som forverrer deres opplevelse av tap (Rosa et al. 2017).

4.5.3 Symptomer

Pustebeviser (dyspné) er en gjennomgående bekymring for alle deltakere. Mange rapporterte også andre symptomer som hoste, smerte og tretthet. Ved mindre forverrelser fant noen lindring i medisiner og hvile, andre mente at behandlingene ikke var tilstrekkelig.

Lungerehabilitering, selv om det bare ble brukt av noen, viste seg å være svært gunstig (Schroedl et al 2014). Dyspné, eller pusteviser, er en daglig utfordring de opplever, og selv lett fysisk aktivitet kan utløse denne vanskelige tilstanden. Dette begrenser deres evne til å være aktive og delta i daglige aktiviteter. I tillegg til de fysiske plagene, kan følelsen av dyspné føre til angst, som ytterligere forsterker pusteviserproblemer. Utover disse direkte helseutfordringene er pasientene også bekymret for hvordan KOLS vil påvirke deres fremtid, sykdomsutvikling, og de har ofte refleksjoner rundt døden (Mousing et al. 2018).

5. Diskusjonskapittel

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Valg av artikler

Alle de utvalgte artiklene benyttet seg av kvalitative intervjuer som forskningsmetode. Dette valget underbygger en intensjon om å oppnå en helhetlig forståelse av deltakernes unike erfaringer og opplevelser. To av disse artiklene (Francesca Rosa et al. og Barathi Bakthavatsalu et al.), anvender en fenomenologisk tilnærming. Dette betyr at forskerne har som mål å dykke dypere inn i deltakernes opplevelser relatert til et konkret fenomen. I disse tilfellene var fenomenet som var i fokus «innleggelse på grunn av KOLS-forverring» (Dalland, 2020, s. 48-49).

De øvrige artiklene tok i bruk semi-strukturerte dybdeintervjuer. Selv om dybdeintervjuer også har som mål å utforske deltakernes erfaringer og opplevelser, distanserer de seg fra den fenomenologiske metoden ved at de ikke kun fokuserer på et bestemt fenomen. I stedet kan de også undersøke deltakernes meninger, holdninger og fortolkninger rundt det gitte emnet gjennom valgt struktur på intervjuet (Dalland, 2020).

Begge tilnærmingene, både den fenomenologiske og de semi-strukturerte dybdeintervjuene, har sine styrker og svakheter. Personlig fant jeg at dybdeintervjuene ga en mer omfattende fremstilling av livet med KOLS. Mens de artiklene som benyttet seg av en fenomenologisk

tilnærming, ga en mer spisset innsikt, særlig relatert til spesifikke erfaringer knyttet til innleggelser som følge av KOLS-forverring. Med andre ord kan begge tilnærmingene bidra til å svare på problemformuleringen.

Kvantitative metoder ble ikke inkludert fordi kvalitativ forskning tillater en dypere forståelse av et emne basert på deltakernes følelser, holdninger og oppfattelser i motsetning til kvantitative metoder som gir data som målbare enheter og kan tallfestes og derfor ble det vurdert at kvalitativ metode var mest hensiktsmessig (Dalland, 2020).

5.1.2 Arena for studiene

Jeg valgte studier fra varierte regioner som Danmark, USA, Sverige, Italia og India for å få en bred forståelse. Jeg valgte bevisst å ikke begrense meg demografisk for å dypdykke i pasienters opplevelser med alvorlig KOLS, og for å undersøke hvordan sykepleiere kan tilby den nødvendige støtten. Selv om Skandinavias helsesystemer har mange likheter, og jeg inkluderte to studier derfra, følte jeg det viktig å også vurdere bredere vestlige perspektiver ved å ta med USA og Italia. Noen mener kanskje at studier fra utenfor den vestlige sfære kan være mindre relevante på grunn av kulturelle og økonomiske forskjeller. Men, etter nøye vurdering, inkluderte jeg en studie fra India. Dette fordi alle deltakerne der hadde tidligere KOLS-relaterte sykehusopphold, og deres respons til sykdommen viste seg å være sammenlignbar med de andre regionene jeg undersøkte.

5.1.3 Forskernes bakgrunn

I vurderingen av artiklens troverdighet og gyldighet la jeg vekt på flere inklusjonskriterier, som tidligere er beskrevet i metodekapittelet. Et aspekt i denne vurderingen var å undersøke forskernes faglige bakgrunn for å sikre at de hadde den nødvendige kompetansen innenfor det valgte temaet. Alle artiklene var forfattet av forskere med en helsefaglig bakgrunn. Det er også verdt å merke seg at ingen av artiklene var produktet av en enkelt forskers innsats. Tvert imot ble hver artikkel forfattet av et team på tre eller flere forskere. En slik kollektiv innsats kan anses som et steg mot kvalitetssikring, idet flere øyne kritisk vurderer og bidrar til innholdet før det blir publisert.

Videre styrker inklusjonskriteriet "fagfelle-vurdert" troverdigheten til de valgte artiklene. Dette kriteriet sikrer at artiklene har gjennomgått en kritisk vurdering av fagpersoner innen feltet.

Det er derfor mindre sannsynlig at en artikkel som ikke oppfyller de faglige standardene ville

passere en slik vurdering, og det gir en ytterligere forsikring om at forskerne bak artiklene er godt kvalifiserte.

5.1.4 Studienes deltakere

Artiklene jeg har valgt ut har mellom 12-31 deltakere i studiene.

I samtlige av de undersøkte artiklene ble en formålsbasert utvelgelse av deltakere benyttet.

Dette innebærer at deltakerne, eller forskningsobjektene, ble spesifikt utvalgt med tanke på artiklens hensikt og formål. Alle artiklene la fram inklusjonskriteriene for utvelgelse av deltakere. Selv om disse kriteriene delvis overlappet grunnet en felles tematisk ramme, var det også distinkte forskjeller tilpasset den enkelte artikkels spesifikke hensikt.

Samtlige hadde inklusjonskriteriet *at pasientene var diagnostisert med KOLS*. Noen artikler la til en presisering om at sykdomsgraden skulle være alvorlig. Selv om dette ikke alltid ble spesifisert direkte, kan man anta, basert på et annet inklusjonskriterium *pasienten har sykehusinnleggelse grunnet KOLS-forverring*, at disse pasientene hadde en alvorlig grad av sykdommen. Dette er fordi innleggelse på grunn av KOLS-forverring vanligvis indikerer et alvorlig stadium av sykdommen.

Videre hadde flere av artiklene unike inklusjonskriterier skreddersydd for den bestemte studien. For eksempel hadde Mousing et al. som kriterium at deltakerne skulle være mottakere av hjemmesykepleie, mens Strang et al. ekskluderte dem med en åpenbar psykiatrisk diagnose, og valgte bevisst deltakere med tanke på variasjon i kjønn, alder og etnisitet. I Rosa et al. skulle pasientene ikke være i en terminal fase, men derimot i en behandlingsfase med tanke på symptomlindring og etterfølgende hjemme-utskrivelse. Bakthavatsalu et al. la til et krav om at innleggelsens varighet skulle være på minimum 24 timer.

I etisk henseende ble alle deltakere i de nevnte artiklene bedt om å signere en skriftlig samtykkeerklæring før intervjuene fant sted og deres identitet ble gjort konfidensiell.

Deltakerne ble noen ganger referert til med fornavn, for eksempel ed sitater. Det er grunn til å anta at dette var oppdiktete navn for å ivareta anonymitet.

Både Mousing et al. og Bakthavatsalu et al. fastsatte som et eksklusjonskriterium at deltakerne ikke måtte ha kognitive utfordringer som kunne kompromittere deres evne til å delta fullt ut i intervjuet. Selv om dette ikke ble eksplisitt nevnt i de andre artiklene, er det rimelig å anta at det ville være uetisk å involvere deltakere hvis kognitive utfordringer kunne ha påvirket deres evne til klar kommunikasjon. Imidlertid bør det bemerkes at opplevelsene

og erfaringene til KOLS-pasienter med samtidig kognitiv svikt har relevans for tematikken. Utfordringen med å inkludere disse ville være troverdigheten til dataene hentet fra intervjuer med disse deltakerne. I alle artiklene bortsett fra Rosa et al. er det lagt ved karakteristikker om utvalgte deltakere som gir leseren mulighet til å få en bedre oversikt over deltakerne som intervjues.

Gjennom kritisk vurdering av metoden kan det vise seg å være en svakhet med denne oppgaven at empirien (dataen som er trukket ut og presentert i resultatkapittelet) har utelukket minst to pasientgrupper, de som mangler kognitiv evner til å delta i intervju, og de som av ulike grunner ikke ønsker å delta. Mangelen på et fullstendig representativt utvalg blant deltakerne er en mulig svakhet med metodene i artiklene og det kan svekke konklusjonene i oppgaven. Emnet vil bli videre diskutert i resultatdiskusjonen da det også har relevans i forhold til tolkningen av resultatene.

5.2 Resultatdiskusjon

Innenfor dette delkapittelet vil jeg utforske og diskutere de primære funnene i lys av relevant teori samt mine personlige refleksjoner. Målet er å belyse hvilke faktorer som spiller en sentral rolle i en sykepleiers evne til å adressere omsorgsbehovene relatert til pasientens uro og psykologiske utfordringer, for videre å dekke disse behovene.

5.2.1 Behovet for informasjon

Pasientene hadde en basal forståelse av sin medisinske tilstand og dens irreversible natur. Imidlertid rapporterte halvparten av dem en mangel på tilstrekkelig informasjon om sykdommens alvorlighetsgrad og prognose. Blant disse uttrykte alle et ønske om ytterligere informasjon om emnet (Schroedl, 2014).

I lys av den teoretiske rammen ser vi at tilstrekkelig informasjon kan være et nøkkelverktøy for å mildne pasientens uro og psykologiske vansker knyttet til sykdommen. Dette kan fremme utviklingen av en solid sykepleier-pasient relasjon, styrke pasientens egne mestringsstrategier og øke pasientens autonomi og deltagelse i beslutningsprosessen.

Informasjonens rolle går ut over det rent medisinske. Den tjener som en kilde til å bygge opp tillit, noe som er essensielt for å tilby en helhetlig omsorg (Kristoffersen, 2011, s. 255).

Dette omfatter omsorg som tar sikte på å lindre psykologiske belastninger, som bekymring og angst. Til og med når pasienter er tilbakeholdne med å uttrykke sine bekymringer, verdsetter de initiativet. Som en pasient uttrykte det: «å ha valget om å dele gir en følelse av trygghet» (Mousing, 2018).

Pasienten kan bruke informasjonen til både problem- og emosjonsfokuserede mestringsstrategier. For eksempel kan informasjonen hjelpe pasienten med å adressere noen av bekymringene identifisert av Lazarus på en måte som kan lindre uro knyttet til sykdommen. Når pasienter bruker informasjon på denne måten, følger de en emosjonsfokuseret mestringsstrategi, som definert av Lazarus (Kristoffersen, 2011, s. 145-146).

Ytterligere informasjon om pasientens rettigheter kan styrke pasientens ressurser for problemfokuseret mestringsstrategi. Dette ved at mottatt informasjon kan brukes for å eliminere eller redusere kildene til problemet (Kristoffersen, 2011, s. 155).

Ved å forsøke å oppfylle dette informasjonsbehovet, oppfyller sykepleierne både sine yrkesetiske og juridiske plikter. Selv om sykepleieren prøver å kommunisere og kanskje ikke umiddelbart avdekker hvilken informasjon pasienten trenger, kan det fortsatt gi pasienten en følelse av å være ivaretatt.

Det kommer frem av resultatene at behovet for informasjon i mange tilfeller ikke er dekket. Dette kan begrense pasientenes egen evne til problemorientert mestring negativt. Det medfører at pasienten føler på stressere/trusler som forverrer deres psykologiske vansker, disse kan unngås dersom sykepleieren klarer å utføre omsorg i tråd med Kari Martinsens omsorgsfilosofi og bygge tillit som videre bidrar til at pasienten formidler sine bekymringer og behov knyttet til sykdommen.

5.2.2 Sykepleier-pasient relasjonen

(Betydning av kjent personell): I artikkel A mottok alle deltakerne hjemmesykepleie, disse pasientene formidlet at trygghetsfølelsen økte når de fikk besøk av omsorgspersoner de kjente fra før (Mousing, 2018). Også ved innleggelse pga. KOLS-forverring kan kjennskap til personalet ha effekt på pasientens psykiske helse, studien hevder det bidrar til å redusere angst og fremmer følelsen av trygghet (Bakthavatsalu, 2022).

Det kommer frem at selv om relasjonen til omsorgspersonen er god, unnlater mange pasienter å dele egne bekymringer med personellet. Pasientene bekrefter at de håper på at personellet vil innlede disse samtale, fordi det kan minske den emosjonelle belastningen og styrke følelsen av støtte (Mousing, 2018).

Når pasientene får hjelp til å normalisere respirasjonen ved innleggelse bidrar dette til at pasientene får økt tillit til helsepersonalet. Hvordan pasientene opplever personalets holdninger i møte med dem selv har stor innvirkning på totalopplevelsen. De som opplever å motta dedikert omsorg, lytting og klare behandlingsplaner opplever de er bedre ivaretatt og at tilliten til personalet øker. Som kontrast til dette virker det psykisk belastende dersom pasienten blir møtt med manglende empati eller dårlig kommunikasjon (Bakthavatsalu, 2022).

Pasientene uttrykker at det fremmer trygghet når de kjenner omsorgspersonen fra før. Dette er en sterk indikator som bekrefter teorien til Kari Martinsen om betydningen av en sterk sykepleier-pasient relasjon. Tryggheten de opplever bidrar til å redusere uro.

5.2.3 Egne mestringsstrategier

Resultatene viser at noen pasienter bruker pusteøvelser eller avslapping for å håndtere angst knyttet til pustebesvær, andre finner trøst i at de har levd et godt liv. Eksistensiell angst kan bli håndtert ved å sette søkelys på nuet og unngå samtaler om døden.

Dette stemmer overens med Lazarus sin teori om stressmestring fordi pusteøvelser og avslapping er eksempler på problemorientert mestring som aktivt tar sikte på å eliminere pustebesværet. Sykepleieren bør støtte pasienter i problemorientert mestring og vurdere om det er behov for ytterligere informasjon som kan bidra til bedre resultater basert på pasientens subjektive vurdering av hvorvidt det lindrer uro og/eller psykologiske utfordringer.

Utover at disse tilnærmingene kan bidra til at pasienten får bedre mestringsstrategier til å håndtere sine utfordringer. Kan de også ha en forebyggende funksjon ved å redusere uro og psykologiske behov knyttet til bekymringer for fremtiden ved at pasienten er mindre urolig fordi vedkommende har tro på egne mestringsstrategier.

5.2.4 Psykologiske vansker

Resultatene viser at pasienter med alvorlig KOLS opplever stor emosjonell belastning på grunn av sykdommen. Sosial isolasjon, frykt for fremtiden og selve dødsprosessen, håpløshet

på grunn av sykdommens irreversible natur og frykt for å bli en byrde er noen av de sentrale faktorene som gir psykologiske vansker.

Ut ifra resultatene er sosial isolasjon noe de fleste pasienter med KOLS opplever i ulik grad, det bidrar til at pasienten kan bli deprimert og nedstemt. Det henger også tett sammen med frykten for å bli en byrde. Sykdommen i seg selv kan føre til at pasienten blir sosialt isolert fordi vedkommende ikke har respirasjon eller krefter til å delta på sosiale aktiviteter, og de kan selv velge å isolere seg for å ikke bli byrde for andre. Bekymringer for å bli en byrde for sine nære er gjennomgående. Kari Martinsens omtaler menneskesynet sitt som kollektivistisk fordi vi som mennesker er knyttet til og avhengig av hverandre. Dette behovet er truet når pasienten blir sosialt isolert. Det er kanskje ikke realistisk at pasienten blir fullstendig kvitt sosial isolasjon på grunn av sykdommens natur. Men sykepleieren kan gjennom å styrke relasjonen med pasienten, bruke seg selv til dekke noe av vedkommende sosiale behov. Sykepleieren bør også med pasientens tillatelse forsøke å involvere pårørende. Pårørende trenger informasjon om sosiale konsekvenser av sykdommen. Kunnskap om dette kan gjøre at pårørende har mulighet til å forberede seg og gjøre dem bedre i stand til å støtte pasienten når utfordringene oppstår.

Sosial isolasjon kan også være en konsekvens av negative mestringsstrategier, for eksempel hvis pasienten isolerer seg fra familien sin for å unngå å være en byrde, en som trenger hjelp. Selv om pasienten kanskje lykkes med å ikke være en byrde, vil konsekvensen av dette være at han ikke får dekket sine sosiale behov. Dersom pasienten åpner opp om sine bekymringer og omsorgsbehov kan sykepleieren identifisere slike negative mestringsstrategier og forsøke å korrigere dem.

Frykt for fremtiden og selve dødsprosessen gir konstante bekymringer for pasienten. Resultatene viser til at en del pasienter fant trøst i sin religiøse tro. Dette sammenfaller med Lazarus sin oppfatning om at religiøsitet er en faktor som kan bidra til pasientens evne til effektiv stressmestring. Dette er en faktor som adresserer nedstemthet og depresjon ved å motvirke håpløshet. Fra egen praksis har jeg opplevd en pasient som ble veldig beroliget av strofen «Gud gir oss ikke mer enn vi klarer å stri med», dette er et eksempel på hvordan psykologiske vansker ikke bare lengre er forbundet med håpløshet. Sykepleieren bør gjøre datasamling for å identifisere de av pasientens ressurser som kan bidra til at vedkommende håndterer de psykologiske utfordringene vedkommende står ovenfor.

Det er en generell oppfatning blant pasientene at personalet fokuserer mer på fysiske symptomer enn psykologiske vansker. Det er da viktig at vi som sykepleiere er bevisst vårt lovpålagte og etiske ansvar om å ivareta også de psykologiske behovene. Selv om sykepleieren er bevisst sitt ansvar, er det fortsatt mulig at dette nedprioriteres i en travel arbeidshverdag på grunn av samtidighetskonflikter og andre behov, for eksempel ved at andre pasienter prioriteres fordi behovet fremstår mer viktig. Psykologiske vansker er «stille» lidelser fordi de ikke er like lett synlige som fysiske omsorgsbehov. Flere av artiklene påpeker at pasientene har omfattende psykologiske behov som ikke dekkes. De fremhever at de psykologiske lidelsene er store og at helsepersonellet som møter pasientene ikke klarer å ivareta disse behovene og at det derfor kan være behov for en ny spesialisert palliativ sykepleier for denne pasientgruppen. Jeg er enig i at det kan trenge ettersom resultatene viser at helsepersonellet ikke klarer å dekke alle de psykologiske behovene til pasientgruppen.

Tross at resultatene viser at pasientene plages av psykologiske utfordringer blir det ikke i noen av artiklene nevnt hvorvidt kognitiv adferdsterapi benyttes av sykepleierne i møte med pasienten. Teorien er tydelig på at denne formen for behandling er den best dokumenterte for å adressere psykologiske lidelser. Dette tyder på at sykepleieren bør forsøke å benytte metoden i større grad fordi det kan bidra til å lindre disse utfordringene. Ettersom funnene viser at pasientene ikke ivaretas tilstrekkelig med tanke på sine psykologiske utfordringer bør det vurderes om tverrfaglig samarbeid med psykolog er ønskelig for pasienten.

5.2.5 Fysisk begrensning

Funnene viser at fysisk aktivitet er utfordrende for pasientene, de beskriver en dyp følelse av tap og frustrasjon knyttet til deres fysiske begrensninger (Schroedl et al. 2014). Mange har også gitt opp hobbyer og aktiviteter de tidligere likte (Rosa et al. 2017). Selv om få pasienter hadde gjennomgått lungerehabilitering, viste dette å ha svært gunstig effekt ifølge pasientene selv (Schroedl et al. 2014). Lungerehabilitering innebærer spesifikke tiltak som tar sikte på å forbedre fysiske forhold hos pasienten. Det innebærer tverrfaglig samarbeid med fysioterapeuter som har ekspertise på fysisk trening for pasientgruppen.

I en nasjonal undersøkelse i Norge svarer bare 8 av 158 kommuner at de tilbyr lungerehabiliteringstilbud til sine innbyggere (Simonsen, 2022). Sykepleier bør derfor kanskje være forsiktig med å nevne dette for pasientene, ettersom det kan føre til ytterligere psykologiske utfordringer for pasienten dersom de blir bevisst at de ikke får tilbudet de trenger. På den annen side kan press fra pasientgruppen kanskje øke sannsynligheten for at

nye tilbud blir gjort tilgjengelige. Sykepleieren kan imidlertid oppfordre til kontakt med fysioterapeut som kan bidra med treningsopplegg som minsker fysiske begrensninger eller forhindrer forverring.

5.2.6 Konklusjon

Pasienter med alvorlige medisinske tilstander, slik som KOLS, står overfor et mangfold av utfordringer. På den ene siden uttrykker pasientene en forståelse av deres medisinske tilstand, men det er en påtagelig mangel på innsikt om sykdommens alvorlighetsgrad og fremtidige utfordringer. Selv om informasjon er sentral for pasientenes mestringssevne og følelse av kontroll over deres tilstand, indikerer funnene at informasjonsformidlingen er mangelfull. God informasjon kan styrke pasientenes autonomi, tillit til helsepersonell og bruker medvirkning. Dette indikerer at sykepleieren tar sitt informasjonsformidlings-ansvar alvorlig for å dekke dette behovet.

Sykepleier-pasient-relasjonen er også sentralt for at sykepleier lykkes med å gi nødvendig og tilstrekkelig pleie. Pasienters velvære og følelse av sikkerhet kan forbedres betydelig når de er kjent med omsorgspersonellet. Dette forholdet strekker seg utover grunnleggende medisinsk behandling; pasientene ønsker en forbindelse hvor deres bekymringer blir hørt, og hvor helsepersonalempati og kommunikasjonsevner styrker tillitsbåndet. Manglende empati eller misforståelser kan derimot være psykisk belastende for pasienten. Derfor er det essensielt at sykepleiere prioriterer oppbyggingen av dette forholdet.

Når det gjelder mestringsstrategier, ser vi at pasienter benytter ulike metoder for å håndtere psykologisk stress, spesielt angst knyttet til deres pustebesvær. Pusteøvelser, avslapning, og eksistensielle refleksjoner er alle strategier som pasientene anvender. Sykepleiere har en viktig rolle i å støtte disse mestringsstrategiene og kan også gi pasientene tilleggsinformasjon som kan styrke strategienes effektivitet. Kognitiv adferdsterapi er sammen med legemiddelbehandling mest brukte behandlingsformen innen psykisk helsevern, men resultatene i artiklene viser til at tverrfaglig samarbeid er lite brukt. Kliniske psykologer har mer erfaring og utdanningsgrunnlag for å gi denne behandlingen. Dette er en indikasjon på at psykolog kan være et viktig tverrfaglig samarbeid for pasientgruppens psykiske helse.

Til sist er det viktig å nevne de fysiske utfordringene pasientene står overfor. Fysisk aktivitet er spesielt utfordrende, mange som opplever dyp frustrasjon på grunn av deres begrensninger. Selv om lungerehabilitering viser lovende resultater, er tilbudet sparsomt. Sykepleiere står

derfor overfor et dilemma; anbefale en potensielt gunstig behandling som kanskje ikke er tilgjengelig, eller veilede pasienter mot alternative støttetiltak, som kontakt med fysioterapeuter eller psykolog.

Samlet sett er det klart at pasienter med alvorlig KOLS trenger en helhetlig omsorgsstrategi som adresserer både deres fysiske og psykologiske behov for å lindre deres uro og psykologiske vansker. Sykepleiere, som står i frontlinjen av pasientpleie, og kan derfor iversksette tiltak som kan lindre disse utfordringene.

6. Anvendelse i praksis

6.1 Forslag for å bedre praksis for sykepleiere

Forbedret Informasjonsformidling

Utvikle en standardisert informasjonspakke for KOLS-pasienter, som forklarer sykdommens alvorlighetsgrad, forventet prognose, og behandlingsalternativer i et forståelig format.

Tilby opplærings-sesjoner hvor pasientene kan stille spørsmål om sin tilstand.

Styrke Sykepleier-Pasient-Relasjonen

Organisere regelmessige 1-til-1 samtaler mellom sykepleier og pasient for å diskutere pasientens bekymringer og ønsker.

Tilby opplæring for sykepleiere i effektive kommunikasjonsteknikker og empatisk omsorg.

Støtte Mestringsstrategier

Tilby ressurser og verktøy som hjelper pasienter med å utføre effektive pusteøvelser hjemme.

Tverrfaglig Samarbeid

Etablere tette samarbeid med psykologer for å adressere de psykologiske behovene til KOLS-pasienter. Vurdere å innføre en spesialisert palliativ sykepleierrolle som fokuserer på de unike behovene til KOLS-pasienter.

Fysisk Rehabilitering

Samarbeid med fysioterapeuter for å utvikle tilpassede treningsprogrammer for KOLS-pasienter. Informer pasienter om fordeler og utfordringer med lungerehabilitering, og anbefal tilgjengelige støttetiltak.

6.2 Områder som kan kreve ytterligere forskning

Effektiviteten av Informasjonsformidling

Forskning på hvilke informasjonsmetoder som er mest effektive for KOLS-pasienter.

Dybdeundersøkelse av Sykepleier-Pasient-Relasjonen

Undersøk hvilke tiltak som styrker relasjonen mest og hvilke barrierer som eksisterer.

Mestringsstrategiers Effektivitet

Forskning på hvilke mestringsstrategier som er mest effektive for å redusere psykologisk stress blant KOLS-pasienter.

Optimal Tverrfaglig Intervensjon

Studere hvordan tverrfaglig samarbeid kan forbedres for å gi helhetlig omsorg.

Effektivitet av Fysiske Rehabiliteringsmetoder

Forskning på de mest effektive fysiske rehabiliteringsmetodene for KOLS-pasienter, og hvordan de kan integreres i helsetjenesten. Ved å adressere de nevnte forslagene kan sykepleiere ytterligere forbedre omsorgen de gir til KOLS-pasienter og sikre at både fysiske og psykologiske behov blir ivaretatt på en helhetlig måte.

Kilder

Bakkelund, J., Thorsen, B.H., Almås, H., Sorknæs, A.D. & Grønseth, R. (2020) Sykepleie ved lungesykdommer. Almås, H. (Red.), *Klinisk sykepleie bind 1*(5.utg., s. 117-182). Gyldendal akademisk.

Bakthavatsalu, B., Walshe, C. & Simpson, J. (2022) The experience of hospitalization in people with advanced chronic obstructive pulmonary disease. *Sage journals*, 19(2).

<https://doi.org/10.1177/17423953211073580>

Broedtkorb, K. (2010), Respirasjon og sirkulasjon. Ranhoff, A.H. (Red.) *Geriatrisk sykepleie*(1.utg., s. 319-332). Gyldendal akademisk.

Dahl, A. (2021), Hva er psykiske lidelser? Gonzelez, M.T. (Red.) *Psykiske lidelser* (1. utg., s. 8-13). Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.) Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2020) *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.) Gyldendal akademisk.

Friberg, F. (2017). *Dags for oppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3.utg.). Studentlitteratur

Grundt, H. & Mjell, J. (2019), Sykdommer i respirasjonsorganene. Bach-Gansmo, E. (Red.) *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 217-251). Gyldendal akademisk.

Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for diagnostisering og behandling av kronisk obstruktiv lungesykdom*(sist faglig oppdatert 15. februar 2022).

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

Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell*(LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2

Jahren, F. (2019) *Lungerehabiliteringstilbud i norske kommuner for personer med kronisk obstruktiv lungesykdom: Kartleggingsstudie. Landsforeningen for hjerte- og lungesyke.*

<https://www.lhl.no/contentassets/44d4e860d15d4e3590976e3e169fd07d/lhl->

kartleggingsstudie-kols_rapport.pdf

Kristoffersen, N.J. (2011) Stress og mestring. Skaug, E-A (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3*. (2.utg. s. 133-197). Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N.J. (2011) Teoretiske perspektiver på sykepleie. Skaug, E-A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1*.(2.utg. s. 207-280). Gyldendal akademisk.

Martinsen, E.W (2021) Angstlidelser. Gonzalez, M.T. (Red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (1.utg., s.115-120). Gyldendal akademisk.

Martinsen, E.W. & Gonzalez, M.T. (2021) Kognitiv atferdsterapi. Gonzalez, M.T. (Red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (1.utg., s.376-382). Gyldendal akademisk.

Mousing, C.A., Timm, H., Kirkevold, M & Lomborg, K. (2018). Receiving home care and communicating about COPD-related concerns and palliative care. *Nordisk sygeplejeforskning*. 8(2), <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2018-02-03>

Nystad, W. (09.11.2022). *Kronisk obstruktiv lungesykdom i Norge*. Folkehelseinstituttet.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient-%20og%20brukerrettighetsloven>

Rosa, F., Bagnasco, A., Ghirotto, L., Rocco, G., Catania, G., Aleo, G., Zanini, M., Dasso, N., Hayter, M. & Sasso, L. (2017) Experiences of older people following an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of clinical nursing*. 27(5-6). <https://doi.org/10.1111/jocn.14189>

Schroedl, C.J., Yount, S.E., Szmuiłowicz, E., Hutchison, P.J., Rosenberg, S.R. & Kalhan, R. (2014). A qualitative study of unmet healthcare needs in Chronic obstructive pulmonary disease. A potential role for specialist palliative care. *Annals of the American thoracic society*. 11(9), <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201404-155BC>

Simonsen, M.C.A (2022, 10.03) Kartlegging: Få kommuner tilbyr lungerehabilitering, *Dagens medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/forskning-helsepolitikk-og-helseokonomi-kols/kartlegging-fa-kommuner-tilbyr-lungerehabilitering/262927>

Strang, S., Ekberg-Jansson, A. & Hensch, I. Experience of anxiety among patients with severe COPD. *Cambridge journals*. 12(6).
<https://www.cambridge.org/core/journals/palliative-and-supportive-care/article/experience-of-anxiety-among-patients-with-severe-copd-a-qualitative-indepth-interview-study/EDB24248D86CAF9B2CEDD2BE25480F7F>

Vedlegg

Vedlegg 1 Søkelogg

Søkedato	Databaser	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensinger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
07.09.23	Cinahl	COPD or chronic obstructive pulmonary disease and fear and anxiety	År: 2013-2023 Peer reviewed Research article	17	10	8	4(A, B, C, D)
2.10.23	Cinahl	COPD or chronic obstructive pulmonary disease and palliative care	År: 2013-2023 Peer reviewed Research article	446	4	2	0
3.10.23	Cinahl	Palliative care and physical activity and mental health	År: 2013-2023 Peer reviewed Research article	3	0	0	0
3.10.23	Cinahl	Mental health and physical activity	År: 2013-2023 Peer reviewed Research article	4538	0	0	0
3.10.23	Cinahl	Mental health and physical activity and COPD or chronic obstructive pulmonary disease	År: 2013-2023 Peer reviewed Research article	10	3	1	0
3.10.23	Cinahl	COPD threatment and mental health	År: 2013-2023 Peer reviewed Research article	25	4	2	0
3.10.23	Cinahl	COPD or chronic obstructive pulmonary disease and palliative care or palliative care nursing	År: 2013-2023 Peer reviewed Publication type: Journal article. Interest: Critical care	2	1	1	1(E)

Vedlegg 2 Litteratormatrise

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel- tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/ pasient/ pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
Mousing, C.A. , Timm, H. , Kirkevold, M & Lomborg, K. 2018 Nordisk sykeplejeforskning . Danmark	Receiving home care and communication about COPD-related concerns and palliative care	Utforske pasientperspektivet på hjemmesykepleie og kommunikasjon med profesjonelle omsorgsgivere om bekymringer og utfordringer i hverdagen med KOLS	Pasientperspektiv	Feltobservasjoner av 13 hjemmebesøk etterfulgt av individuelle intervjuer med pasientene. Det ble deretter utført en kvalitativ beskrivende analyse.	Pasienter med KOLS som mottar hjemmesykepleie. Totalt 13 pasienter deltok i studien.	Pasientene nølte med å belaste profesjonelle omsorgsgivere med sine bekymringer og skjulte deres bekymringer for både familie og profesjonelle. Pasientene var bekymret for sykdomsforløpet og fremtidig liv. Pasientene ønsket at omsorgsgivere ga dem mulighet til å diskutere bekymringer. Pasientene satte pris på kontinuitet i kontakt med profesjonelle omsorgsgivere.
Schroedl, C.J. , Yount, S.E. , Szmulowicz, E. , Hutchison, P.J. , Rosenber, S.R. & Kalhan, R. 2014 Annals of the American Thoracic Society. USA	A qualitative study of unmet healthcare needs in chronic obstructive pulmonary disease. A potential role for specialist palliative care.	Forstå de umøtte omsorgsbehovene blant pasienter med KOLS for å bestemme hvilke aspekter av lindrende omsorg som er mest gunstige.	Pasientperspektiv	Semistrukturerte intervjuer av pasienter. Intervjuene ble transkribert og vurdert ved hjelp av tematisk analyse.	Pasienter med KOLS som ble innlagt pga. KOLS-forverring. Totalt 20 pasienter deltok i studien	Halvparten av deltakerne manglet og ønsket mer informasjon om alvorlighetsgraden av sykdommen. Sykdommen forhindret deltakelse i aktiviteter. Angst og/eller depressive symptomer var <u>tilstede</u> hos de fleste deltakerne. De fleste deltakerne identifiserte sosiale begrensinger og følte seg innesperret i hjemmene sine.
Strang, S. , Ekberg-Jansson, A. & Henoch, E. 2013 Cambridge journals. Sverige.	Experience of anxiety among patients with severe COPD: A qualitative, in-depth interview study	Utforske hvordan pasienter med alvorlig KOLS opplever angst og deres strategier for å lindre angst.	Pasientperspektiv	Kvalitativ, dybdeintervjuer av pasienter. Intervjuene ble analysert ved hjelp av innholdsanalyse-tilnærming som involverte tolkende koding og identifisering av temaer.	Personer med alvorlig KOLS ble rekruttert fra lungemedisinsk poliklinikk i Sverige. 31 deltakere deltok i studien.	De fleste pasienter hadde opplevd angst i forbindelse med KOLS. Analysene avdekket tre hovedtemaer: Dødsangst, livsangst og motvekt til <u>angst</u> (inkl. Mestring og aktiviteter som gir glede).
Rosa, F., Bagnasco, A. , Ghirotto, L. , Rocco, G. , Catania, G., Aleo, G. , Zanini, M. , Dasso, N. , Hayter, M. & Sasso, L. 2017 Journal of clinical nursing. Italia	Experiences of older people following an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: A phenomenological study.	Utforske opplevelsen til pasienter med KOLS etter <u>sykehusinnleggelse</u> på grunn av en akutt KOLS-forverring.	Pasientperspektiv	En beskrivende fenomenologisk studie, den ble brukt dybde intervjuer. Resultatene ble <u>analysert</u> ved hjelp av <u>Colaizzi's</u> fenomenologiske rammeverk.	12 pasienter med KOLS som nylig har kommet seg etter en KOLS-forverring.	Fire temaer ble identifisert fra dataene: følelse av tap og frustrasjon, håpløshet, usikkerhet om fremtiden og frykt for å bli en byrde. Deltakerne fremsto engstelige som et resultat av den akutte KOLS-forverringen.
Bakthavatsalu, B. , Walshe, C. & Simpson, J. 2017 Sage journals. India	The experience of hospitalization in people with advanced chronic obstructive pulmonary disease: A qualitative, phenomenological study	Forstå den levde opplevelsen av <u>sykehusinnleggelse</u> hos pasienter med alvorlig KOLS.	Pasientperspektiv	Kvalitativ, beskrivende fenomenologisk tilnærming. Ustrukturerte intervjuer ble gjennomført og analysert ved hjelp av <u>Giorgi's</u> beskrivende fenomenologiske analysemetode.	15 personer med alvorlig KOLS deltok i studien.	Akutte KOLS-forverringer førte til gjentatte sykehusinnleggelse. Innleggelsene ga en følelse av trygghet. Holdninger blant omsorgsgiverne formet opplevelsen av innleggelsen. Et sammensatt lidelsesbilde ble identifisert: fysiske-, psykiske- og <u>åndeligelidelser</u> .

Kandidatnummer: 1500