



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Bacheloroppgave

SY 301813 Sykepleie VI

Kols, angst og dyspné

Kandidatnumre: 4420 og 4406

Totalt antall sider inkludert forsiden: 47

Antall ord: 8089

Innlevert Ålesund, 18.05.2016

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å betrakte som fusk og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift.	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Henny Torheim

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13/Fvl. §13](#))

Dato: 18.05.2016

Sammendrag

Bakgrunn: Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er en av de hyppigste årsakene til sykdom og død i hele verden. I følge helsedirektoratet (2012) har 250 000-300 000 nordmenn sykdommen, og man kan regne med at 50% ikke er diagnostisert enda.

Angst er langt vanligere hos personer med kols enn hos den generelle befolkningen.

Hensikt: Vi ønsker med denne oppgaven å få innsikt i pasientenes egne erfaringer rundt angst i forbindelse med dyspné.

Metode: En systematisk litteraturstudie inspirert av Evans (2002) ble gjennomført for å identifisere, kvalitetssikre og analysere forskning om temaet. Data ble samlet inn gjennom faglitteratur og forskningsartikler.

Resultat: En stor andel av pasientene med kols lider også av angst på grunn av dyspné. Dette fører til isolasjon og tap av kontroll og håp. Angst er en oversett tilstand som påvirker pasientene både fysisk og psykisk.

Konklusjon: Det finnes ikke noe sikkert tall på hvor mange personer med kols som lider av angst, men våre funn tyder på at det er et stort problem. Konsekvensene av angst relatert til dyspné er isolasjon, tap av kontroll og tap av håp. De fysiske og psykiske konsekvensene påvirker hverandre og fører til at pasientene lever i en ond sirkel preget av angst og dyspné.

Nøkkelord: Kronisk obstruktiv lungesykdom, kols, dyspné, angst

Abstract

Background: One of the most common reasons for disease and death worldwide today is Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). According to Helsedirektoratet (2012) 250 000-300 000 Norwegians has the disease. One can assume that 50% by now are still not diagnosed. Anxiety is more common in people with copd than in the general population.

Aim: Thesis to reveal the patients insight of own experiences with anxiety connected to dyspnea.

Method: A systematic literature study inspired by Evans (2002) was completed to identify, assure and analyse research about the theme. Data were collected through professional literature and research papers.

Results: Majority of patients with copd suffer from anxiety because of dyspnea. This leads to isolation and loss of control and hope. Anxiety affects the patients both physically and mentally but condition is not considered.

Conclusion: There is no ceratain number on how many people with COPD who also suffer from anxiety, but our findings indicate that this is a large problem. The consequences of anxiety related to dyspnea are isolation, loss of control and loss of hope. The physical and mental consequences affect each other and lead the patients into a vicious cycle of anxiety and dyspnea.

Key words: Chronic obstructive pulmonary disease, copd, dyspnea, anxiety

Innhold

1.0 INNLEDNING	1
1.1 VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING.....	1
1.2 OPPGAVENS OPPBYGNING	2
2.0 TEORIBAKGRUNN	3
2.1 KRONISK OBSTRUKTIV LUNGESYKDOM.....	3
2.1.1 <i>Symptomer på kols</i>	4
2.1.2 <i>Behandling og sykepleie til pasienter med kols</i>	4
2.2 DYSPNÉ.....	5
2.3 ANGST	6
2.4 Å LEVE MED KRONISK SYKDOM	8
2.5 KATIE ERIKSSONS OMSORGSTEORI.....	8
3.0 METODE	10
3.1 INKLUSJONSKRITERIER	10
3.2 EKSKLUSJONSKRITERIER	10
3.3 DATAINNSAMLING	11
3.3.1 <i>Søkestrategi</i>	11
3.4 KVALITETSVURDERING	12
3.5 ETISKE VURDERINGER.....	13
3.6 ANALYSE	13
4.0 RESULTAT	15
4.1 ISOLASJON	15
4.2 TAP AV KONTROLL.....	16
4.3 TAP AV HÅP	17
5.0 DISKUSJON	19
5.1 METODEDISKUSJON.....	19
5.2 RESULTATDISKUSJON	20
5.2.1 <i>Å forebygge isolasjon</i>	20
5.2.2 <i>Kontroll over pusten og angsten</i>	22
5.2.3 <i>Fremme livsmot og håp</i>	25
6.0 KONKLUSJON	28
LITTERATURLISTE	29
VEDLEGG 1-8	33-41

1.0 Innledning

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er en underdiagnostisert tilstand fordi mange mennesker har kols uten å vite om det. Kols er en av de hyppigste årsakene til sykdom og død i hele verden. Sykdommen forekommer oftest hos personer over 40-årsalderen (Mjell, 2012). Om lag 250 000-300 000 nordmenn har sykdommen, og man regner med at halvparten av disse ikke har fått diagnosen enda. Ved god oppfølging, behandling og rehabilitering kan livskvaliteten og leveutsiktene til de som rammes forbedres, til tross for at sykdommen er uhelbredelig. De fleste som rammes av denne sykdommen røyker, men personer som har blitt utsatt for langvarig eksponering for kjemikalier og støv kan også bli rammet. Mange mennesker som lider av kols opplever psykiske problemer som følge av sykdommen. Dyspné er sykdommens hovedsymptom og kan oppleves skremmende og gi angstsymptomer. Angst og depresjon er langt vanligere hos personer med kols enn hos den generelle befolkningen. Angst kan føre til fysiske begrensninger for pasienten, isolasjon og fravær fra sosiale aktiviteter. Dette blir ofte oversett og forblir derfor ubehandlet (Helsedirektoratet, 2012). Kronisk sykdom kan føre til at livet endrer seg. Dagliglivet får ofte helt nye betingelser og utfordringer på mange områder (Gjengedal og Hanestad, 2007).

Det finnes lite litteratur angående tiltak for å behandle eller forebygge angst hos pasienter med kols. I Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging av personer med kols (Helsedirektoratet, 2012) blir det derimot henvist til flere studier som konkluderer med at lungerehabilitering gir færre symptomer på angst. Hensikten med denne oppgaven er å belyse pasientens erfaringer med angst relatert til dyspné og utfordringer som følge av det.

1.1 Valg av tema og problemstilling

Det å leve med alvorlig grad av kols er også å leve med angst for åndenød og kvelning på grunn av dyspné. Pasientene får redusert fysisk funksjon, redusert livsutfoldelse og redusert livskvalitet. Pasientene må tilpasse hverdagslivet etter respirasjonssvikten (Almås et al. 2013). I følge den nasjonale faglige retningslinjen og veilederen for kols (Helsedirektoratet, 2012) resulterer ofte angst og depresjon i sosial isolasjon, ensomhet,

hjelpeløshet, håpløshet og passivitet. Dette kan føre til en ond sirkel med tung pust og økende immobilisering som deretter påvirker psykososiale forhold over tid. Angst kan dermed redusere livskvaliteten til personer med kols. Etter en gjennomgang av 81 studier i 2007 har forskere ved UiB funnet ut at opptil 67 prosent av pasienter med kols har symptomer på panikk-angst (Nordhus og Hynnien, 2007).

I denne oppgaven skal vi belyse pasientenes egne erfaringer og opplevelser av sykdommen, noe som er viktig å kjenne til for at man som sykepleier skal kunne gi god pleie og omsorg til pasientene. På bakgrunn av dette har vi kommet frem til problemstillingen:

”Hvordan erfarer pasienter med KOLS angst relatert til dyspné?”

1.2 Oppgavens oppbygning

Videre i denne oppgaven kommer en teoridel som beskriver sykdommen kols, angst og dyspné. Katie Erikssons sykepleietori blir deretter presentert. I metodekapittelet gjøres det rede for datainnsamlingen som har blitt gjort, samt at det foretas en analyse av forskningsartiklene. I resultatdelene blir funnene som ble identifisert gjennom analyseringen av forskningen presentert. Deretter kommer diskusjon av sentrale funn i lys av teoribakgrunnen og av hvordan man kan bruke funnene til å gi god sykepleie til denne pasientgruppen. Til slutt kommer en kort konklusjon og anbefalinger til videre forskning.

2.0 Teoribakgrunn

2.1 Kronisk obstruktiv lungesykdom

Kols er en samlebetegnelse på sykdommer som ikke er reversible og som kjennetegnes av økt luftveismotstand. Sykdommene som hovedsakelig kommer inn under begrepet er kronisk obstruktiv bronkitt, emfysem og en kombinasjon av disse (Almås et al. 2013). Definisjonen på kronisk obstruktiv bronkitt er hoste og ekspektoratproduksjon i minst tre måneder og i minst to etterfølgende år. Definisjonen på emfysem er kronisk tung pust som skyldes ødeleggelser av lungevev og utvidede alveoler, som kan forekomme ved alvorlig kols. Langvarig irritasjon fører til en kronisk inflammatorisk reaksjon i bronkiene. Inflammasjonen fører til at slimhinnene blir ødematøse, og sekretproduksjonen øker på grunn av økt antall slimproduserende celler. Slimet blir seigere og det oppstår lettere slimplugger (Mjell, 2012).

Kols inndeles i fire alvorlighetsgrader, GOLD-stadium 1-4. GOLD-kriteriene er basert på at forventet verdi hos lungefriske personer i % av totalt utblåst luft (forsert vitalkapasitet, FVC) skal være <70 % (Helsedirektoratet, 2012).

GOLD stadium	FEV i % (forventet verdi hos lungefriske personer)	Betegnelse
I	>80%	Preklinisk kols
II	50-79%	Moderat kols
III	30-49%	Alvorlig kols
IV	<30%	Meget alvorlig kols

Stadium 1 kjennetegnes ved mild luftstrømsobstruksjon og vanligvis kronisk hoste og slim fra lungene. Stadium 2 kjennetegnes av økende luftstrømsobstruksjon og kronisk hoste og/eller slim fra lungene. Stadium 3 kjennetegnes ved alvorlig luftstrømsobstruksjon og

akutte forverringar av symptomar som har innverknig på pasientens livskvalitet. Stadium 4, som er den mest alvorlige formen for kols, kjennetegnes ved alvorlig luftstømsobstruksjon, samt respirasjonssvikt, et konstant økt trykk i lungekretsløpet og at pasientens livskvalitet er betydelig redusert (Almås et al. 2013).

Det er flere årsaker til kols, men den viktigste årsaken er tobakksrøyking. I to av tre tilfeller er røyking årsaken. Likevel er det bare et mindretall av personer som røyker som utvikler sykdommen, dermed styrkes teorien om at genetiske faktorer har en sammenheng med utviklingen. Andre årsaker til kols er langvarig eksponering for støv og kjemikalier, passiv røyking, hyppige lungeinfeksjoner i barndommen, utendørs luftforurensning som bidrar til lungenes totale belastning av inhalerte partikler og innendørs forurensning fra fossile brennstoffer (Almås et al. 2013). Dødeligheten av kols er høy, og pasienter med kols trenger livslang legemiddelbehandling. Blant pasienter som legges inn på sykehus på grunn av kols er det ca. 25% som dør i løpet av to år, og ca. 50% dør i løpet av fem år. Årsaker som kan forverre prognosen er dårlig ernæring, vekttap, hypoksemi, høyresidig hjertesvikt og takykardi i hvile (Mjell, 2012).

2.1.1 Symptomer på kols

Det mest typiske symptomet på kols er kronisk hoste med ekspektorat. Tung pust ved anstrengelse og økt slimproduksjon kommer gradvis. Ekspektoratet er som regel pussholdig og gulgrønt, men kan også være gråhvitt. Gråhvitt ekspektorat er et tegn på irriterte slimhinner, og slik irritasjon fører til økt slimproduksjon. En vanlig grunn til at personer med kols kontakter lege er forverring av pusten i forbindelse med luftveisinfeksjoner (Mjell, 2012). Pasienten må gjennom en lungefunksjonsundersøkelse (spirometri) for at diagnosen skal stilles. Denne undersøkelsen måler pasientens tidevolum og hvor stor vitalkapasiteten er. Vitalkapasiteten er den totale luftmengden pasienten puster ut etter maksimal inspirasjon (Almås et al. 2013).

2.1.2 Behandling og sykepleie til pasienter med kols

Først og fremst er det viktig at pasienter med kols slutter å røyke for å redusere sykdomsutviklingen. Det er også viktig at personer som pasienten omgås slutter eller unngår å røyke i nærvær av pasienten. Dersom sykdommen har sammenheng med støv

eller partikler, for eksempel på arbeidsplassen, må det iverksettes tiltak for at pasienten skal unngå å bli eksponert for dette. Aktuelle legemidler ved kolssykdom er legemidler som utvider bronkiene (Mjell, 2012). Behandling med inhalasjoner er førstevalget for personer med kols som trenger legemidler og som kan inhalere. Bronkodilatorer i kombinasjon med langtidsvirkende adrenerge beta-2-agonister og kortikosteroider er aktuelle legemiddelgrupper til inhalasjon (Helsedirektoratet, 2012).

Pasienter med kols har behov for god sykepleie, og de kan blant annet trenge hjelp til å utføre daglig stell. Dette kan være en utfordring fordi pasientene med kols ofte er tungpustne både ved aktivitet og i hvile. Det er derfor viktig at sykepleier tar seg god tid når de skal hjelpe denne pasientgruppen med personlig hygiene for å unngå at pasientene får anfall av tungpusthet (Okshom og Torheim, 2016). I følge Lomberg et al. (2005) oppfatter pasienter med kols daglig stell som vesentlig for å bevare deres integritet. Økt kunnskap om kols kan forbedre sykepleierens rolle i å tilrettelegge for pasientene.

Sykepleier kan hjelpe pasienten til å mestre respirasjonsarbeidet ved hjelp av mestringsstrategier. Dette kan for eksempel være å puste med sammenpressede lepper, noe som gjør ekspirasjonen jevn og langvarig (Brodtkorb, 2013). Det er viktig at sykepleiere gir pasienten nødvendig opplæring slik at de får kunnskap og forståelse og dermed selv kan vurdere symptomer, alvorlighetsgrad og iverksette egen behandling. Andre tiltak som er viktige hos pasienter med kols er motivering til livsstilsendring. Pasientene bør også få et tilbud om rehabilitering der allmennlege, sykepleier og fysioterapeut er involvert (Helsedirektoratet, 2012).

2.2 Dyspné

Dersom en pasient har en sykdom som affiserer respirasjonsorganene, vil pasienten puste raskere og dypere på grunn av at kroppen vil opprettholde normal respirasjon, noe som videre medfører at det blir tungt og vanskelig å puste. De som lider av dyspné er ofte engstelige fordi følelsen av å ikke få puste er svært skremmende, angst er derfor ett ledende symptom hos pasienter med kols som lider av dyspné (Mjell, 2012).

Pasienter med kols får en følelse av å bli kvalt fordi de ikke får inn nok luft. Tung pust oppstår blant annet når pasienten må bruke viljestyrte muskler for å bidra til å puste, dette kan for eksempel være å ”presse” ut luft. Slitne pasienter kjenner på tung pust på grunn av

at pustingene krever mer muskelarbeid enn det pasienten har krefter til. Dyspné gjør livskvaliteten til pasientene dårligere (Almås et al. 2013). Aktiviteter som tidligere ikke var et problem for pasienten å utføre blir mer krevende, som for eksempel å utføre personlig hygiene og andre dagligdagse aktiviteter (Brodtkorb, 2013). En pasient som har opplevd åndenød vil gjøre mye for å unngå en lignende situasjon. Dermed vil pasienten begrense den fysiske aktiviteten, og samtidig være redd for å være alene. Det vil også begrense pasientens liv fordi de unngår aktiviteter som kan føre til tung pust, og dermed blir de inaktive og isolerer seg (Almås et al. 2013).

Symptomer som tung pust ved hvile er ofte en årsak til at pasienter oppsøker helsetjenesten. Helsedirektoratet (2012) har en modell for gradering av tung pust som ofte blir brukt i helsetjenesten:

”Grad British Medical Research Council’s (BMRC) dyspné-gradering

0. Jeg blir tungpusten bare når jeg trener hardt.

1. Jeg får åndenød når jeg skynder meg på flat mark eller i slakk motbakke.

2. Jeg er tregere enn de fleste på min alder på flat mark, eller jeg må stoppe på grunn av tung pust når jeg går i mitt eget tempo på flat mark.

3. Jeg må stoppe for å få igjen pusten etter 100 meters gange, eller etter noen få minutter i mitt eget tempo på flat mark.

4. Jeg er så tungpusten at jeg ikke kommer meg ut av huset, eller blir tungpusten ved på- og avkledning” (Ibid).

Pasienter med langkommen kols sitter ofte foroverbøyd og lener seg på utstrakte armer for å få maksimal toraksbevegelse. En annen metode som de ofte bruker er å lene seg forover med albue støttet til bordet. Respirasjonsarbeidet krever økt bruk av hjelpemuskler i nakke og skuldre (Almås et al. 2013).

2.3 Angst

Med angst forstår vi en tilstand som kjennetegnes av kroppslige, følelsesmessige, kognitive og atferdsmessige opplevelser. Det kan innebære frykt, bekymring, uro og panikk. Pasienter kan oppleve angst for kvelning ved alvorlig åndenød, da det gir en opplevelse av å ikke greie å trekke pusten helt ned i lungene og dermed en følelse av at brystkassen snøres sammen. Angst oppleves skremmende for pasientene, og kan virke

lammende på deres utfoldelse fordi de føler seg hjelpeløse og ute av stand til å håndtere situasjonen (Almås et al. 2013).

Akutt og/eller kritisk syke pasienter kan oppleve ufrihet, meningsløshet og utrygghet. Dette kan forårsakes av svikt i vitale funksjoner som respirasjonen. Det som skaper mest angst hos et menneske er opplevelsen av å ikke få puste. Pasienter som er akutt og/eller kritisk syke opplever ofte smerte og ubehag som belastende og meningsløst. Smerteopplevelsen kan forsterkes ved at pasienten ikke har innsikt i eller oversikt over situasjonen. Pasienten vil da oppleve angst for den ukjente situasjonen (Stubberud, 2013).

Patricia Bailey har utført forskning på pasienter som opplever akutte episoder av kols og hun hevder at det er viktig at sykepleieren gjenkjenner angst som et tegn og ikke nødvendigvis som årsaken til tung pust. Tung pust blir også ansett for å være en trigger for angst. Dyspné er det viktigste symptomet ved kols og er assosiert med akutt forverring av tilstanden. Dette er en subjektiv opplevelse. Pasientene i studien beskrev situasjoner der anstrengelse hadde forårsaket at de ble andpustne og engstelige. Dette resulterte ofte i en ond sirkel med forverring av angst og dyspné (Bailey, 2004).

Hummelvoll (2012) beskriver fire stadier av angst:

Mild angst: Dette nivået relateres til spenninger i dagliglivet. En blir mer bevisst og ser, hører og lærer mer enn ellers. Personen kan sette navn på angsten og gjenkjenne den.

Moderat angst: En ser, hører, lærer og forstår mindre. Kan ha følelsen av engstelse, men kan få kontroll på angsten ved å anstrenge seg.

Sterk angst: Persepsjonsfeltet er sterkt redusert. En ser, hører, lærer og forstår veldig lite. Personen kan være ute av stand til å forstå angst og er urolig. Viktige symptomer er hodepine, kvalme, skjelving og svimmelhet.

Panikk: En oppfatter bare angst. De har en følelse av uvirkelighet, tankeflukt, forvirring og frykt. Enkelte makter ikke å snakke og andre kan utløse en stor ordflom. Personen kan gå, løpe eller flukte uten å vite hvor.

Haviks kontrollmodell (1989, 1992) omtaler kognitiv kontroll, instrumentell kontroll og emosjonell kontroll. Instrumentell kontroll innebærer pasientens evne til å forebygge blant annet negative hendelser som angst gjennom egen aktivitet. Denne modellen kan brukes av

sykepleiere til å hjelpe pasienter med å kontrollere og forebygge angstanfall (Stubberud, 2015).

2.4 Å leve med kronisk sykdom

Kols er en kronisk sykdom som vil påvirke pasientene både fysisk og psykisk, sykdommen fører til mange plager og begrensninger som reduserer livskvaliteten. Situasjoner som tidligere ikke var noe problem å håndtere, vil etter hvert bli en utfordring for pasientene (Andenæs, 2008). Ved god oppfølging, behandling og rehabilitering kan livskvaliteten og leveutsiktene bedres (Helsedirektoratet, 2012). Den symptomatiske behandlingen er relativt effektiv og omfatter primært bronkodilaterende midler i inhalasjonsform. Annen medisinsk behandling som er aktuelt for denne pasientgruppen er slimløsende medikamenter og oksygen. Pasienter med langkommen kols kan være avhengige av permanent oksygenbehandling (Andenæs, 2008).

Hvilke konsekvenser sykdommen har for den enkelte pasients psykososiale behov henger sammen med pasientens følelser og hvordan han mestrer pasientrollen. Alvorlighetsgrad av sykdommen, alder og kjønn er faktorer som påvirker dette (Stubberud, 2015).

Pasientene kan føle skyld og skam for å ha pådratt seg en sykdom på grunn av tobakksrøyking (Stubberud, 2015). Psykiske konsekvenser av sykdommen er at pasienten må tilpasse hverdagen etter respirasjonssvikten. Hvor mye av dagliglivet som må forandres avhenger av sykdomsgraden og hva den enkelte orker. Fysiske konsekvenser ved sykdommen er at pasientene blir fortere slitne ved anstrengelse enn friske mennesker, noe som medfører at pasientene kan oppleve livet som meningsløst (Almås et al. 2013).

2.5 Katie Erikssons omsorgsteori

Katie Eriksson hevder at omsorg er et grunnleggende behov i sykepleien. Dette består av tre ulike elementer: pleie, lek og læring. Hennes oppfatning av mennesket danner grunnlaget for hele hennes teori. Hun fokuserer på at omsorgen skal ha et helsefremmende formål. Helsebegrepet er vidt og har preg av å være i en tilstand der man som menneske er helt, integrert og stadig i forandring. Eriksson beskriver mennesket ut i fra det eksistensielle hovedproblem som er forholdet mellom mennesket og Gud og forholdet

mellom mennesket og andre mennesker. Hun beskriver tro, håp og kjærlighet som fundamentale aspekter (Kirkevold, 2014).

I følge Eriksson er det som gir mennesket mot til å kjempe å vite at det finnes en kjærlig favn å søke til. Trøst gir lindring for pasienter i lidelse som oppleves uutholdelig. Trøst vekker tillit hos den lidende og gir mot og håp. Det må finnes plass for livsglede og livshåp i trøsten (Eriksson, 1995). Bastøe beskriver at håp er sentralt for å kunne mestre tap, usikkerhet og lidelse. Håp skaper tro. Det kan være en strategi for å holde ut lidelse og det øker menneskets motivasjon til å kjempe frem mot nettopp håpet. Dette kan hindre at frykten og angsten overtar (Bastøe, 2011). Eriksson beskriver den sjelelige og åndelige lidelsen som pasientens opplevelse av skam og skyld for å ha en sykdom eller en skade (Stubberud, 2015).

3.0 Metode

I denne oppgaven er det benyttet systematisk litteratursøk. I følge Forsberg og Wengstrøm (2013) er det en forutsetning at det finnes tilstrekkelige antall studier av god kvalitet for å kunne utføre et systematisk litteratursøk. En systematisk litteraturstudie skal ha en tydelig formulert problemstilling som skal besvares systematisk ved å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (ibid). Vi valgte å skrive ned inklusjonskriterer og eksklusjonskriterier for å finne forskning som var relevant for vår oppgave.

3.1 Inklusjonskriterier

- Pasienterfaringer
- Pasienter med kols, angst og dyspné
- Ingen avgrensning i forhold til alder
- Etisk vurderte artikler
- Studier av kvalitativt design
- Språk: Norsk, svensk, dansk og engelsk
- Nyere og relevant forskning

Vi valgte å ikke begrense søket etter alder på grunn av at de fleste pasientene som har sykdommen kols er over 40 år gamle, og de som har sykdommen har den resten av livet. Det ble kun inkludert studier som var av kvalitativt design da vi ønsket å få frem pasientenes egne opplevelser. Vi ønsket å inkludere artikler som var nyere og relevante, men begrenset ikke søket til alder på artiklene, da pasientenes egne oppfatninger er like relevante om artikkelen er ny eller gammel. Vi hadde ingen avgrensning i forhold til hvilket stadium av sykdommen pasientene var i, da opplevelsen av angst er personavhengig.

3.2 Eksklusjonskriterier

- Studier med kvantitativt design
- Sykepleieperspektiv
- Pårørendeperspektiv
- Andre språk enn norsk, svensk, dansk og engelsk
- Artikler som ikke var etisk vurderte

3.3 Datainnsamling

3.3.1 Søkestrategi

En søkestrategi omhandler å søke etter fakta i databaser og avgjøre hvor gamle artiklene skal være, hvilket språk de skal være på og hvilke studier som er interessante. Ut i fra disse kriteriene må det velges hvilke databaser en skal søke i, samt søkeord. Deretter velges det ut artikler som er relevante, og sammenfatningen leses før artiklene leses i sin helhet for kvalitetssikring (Forsberg og Wengstrøm, 2013).

Når vi skulle finne relevante forskningsartikler ble det søkt i ulike databaser der ulike søkeord som var relevante ble kombinert for å finne forskning som omhandlet vårt tema. Databasene vi søkte i var SveMed+, CinahlComplete, PubMed og Science Direct. De inkluderte artiklene i denne oppgaven fant vi i CinahlComplete, Science Direct og PubMed. Søkeordene vi brukte var copd, anxiety, experience, patient, dyspnea, qualitative, breathlessness, understanding, qualitative method og living with breathlessness. Vi laget en tabell med oversikt over søkehistorikken vår, slik at det ble mer oversiktlig.

	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
COPD and anxiety and experience	11/1-16	CinahlComplete	29	9	5	3
COPD and patient and experience and dyspnea	12/1-16	CinahlComplete	24	3	2	1
COPD and patient and experience and qualitative and breathlessness	2/2-16	PubMed	24	5	2	1
Understanding experience and COPD	21/1-16	Science Direct	35	6	1	1

and dyspnea and anxiety and qualitative Topic:COPD						
COPD and dyspnea and experience and qualitative method	1 /2-16	PubMed	14	5	1	1
COPD and experience and living with breathlessness	1 /2-16	PubMed	55	13	2	1

Når vi søkte etter forskningsartikler leste vi først over overskriftene på artiklene, før vi leste sammendraget på de som omhandlet vår problemstilling. Det kom opp flere treff på artikler som ikke omhandlet pasienterfaringer, og derfor leste vi ikke sammendraget på disse artiklene. Videre leste vi de artiklene som gikk inn på pasientens egne erfaringer rundt angst og dyspné i sammenheng med kols.

3.4 Kvalitetsvurdering

I denne bacheloroppgaven fant vi forskning ut i fra våre inklusjonskriterier. Når vi hadde funnet 15 forskningsartikler som var relevante for vår problemstilling begynte vi å lese gjennom dem og skrive litteraturmatriser. Vi skrev 11 litteraturmatriser på de artiklene vi syntes var mest relevant. Ut i fra litteraturmatrisen fikk vi et mer oversiktlig blick over artiklene som dermed førte til at vi ekskluderte tre av de. Dette gjorde vi fordi noen av artiklene sa lite om den enkeltes erfaringer rundt angst. Vi satt dermed igjen med åtte forskningsartikler som omhandlet vår problemstilling. Disse åtte artiklene kvalitetssikret vi ved å bruke en sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning fra Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten. Denne sjekklisten var til god hjelp når vi skulle vurdere om artiklene var gode nok; vi kom da frem til at vi kunne stole på resultatene ved å stille spørsmål ved hver enkelt artikkel (Kunnskapssenteret, 2014). Vi har også vurdert

artiklene ut i fra Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) for å være sikre på at artiklene vi brukte var vitenskapelige.

3.5 Etiske vurderinger

Etikk er et viktig aspekt ved og krav til all vitenskapelig forskning. Hensikten med etikk i forskning er å ivareta deltakerne med tanke på anonymisering av identitet for at deltakerne ikke skal påføres skade (Forsberg og Wengstrøm, 2013). Artiklene vi har brukt i denne oppgaven er etisk-faglig vurdert. Det som ble gjort for å ivareta etikken var at deltakerne ble informert om studien på forhånd, både skriftlig og muntlig. De ble behandlet rettferdig samt beskyttet mot ukomfortabelhet. Lengden på hvert intervju ble bestemt av deltakerne selv, og dersom de fikk åndenød under intervjuene ble det tatt pause. Det var også helt frivillig å delta i studiene, og hver enkelt deltaker hadde mulighet til å trekke seg underveis.

3.6 Analyse

I følge Forsberg og Wengstrøm (2013) betyr det å analysere å dele opp i mindre biter. Et vitenskapelig analysearbeid innebærer å dele opp fenomenet som er undersøkt i mindre deler og undersøke de hver for seg for så å sette det sammen på nytt (ibid).

I denne delen av oppgaven tok vi utgangspunkt i Evans (2002) fire faser, som er:

1. Samle inn datamaterialet som skal analyseres.
2. Identifisere hovedfunnene i hver artikkel.
3. Temaet skal identifiseres og kategoriseres, og deretter vurderer man aktuelle funn.
4. Fenomenet skal beskrives ved å formulere tema med referanser til datamaterialet.

Datamaterialet vårt består av 8 artikler av kvalitativt design. Disse artiklene danner grunnlaget for resultatet i denne systematiske litteraturstudien. Hensikten med analysen var å finne ut hvordan deltakerne i de ulike studiene erfarte å leve med kols med tanke på angst relatert til dyspné.

Innledningsvis i arbeidet med analysedelen ble hver artikkel nummerert. Dette gjorde vi for å gjøre arbeidet med artiklene mer oversiktlig, og for å lettere kunne finne frem til de

senere. Vi leste en og en artikkel og noterte nummeret på artikkelen og dens nøkkelfunn ned på et ark. Dette gjorde vi med alle artiklene. Deretter markerte vi funn i samme kategori med samme farge. Etter dette kategoriserte vi funnene i tre ulike kategorier:

Isolasjon

- Ensomhet
- Frykt for dyspné
- Nedsatt aktivitet
- Mangel på energi som førte til at de uteble fra sosiale sammenkomster

Tap av kontroll

- Dyspné
- Avhengighet
- Vanskelig å mestre sykdommen
- Stress

Tap av håp

- Frykt for å leve – frykt for fremtiden
- Dødsangst – Angst for kvelning
- Håpløshet

4.0 Resultat

4.1 Isolasjon

Flere av artiklene tok opp isolasjon som et viktig tema i forbindelse med angst og dyspné. Pasientene mente at angst hadde en betydelig innvirkning på deres livskvalitet, og at det førte til at de isolerte seg og dermed unngikk sosiale sammenkomster og daglige aktiviteter. Angst viste seg også gjennom intense tanker om frykt, håpløshet og forvirring, som ble assosiert med panikkanfall. Dette førte også til at pasientene isolerte seg og de opplevde dermed ensomhet (Willgoss et al. 2011 og Cooney et al. 2012). I følge Willgoss et al. (2012) har pasienter fortalt om sine opplevelser med tanke på isolasjon, og de har blant annet kommet med disse utsagnene:

“I found panicking and being out of breath when I was outside very embarrassing and in the end I would rather stop in and not put myself in that situation. Now I have basically stopped doing everything.”

“I tend to get panicky when I go out ... because when people are looking at you, you start to panic a bit” (Ibid).

Mangel på energi påvirker pasientenes mulighet til å møte andre mennesker. Pasientene beskrev at hosting tok mye energi og dermed unngikk de kontakt med andre, spesielt når sykdommen forverret seg. Pasientene fortalte at noen dager var relativt gode, men at det var umulig å planlegge neste dag på grunn av at de aldri visste hvordan helsen var fra en dag til en annen. Små ting som å dra på butikken og møte venner kunne derfor være umulig å planlegge (Ek et al. 2010 og Stang et al. 2013).

Lungerehabilitering har vist seg å påvirke opplevelsen av fysiske og sosiale aktiviteter hos pasienter med kols, noe som kan medføre at pasientene overvinnet følelsen av sosial isolasjon (Williams et al. 2009).

Forholdet mellom pust og angst kombinert med forvirring av symptomer var assosiert med en frykt for åndenød. Denne frykten for å få åndenød førte til unngåelse av aktiviteter som kunne være angststriggende. Dette førte til dårlig allmenntilstand på grunn av tap av fysisk

form hvor redusert aktivitet resulterte i større sannsynlighet for dyspné. Dyspné er dermed en stor hindring for å leve et normalt liv (Willigoss et al. 2012).

4.2 Tap av kontroll

Forskning viser at pasienter med kols opplevde større grad av avhengighet og hjelpeløshet og dermed økt tap av kontroll. Det viste seg også at pasientene opplevde tap av styrke til å leve, stress, frustrasjon, bekymringer og frykt for å dø (Christiansen, Cur og Frederiksen, 2009).

Pasientene opplevde at kroppen var ukontrollerbar ved dyspné, og at den tunge pusten hadde kontroll over deres kropp. Det var dermed en utfordring å mestre å leve med sykdommen. Energien deres varierte fra dag til dag, og de visste aldri hvordan energien ville bli dagen etter. De opplevde det frustrerende å leve i en kropp som hadde konstante problemer. Kampen om kontroll over eget liv ble sett på som en viktig del for å forebygge episoder av panikk. Planlegging var et nøkkelement i effektiv selvledelse og ble sett på som en måte å forebygge situasjoner som kunne utløse panikkanfall. Til tross for dette var konstant planlegging en negativ konsekvens da det forårsaker overdreven bekymring som førte til en økning i nivåene av angst (Ek et al. 2010 og Willigoss et al. 2012).

I følge Willigoss et al. (2012) var pasienter i mange tilfeller i stand til å ta kontroll over sin egen situasjon etter en kort periode av håpløshet. Punktet der kontrollen blir gjenvunnet varierer og er uforutsigbar, men prosessen med å ta kontroll er preget av en logisk og systematisk tankeprosess, og hjelpeløshet blir erstattet av en bevisst innsats for å gjenvinne kontroll gjennom selvfølelse og fokus. En pasient har forklart hvordan hun får kontrollen tilbake:

“I have just got to sit down and say to myself ‘stop it.’ And look at something and focus on it and physically slow my breathing down ... you have got to completely take control.”

Forholdet mellom angst og pusting blir beskrevet som en ond sirkel av flere pasienter som opplever økende åndenød og angst. Pasienter beskriver det som:

“It's like a vicious circle. Your breathing gets bad so you get anxious, then you get afraid, and your breathing gets worse, which makes you more afraid. The COPD feeds the anxiety and the anxiety feeds the fear.” (ibid).

Pasienter som opplevde åndenød hadde ulike strategier for å håndtere dette. Det kunne for eksempel være å stoppe å ta en pause når de gikk tur. Det viser viktigheten av at pasientene med kols har verktøy som kunnskap og ulike strategier for å håndtere sykdommen (Cooney et al. 2013).

4.3 Tap av håp

Pasientene med kols opplevde livsangst, som inkluderer angst for å leve og angst for fremtiden. Dette begrenset livet til pasientene, men til tross for angsten var noen i stand til å takle situasjonen og finne glede til en viss grad. Noen av pasientene opplevde dødsangst i form av angst for kvelning, samt separasjonsangst. Pasientene opplevde også tap av styrke til å leve i forbindelse med dyspné, samt frustrasjon og stress (Stang et al. 2013 og Christiansen, Cur og Frederiksen, 2009).

Håpløshet er et ord som går igjen i flere av artiklene. Håpløshet og forvirring var assosiert med angst og panikkanfall. Den psykologiske effekten av kols blir beskrevet som et tap av håp og mening. Pasientene forteller at de ikke ønsker å leve lengre fordi de mener at det ikke er et liv, bare eksistens. De så også på seg selv som en byrde for samfunnet og familien (Willgoss et al. 2012 og Disler et al. 2014).

For å opprettholde mening i livet var nær tilknytning til familie viktig. En pasient beskriver lykken som å få delta i daglige aktiviteter, selv om det ikke er på samme måte som før. Det er illustrert gjennom følgende sitat:

“Walking was so difficult and we were supposed to bring our swimming gear and bottles (referring to oxygen tanks), so I got a wheelchair and the children pushed me and then parked me somewhere... I sat there and drank coffee and read... and occasionally they came over to touch base... it was great... but they could hardly reach the handles to steer and people didn't get out of the way... so I had to call out beep beep (laughter)... it probably looked pretty funny... but we had an outing anyhow, and that was the main

thing.” Sosial og eksistensiell samhörighet er dermed sentralt for å opprettholde håp og mening hos personer med kols (Disler et al. 2014).

5.0 Diskusjon

I dette kapitlet tar vi for oss metodediskusjon og deretter resultatdiskusjon, hvor vi diskuterer resultatene i tråd med teoribakgrunnen, og gjør rede for konsekvenser for sykepleien.

5.1 Metodediskusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å få frem kolspasienters erfaringer og opplevelser med angst med tanke på dyspné. Metoden vi brukte var et systematisk litteratursøk, og vi vurderte artiklene kritisk. Vi brukte boken til Forsberg og Wengstrøm (2013), noe vi opplevde som krevende da den er skrevet på svensk. Det gjorde at vi brukte en del tid på å forstå innholdet nøyaktig.

Etter å ha lest gjennom artiklene vi plukket ut ekskluderte vi noen av dem, da de ikke samsvarte med inklusjonskriteriene våre. Det vi kunne gjort annerledes i denne prosessen var å lese nøyere gjennom artiklene før vi startet å skrive litteraturmatrikse, noe som ville spart oss for en del tid og arbeid.

Det å søke etter forskning synes vi har vært en lang og krevende prosess, fordi vi brukte en del tid på å kombinere riktige søkeord for å få frem de artiklene vi ønsket. Etter hvert fant vi derfor ut at ved å bruke ulike synonymer som ”breathlessness” istedenfor ”dyspnea” fikk frem et større treff på antall artikler. Vi ser i ettertid at vi kunne kombinert søkeordene med ”OR” istedenfor ”AND” for å få frem flere treff. Vi brukte ikke ordet ”anxiety” i alle søk. Dette var vi klar over og valgte derfor å trekke ut det som var relevant i artiklene til vår oppgave. De artiklene som ikke hadde søkeordet ”anxiety” viste seg også å diskutere temaet.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Å forebygge isolasjon

Pasienter med kols sliter i stor grad med isolasjon på grunn av at de kan ha angst for å forlate hjemmet. Usikkerheten for hva som kan skje hvis de for eksempel går i et selskap er nok til at pasienten holder seg hjemme. Redusert fysisk tilstand kan gjøre at pasientene føler livet som meningsløst (Almås et al. 2013). Våre funn tyder på at isolasjon var en konsekvens av angst og dyspné. Angst og dyspné førte til lavere livskvalitet og førte dermed til at pasientene isolerte seg, unngikk sosiale sammenkomster og daglige aktiviteter. Pasientene unngikk også aktiviteter som kunne føre til dyspné og opplevde dermed både isolasjon og redusert fysisk tilstand (Willgoss et al. 2011 og Cooney et al. 2012). Men i følge nasjonal faglig retningslinje og veileder for kols utgitt av Helsedirektoratet (2012) fremmer trening og fysisk aktivitet dypere respirasjon, bedre ventilasjon og sekretrensasje. Dette forbedrer ventilasjonen og kan dermed føre til at avstengte luftveier åpnes. Det er derfor viktig at sykepleieren motiverer pasientene med kols til aktivitet og trening, da dette også kan gi mer energi.

Pasienter med kols kan se overraskende friske ut, noe som også kan forårsake isolasjon. Andre kan tro at de bare spiller syke for å få de fordelene en syk person har, og dermed holder pasienten seg hjemme. Andre årsaker til isolasjon kan være at det er vanskelig å komme seg ut, blant annet med offentlig transport, da det kan være vanskelig å stå og vente på buss og gå opp trappetrinnene i bussen. Det kan være krevende for pasientene å komme seg ut av huset, fordi det krever nøye planlegging for å unngå å for eksempel måtte gå for langt (Almås et al. 2013). Behandlingsutstyr, som for eksempel oksygenbehandling, kan også gjøre det vanskelig for pasienter å forflytte seg og se omgivelsene (Stubberud, 2015). I denne sammenheng er det viktig at sykepleieren tilrettelegger slik at pasienten lettere kan forflytte seg. Dette kan være med på å tilrettelegge for eksempel forflytning av oksygen ved hjelp av en trille/sekk.

Pasientene beskrev at mangel på energi på grunn av hosting var en av årsakene til at de unngikk å møte andre mennesker (Ek et al. 2010 og Stang et al. 2013). Mangel på energi kan også ha en sammenheng med dårlig ernæring, noe som ofte kan være et problem hos pasienter med kols. Det kan ta mye energi å spise og matlysten kan være nedsatt på grunn av behandling (Almås et al. 2013).

I følge Almås et al. (2013) kan det å oppleve at man ikke får til å trekke pusten helt ned i lungene, samtidig som en opplevelse av at brystkassen snører seg sammen, gi en følelse av kvelning. Denne opplevelsen skaper angst og stress. Ut i fra vår praksis opplevde vi at de pasientene med kols som isolerte seg i hjemmet opplevde mindre stress og følte seg tryggere. Vi ser dermed en sammenheng som kan forklare hvorfor pasientene isolerer seg, da det kan motvirke angst og panikkanfall.

Oppmerksomheten og energien til pasienter med kols er rettet mot å puste. Det blir dermed lite overskudd til andre aktiviteter. De unngår ofte aktiviteter som kan føre til dyspné, som medfører inaktivitet og isolasjon (Brodtkorb, 2013).

Det er viktig at sykepleieren ivaretar pasientens psykososiale behov. Sykepleieren kan begrense omfanget av stress som pasientene blir utsatt for. Dersom dette ikke er mulig, så er utfordringen å hjelpe pasienten til å mestre situasjonen på best mulig måte (Stubberud, 2015).

Opplevelsen av isolasjon, angst, sårbarhet, smerte, ubehag og utrygghet kan for pasienten oppleves som lidelse. Travelbee (2005) mener at lidelse er sentralt i sykepleiesammenheng. Sykepleieteoretikeren Katie Eriksson (1995) beskriver hva en syk pasient kan oppleve av lidelse som er sykdomslidelse, pleielidelse og livslidelse. Sykdomslidelse er det pasienten opplever i forbindelse med sykdom, skade og behandling. Dette omfatter også fysisk smerte og sjelelig og åndelig lidelse. Av sykdom forårsakes den fysiske smerten, skade og behandlingstiltak. Eriksson beskriver den sjelelige og åndelige lidelsen som pasientens opplevelse av skam og skyld for å ha en sykdom eller en skade (Stubberud, 2015). Vi har opplevd i praksis at pasienter med kols føler skam og skyld fordi de har påført seg sykdommen som en konsekvens av tobakksrøyking.

Personer med kols kan oppleve mindre angst dersom de får psykososial støtte. Psykososial støtte kan bryte den onde sirkelen av sosial isolasjon og angst. Det innebærer hjelp til mestring av fysisk og psykisk funksjonstap. Denne støtten kan bedre livskvaliteten (Helsedirektoratet, 2012).

Hjelpemidler, som blant annet elektriske rullestoler, har vist seg å ha en positiv innvirkning på pasientenes liv. Ved hjelp av en elektrisk rullestol hadde de større mulighet

til å komme seg ut og treffe andre, uten å være avhengige av hjelp. Pasientene beskrev at en elektrisk rullestol gjorde det lettere for de, da de slapp å bruke energi og krefter på å bevege seg. Dette var positivt for både de pasientene som kunne å gå, fordi de fant trygghet i å ha med seg rullestolen, og for de som var helt avhengige av den (Ek et al. 2010).

Det er viktig at sykepleieren legger til rette for at pasienten skal kunne utføre aktiviteter og samtidig opprettholde god respirasjon. Man må derfor balansere mellom det ideelle og det realistiske. For å hjelpe pasienten til økt utholdenhet ved anstrengelse er trening av armer og bein viktig. Det kan være aktuelt å samarbeide med fysioterapeut og motivere pasienten til å trene. Det er viktig at sykepleieren gir tilstrekkelig informasjon til pasienten om at det kan være ubehagelig å bli tungpustet ved fysisk aktivitet, og at det derfor er viktig å finne en god balanse mellom aktivitet og hvile (Brodtkorb, 2013).

5.2.2 Kontroll over pusten og angsten

Flere av deltakerne opplevde tap av kontroll over egen situasjon. De opplevde at de fikk større og større behov for hjelp og var dermed avhengig av andre samt økt hjelpeløshet. Dette førte til stress, tap av styrke til å leve, frustrasjon og bekymringer. Det kom frem at kampen om å få kontroll over eget liv var en viktig del av å forebygge episoder av panikk, og at planlegging var viktig og effektivt for å forebygge situasjoner som kunne utløse panikkanfall (Willgoss et al. 2012 og Christiansen, Cur og Frederiksen, 2009).

For at sykepleieren skal få oversikt over hvor stor respirasjonssvikten til den enkelte pasient er kan man benytte BMRC-modellen for dyspnégradering fra Helsedirektoratet (2012). Denne modellen går ut på å gradere pasienten fra 0-4, der pasienten skal hake av på den påstanden som passer de best. Ut i fra dette får sykepleieren en større oversikt over hvor alvorlig problemet er.

Kolspasienters opplevelse av egen situasjon som akutt og/eller kritisk syk kan innebære en trussel mot pasientens fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet, eller mot hans grunnleggende muligheter til å innrette seg etter tilværelsen. Det kan oppleves belastende og dermed være psykisk stressende. Det er viktig at pasientene opplever personlig kontroll. Personlig kontroll er målet ved mestring av psykisk stress og sykdom. Håkonsen (2014)

beskriver fire faktorer som påvirker pasientens opplevelse og mestring av stress. Disse faktorene er forutsigbarhet, kontroll over varigheten av en stressende opplevelse, som for eksempel dyspné, kognitiv evaluering og sosial støtte. Forutsigbarhet innebærer å vite når man utsettes for stressende opplevelser, noe som kan føre til at man opplever større grad av kontroll i situasjonen (Stubberud, 2015).

Eide og Eide (2010) sier at mestring innebærer å forholde seg hensiktsmessig til situasjonen og egne reaksjoner. Dette innebærer at pasienten med kols må forsøke å få kontroll på følelsene sine, forsøke å oppnå en god forståelse av situasjonen han er i og få et praktisk grep om det som kan gjøre sykdommen minst mulig belastende.

Det viste seg at lungerehabiliteringsprogrammer hadde en positiv effekt på å kontrollere dyspné og dermed minske opplevelsen av angst, noe som førte til at pasientene opplevde å ha større grad av kontroll over respirasjonen (Williams et al. 2010). Helsedirektoratet (2012) henviser også til flere artikler som støtter dette. Dersom pasienten opplever å miste kontrollen over respirasjonen kan dette føre til panikk og angst. Da kan sykepleieren vise pasienten ulike øvelser for å ta tilbake kontrollen. Et eksempel er å puste med sammenpressede lepper. Dette gjør ekspirasjonen jevn og langvarig, øker trykket i bronkiene og reduserer avstengning av luftveiene. Diafragma er normalt formet som en kuppel. Ved kols flates diafragma ut og respirasjonen blir mindre effektiv. Dersom pasienten opplever behov for konkrete pusteteknikker og fysiske øvelser bør sykepleieren samarbeide med fysioterapeut (Brodtkorb, 2013). Det bør iverksettes et tverrfaglig samarbeid for pasienter med kols for at de skal få et godt og fungerende tilbud om rehabilitering. Det tverrfagelige teamet bør bestå av fysioterapeut, allmennlege og sykepleier (Helsedirektoratet, 2012).

I følge Brodtkorb (2013) synes pasienter med kols at personlig hygiene er viktig, men at det er en krevende prosedyre. Pasientene synes det er vanskelig å samarbeide med sykepleieren som skal hjelpe til med personlig hygiene, fordi de samtidig som de utfører prosedyren skal forsøke å opprettholde kontroll over respirasjonen. Det er viktig at sykepleieren får økt kunnskap på dette feltet, da pasientene opplever daglig stell som vesentlig for å bevare deres integritet (Lomberg et al, 2005).

I følge Erikssons omsorgsteori er omsorg en form for naturlig menneskelig handling som består av tre ulike elementer: pleie, lek og læring. Læring er en av grunndimensjonene og er knyttet til utvikling frem mot selvstendighet, selvrealisering og modenhet. Læring og lek henger nøye sammen. Omsorgsmetoder omfatter blant annet å understøtte den kreative leken, stille krav og fremme øvings- og prøvningsprosessen. Dette kan gjøres ved å underkaste seg individets ønsker og la individet ha kontrollen (Kirkevold, 2014). Denne omsorgsmetoden kan man også bruke hos pasienter med kols, da de kan få en større opplevelse av kontroll dersom omsorgsytteren lar pasienten ha kontrollen.

Det er viktig at sykepleiere bidrar til at pasientene opplever kontroll over pusten og angsten. Det kan være nyttig å bruke Haviks kontrollmodell (1989, 1992) for å oppnå kognitiv kontroll. Dette kan gjøres ved at sykepleieren gir informasjon som bidrar til at pasienten opplever forutsigbarhet. Instrumentell kontroll innebærer pasientens evne til å forebygge blant annet negative hendelser, som for eksempel angst, gjennom egen aktivitet. Sykepleietiltak for at pasienten skal oppleve instrumentell kontroll er å gjøre pasienten til en aktiv deltaker, legge til rette for et terapeutisk miljø og fremme søvn og hvile. Nære og støttende mellommenneskelige forhold vil bidra til at pasienten opplever emosjonell kontroll (Stubberud, 2015).

For at pasientene skal oppleve kontroll er myndiggjøring viktig. Myndiggjøring er det motsatte av hjelpeløshet og kan defineres som en prosess som øker individuell makt slik at den enkelte kan iverksette handling som bedrer livssituasjonen. Målet med myndiggjøring er selvtillit, bedre selvbylde, økte kunnskaper og ferdigheter og gjelder den enkeltes økte kontroll over eget liv (Reitan, 2010). I forhold til dette er det viktig at sykepleieren viser pasientene ulike teknikker for å håndtere angst og dyspné slik at pasientene får økt kunnskap og dermed økt kontroll.

Pasientens psykososiale behov ved kronisk sykdom har konsekvenser for funksjonen og ansvaret til sykepleieren. Sykepleieren må ha en helhetlig forståelse av mennesket for at pasienten skal oppleve kontroll ved somatisk sykdom. Dersom ivaretagelsen av fysiske behov er manglende får det konsekvenser for det psykiske. For å gjenskape muligheten for livskvalitet må sykepleieren gjenoppbygge funksjoner pasienten tidligere har mestret ved hjelp av rehabilitering. Forebyggende, lindrende eller behandlende tiltak har en rehabiliterende funksjon (Stubberud, 2015).

Pasienter med kols har ofte dårlig respirasjon. Hos disse pasientene er det viktig at sykepleieren sørger for en god stilling som sikrer god utluftning av lungene, drenasje av sekret og samtidig er både behagelig og avslappende. Høyt ryggleie er ofte å foretrekke da en kan unngå at bukorganene trykker mot diafragma samtidig som toraks er fri mot begge sider, og dermed forebygge episoder av angst (Almås et al. 2013). Sykepleier må ha kunnskap og vise forståelse for pasientens respirasjonssvikt, og bidra til at han skal mestre respirasjonsarbeidet. Man kan lære pasientene ulike pusteteknikker slik at ekspirasjonen blir jevn og langvarig (Brodtkorb, 2013). Pasientene kan også trenge opplæring eller hjelp til å administrere inhalasjonspreparater og motivasjon til livsstilsendring (Helsedirektoratet, 2012).

5.2.3 Fremme livsmot og håp

Håpløshet og forvirring er assosiert med angst og panikkanfall, og den psykologiske effekten av kols er sammenlignet med tap av håp og mening. For noen av pasientene var nær tilknytning til familie viktig for å opprettholde håp og mening i livet. Andre pasienter så på seg selv som en byrde for samfunnet og familien, og følte at de ikke ønsket å leve lengre fordi de mente at de ikke levde, men bare eksisterte. Pasientene opplevde angst for å ende opp som en ”grønnsak”, visne langsomt bort og lide. Disse mørke tankene om fremtiden førte til at angsten ble sterkere i nåtid (Disler et al. 2014, Willgoss et al. 2012 og Stang et al. 2013).

I pasientens liv som er fylt med utfordringer og lidelser kan det oppleves som beroligende at pårørende er tilstede. De kan hjelpe pasienten med å mestre situasjonen og gi håp og tro på at han skal overleve. Men pårørendes tilstedeværelse kan også være belastende for pasienten (Stubberud, 2015).

Hjelpeløshet og å måtte innrette seg etter andre er en stor omstilling for personer med alvorlig sykdom. Det er ofte noe pasientene frykter mer enn selve sykdommen fordi de ikke har noe annet enn takknemmelighet å gi tilbake. Hjelpeløshet vil medføre sorg over tap av posisjon, anerkjennelse og krefter (Grov, 2011).

Håp blir sett på som nødvendigheten for liv. Det kan beskrives som en del av menneskets utvikling; en prosess, en teori og en kilde til meningen med livet. Håp kan være en følelse av det en ønsker eller det som er mulig. Håp er det motsatte av håpløshet, som er tapt vilje. Dersom en pasient har håp er det lettere for pasienten å holde ut i vanskelige situasjoner, som for eksempel at pasienten har alvorlig kols. Håp kan være en motiverende faktor for pasienten og det kan hjelpe pasienten til å kjempe mot og mestre vonde situasjoner. Håp kan også bety å se frem til noe og stole på noe. Det sykepleier kan gjøre for å fremme håp hos pasienten er å vise tilgjengelighet, gi informasjon, vise medmenneskelighet og forståelse. Sykepleieren kan formidle realistiske fremskritt til pasienten og skape realistiske mål. Dette kan dermed skape håp og tro hos pasienten. Håp er også tilknyttet valg og tillit. Sykepleier skal vise tillit til pasienten og skal hjelpe pasienten dersom det er behov for det. Håp kan også være besøk av familie og venner (Stubberud, 2015).

Eriksson beskriver menneskers forhold til den abstrakte andre (Gud) og til andre mennesker ved hjelp av tro, håp og kjærlighet. Disse aspektene er fundamentale ved forholdet til den abstrakte andre, men dette inngår også i forholdet mellom andre mennesker. Tro og håp er knyttet til menneskets forventning om fremtiden. Tro og håp er fremtidsrettet, og dette innebærer et felleskap med Gud som dermed fører frem mot en helhet. Troen er også en drivkraft til å lære, utforske og gi omsorg. Troen, håpet og kjærligheten danner sammen et utgangspunkt for all omsorg (Kirkevold, 2012).

Kols fører til en følelse av håpløshet, og sykdommen trenger håp for å kunne reduseres. Håpet er bundet til gjensidighet i å hjelpe og bli hjulpet. Håp i lidelsen gir kanskje mot til å gå inn i lidelsen og overvinne den. Lidelsen bør ikke ta over livet til pasienten og det må ikke bli et mål i menneskets liv. Pasientene kan forsøke å kjempe mot lidelsen dersom de har mot og kraft til det. Alle trenger trøst og håp. Pasienten bør få en mulighet til å bevare verdigheten uansett hvor tung lidelsen er (Eriksson, 1995).

Det er viktig at pasientene med kols opprettholder håpet. Håpet skaper en tro på at ting vil bedre seg før eller senere. Håp inneholder i utgangspunktet et ønske om en utvikling til noe bedre. Men siden det er knyttet til tiden vi har foran oss, vil tvil og usikkerhet inngå som en naturlig del av håpet. I mange situasjoner vil pasientene svinge mellom håp og fortvilelse fordi verken håpet, usikkerheten eller tvilen er konstant (Bastøe, 2011).

Hos pasienter med kols vil en viktig del av sykepleierens oppgaver være å motivere til håp. Håp kan gi en opplevelse av frihet og hjelpe pasienten til å mestre sin situasjon. Sykepleier kan hjelpe pasienten til å gjøre det beste ut av situasjonen og å fokusere på gode relasjoner, gode situasjoner, positive øyeblikk og å nyte små ting i dagliglivet. For at sykepleieren skal kunne hjelpe pasienten med å opprettholde håp er det en forutsetning at man vet hva håp er for den enkelte pasient og hvilke faktorer som kan svekke og styrke håpet (Stubberud, 2011). Det kan være en utfordring for sykepleiere å møte pasienter som har mistet håpet, fordi de kan være nedstemte og lite interesserte i å motta hjelp.

6.0 Konklusjon

Det finnes ikke noe sikkert tall på hvor mange personer med kols som lider av angst, men våre funn tyder på at det er et stort problem. Konsekvensene av angst relatert til dyspné er isolasjon, tap av kontroll og tap av håp. De fysiske og psykiske konsekvensene påvirker hverandre og fører til at pasientene lever i en ond sirkel preget av angst og dyspné.

For at pasientene skal få den hjelpen de trenger er det viktig at dette problemet tas på alvor. Sykepleieren må gi pasientene verktøy som kunnskap og ulike strategier for å forebygge og håndtere angst. Dette kan for eksempel være ulike pusteteknikker. Det er viktig at pasientene har kunnskap om sykdommen for at de skal kunne mestre de ulike symptomene sykdommen medfører.

Forslag til videre forskning innenfor dette temaet er flere tiltak og konkrete metoder for å hjelpe pasienter med kols til å forebygge, håndtere og behandle angstlidelser i forbindelse med dyspné. Dette kan føre til at sykepleierene får større kunnskap og forståelse om temaet og får vite hvordan de konkret kan hjelpe pasientene med dette problemet.

Litteraturliste

- Almås, H. Bakkelund, J. Thorsen, BH. og Snorknæs, AD. (2013). ”Sykepleie ved lungesykdommer”, i Almås, H. Stubberud, DG. Og Grønseth, R. (red.). *Klinisk sykepleie 1*. s. 107-163. 4. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Andenæs, R. (2008). ”Å leve med lungelidelser”, i Gjengedal, E og Hanestad, BR. (Red.). *Å leve med kronisk sykdom en varig kursendring*. s. 208-222. 2. Utg. Oslo: Cappelen Forlag AS.
- Bailey, PH. (2004). ”The Dyspnea-Anxiety-Dyspnea Cycle—COPD Patients’ Stories of Breathlessness: "It’s Scary /When you Can’t Breathe". *Qualitative Health Research*. Vol. 14 (6). s. 760-778.
- Bastøe, L.K. (2011). ”Reaksjoner og strategier i bearbeiding av sykdom og skade”, i Holter, I.M og Mekki, I.E. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie sykepleieboken 1*. 4. Utg. Oslo: Akribe AS, s. 81-103.
- Brodtkorb, K. (2013). ”Respirasjon og sirkulasjon”, i Kirkevold, M. Brodtkorb, K og Ranhoff A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie god omsorg til den gamle pasienten*. 1. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 319-332.
- Christiansen, S. Cur, C. og Frederiksen, K. (2009). ”KOL-pasienters opplevelse”. *Sygeplejersken*. Vol. 13, s. 70-81.
- Cooney, A. Mee, L. Casey, D. Murphy, K. Kirwan, C. Bruke, E. Conway, Y. Healy, D. Mooney, B og Murphy, J. (2013). ”Life with chronic obstructive pulmonary disease: striving for ‘controlled co-existence’.” *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 22. s. 986-995.
- Disler, R. Green, A. Luckett, T. Newton, P. Inglis, S. Currow, D og Davidson, P. (2014). ”Experience of Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Metasynthesis of Qualitative Research”. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol. 48. s. 1182-1199.

- Eide, H. og Eide, T. (2010) *Kommunikasjon i relasjoner*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ek, K. Sahlberg-Blom, E. Andershed, B. og Ternestedt, BM. (2010). "Struggling to retain living space: patients' stories about living with advanced chronic obstructive pulmonary disease". *Journal of advanced nursing*. Vol. 67. s. 1480-1490.
- Eriksson, K. (1995). *Det lidende mennesket*. 1.utg. Otta: Tano Forlag.
- Evans, D. (2002). "Systematic reviews of interpretive research: interpretive data of processed data". *Australian Journal of Advanced Nursing*. Vol. 20. s. 22-26.
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013): *Att göra systematiska litteraturstudier*. 3. Utg. Stockholm: Natur & Kultur.
- Gjengedal, E. og Hanestad, BR. (2007). "Om kronisk sykdom", i Gjengedal, E og Hanestad, BR. (Red.). *Å leve med kronisk sykdom en varig kursendring*. s. 10-26. 2. Utg. Oslo: Cappelens Forlag AS.
- Grov, G.K. (2011). "Å bli pasient og hjelpetrengende", i Holter, I.M og Mekki, I.E. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie sykepleieboken 1*. 4. utg. Oslo: Akribe AS, s. 51-66.
- Hanger, MR. (2007). Angst følger KOLS. *Dagens medisin*. 08.02.2007.
- Helsedirektoratet (2012). KOLS Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnositering og oppfølging. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/847/Nasjonal-faglig-retningslinje-og-veileder-for-forebygging-diagnostisering-og-oppfolging-IS-2029.pdf>. (Hentet: 12. Januar 2016).
- Hummervoll, JA. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 7. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kirkevold, M. (2014). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. 2. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Lomberg, K. Bjørn, A. Dahl, R og Kirkevold, M. (2005). "Body care experienced by people hospitalized with severe respiratory disease". *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 50. s. 262-271.
- Mjell, J. (2012). "Sykdommer i respirasjonsorganene", i Ørn, S. Mjell, J. og Bach-Gansmo, E. (red.). *Sykdom og behandling*. 1. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 209-242.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten* (2014). Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>. (Hentet: 17. Februar 2016).
- Oksholm, T. og Torheim, H. (2016). "Lungesyke trenger planlagte stell". *Sykepleien.no*. s. 52-55.
- Reitan, AM. (2010). "Mestring". I: Knutstad, U. (Red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie, sykepleieboken 2*. s. 74-107. 3. Utg. Oslo: Akribe.
- Strang, S. Ekeberg-Jansson, A og Henoch, I. (2014). "Experience of anxiety among patients with severe COPD: A qualitative, in-depth interview study". *Palliative and supportive Care*. Vol. 12. s. 465-472.
- Stubberud, DG. (2013). "Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk", i Stubberud, DG. (Red.). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. s. 14-37. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Stubberud, DG. (2013). "Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov", i Stubberud, DG. (Red.). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. s. 66-112. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Stubberud, D.G. (2011). "Respirasjon", i Holter, I.M og Mekki, I.E. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie sykepleieboken 1*. 4. Utg. Oslo: Akribe AS, s. 351-387.
- Willgloss, T. Yohannes, A. Goldbart, J. Og Fatoye, F. (2011). "COPD and anxiety: its impact on patients' lives". *Europe PMC*. Vol. 107. s. 15-19.

Willgoss, T, Yohannes, AM, Goldbart, J og Fatoye, F. (2012). "Everything was spiraling out of control": Experiences of anxiety in people with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart and lung*. Vol. 41. s. 562-571.

Williams, V. Bruton, A. Ellis-Hill, C. og McPherson, K. (2009). "The effect of pulmonary rehabilitation on perceptions of breathlessness and activity in COPD patients: a qualitative study". *Primary care Respiratory journal*. Vol. 19. s. 45-51.

Vedlegg 1

Referanse	Studiens hensikt/mål / problemstilling	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Forfatter: Christiansen, S. Cur, C. og Frederiksen, K.</p> <p>Årstall: 2009</p> <p>Navn på artikkelen: KOL-pasienters opplevelse</p> <p>Tidsskrift: Sygeplejersken</p> <p>Vol.nr: 13</p> <p>Sidetall: 70-81</p>	<p>Hensikten med denne studien er å sammenfatte kunnskap om KOLS pasienters opplevelse av dyspné.</p>	<p>KOL, dyspnø, Opplevelse.</p>	<p>Kvalitativ meta-syntese.</p> <p>Utvalg: seks artikler som var relevante inngikk i undersøkelsen .</p> <p>Datainnsamling: Det ble gjennomført søk i fire ulike databaser, der seks artikler ble funnet og brukt i undersøkelsen .</p>	<p>Fire kategorier ble identifisert: dødsopplevelser, tankevirksomhet, følelsesarbeid og somatiske konsekvenser.</p> <p>Somatiske konsekvenser: dyspné, redusert funksjonsnivå, avhengighet og hjelpeløshet. Pasientene opplever også tap av styrke til å leve. Opplevelsen av åndenød er forbundet med angst.</p> <p>Følelsesarbeid: Frustrasjon, stress, bekymringer, frykt for å dø og generell frykt</p> <p>Tankevirksomhet: Pasientene må tenke på hva som fungerer og ikke, dette minimerer risikoen for åndenød. Dette kan karakteriseres som en form for strategitenkning</p>	<p>Denne studien er relevant fordi det kommer frem hvilke konsekvenser pasientene opplever i forhold til kols og dyspné.</p>

Vedlegg 2

Referanse	Studiens hensikt/mål/problemstilling	Nøkkelbegrep/Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Forfatter: Cooney, A. Mee, L. Casey, D. Murphy, K. Kirwan, C. Bruke, E. Conway, Y. Healy, D. Mooney, B og Murphy, J.</p> <p>Årstall: 2013</p> <p>Navn på artikkelen: Life with chronic obstructive pulmonary disease: striving for 'controlled co-existence'</p> <p>Tidsskrift: Journal of Clinical Nursing</p> <p>Vol.nr: 22</p> <p>Sidetall: 986-995</p>	<p>Hensikten med denne studien er å forstå betydningen av KOLS for mennesker og deres respons på denne sykdommen</p>	<p>chronic illness, chronic obstructive pulmonary disease, grounded theory</p>	<p>Kvalitativ metode.</p> <p>Data ble samlet inn gjennom semistrukturerte intervjuer.</p> <p>Utvalg: 26 pasienter med kols.</p>	<p>Det å leve med en kronisk sykdommen betyr endringer i personens liv.</p> <p>Pasientene opplevde åndenød, og hadde ulike strategier for å håndtere dette. Dette var for eksempel å stoppe når de gikk tur.</p> <p>Funnene i denne studien understreker viktigheten av å gi mennesker med kols verktøy som kunnskap og strategier for å håndtere sykdommen. Deltagerne balanserte mellom to viktige kategorier: "gjemme" og "kjempe".</p>	<p>Denne studien er relevant for vår oppgave fordi den beskriver hvordan pasientene kan håndtere åndenød, og hvilke strategier de brukte for å håndtere det.</p>

Vedlegg 3

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Forfatter: Disler, R. Green, A. Lockett, T. Newton, P. Inglis, S. Currow, D. og Davidson, P.</p> <p>Årstall: 2014</p> <p>Navn på artikkelen:</p> <p>Experience of Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Metasynthesis of Qualitative Research</p> <p>Tidsskrift: Journal of Pain and Symptom Management</p> <p>Vol.nr: 48</p> <p>Sidetall: 1182–119</p>	<p>Hensikten med denne studien var å øke forståelsen av behovene til enkeltpersoner med kols.</p>	<p>Chronic obstructive pulmonary disease, advanced disease, ongoing needs, experience, qualitative, metasynthesis</p>	<p>Kvalitativ metasynthese.</p> <p>Det ble søkt i ulike databaser etter kvalitative artikler som var publisert fra 1900-2013.</p> <p>22 studier ble inkludert.</p>	<p>Funnene ble kategorisert i syv temaer: bedre forståelse av tilstanden, kortpusthet, tretthet, svakhet, angst, sosial isolasjon og tap av håp og opprettholdelse mening.</p> <p>Det kom frem av pasientene hadde behov for en bedre forståelse av egen tilstand, symptombelastning og psykologiske virkninger av å leve med kols.</p>	<p>Denne studien er relevant for vår oppgave fordi den beskriver konsekvenser som påvirker pasientenes livskvalitet, som blant annet isolasjon, tap av håp og kortpusthet.</p>

Vedlegg 4

Referanse	Studiens hensikt/mål/problemstilling	Nøkkelbegrep/Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Forfatter: Ek, K. Sahlberg-Blom, E. Andershed, B. og Ternstedt, BM.</p> <p>Årstall: 2010</p> <p>Navn på artikkelen: Struggling to retain living space: patients' stories about living with advanced chronic obstructive pulmonary disease</p> <p>Tidsskrift: Journal of advanced nursing</p> <p>Vol.nr: 67</p> <p>Sidetall: 1480-1490</p>	<p>Hensikten med denne studien var å kartlegge hvordan kols påvirket hverdagen deres.</p>	<p>chronic obstructive pulmonary disease, living alone, nursing, oxygen therapy, phenomenological - hermeneutic</p>	<p>Gjentatte kvalitative intervjuer med fire deltakere ble gjennomført over en åtte måneders periode i 2008. Dataene omfattet 17 intervjuer, 15 telefonsamtaler og diverse feltnotater. En fenomenologisk hermeneutisk metode ble brukt til å tolke teksten.</p>	<p>Analysen resulterte i to hovedtemaer og fem delemner. Det første hovedtemaet, blir underordnet den syke kroppen, innebærer at kroppen, hjelpemidler og betro deg til hendene på andre kan både forlenge og begrense boareal. Det andre hovedtemaet, beskytte betydelige verdier av identitet, omfatter både kampen for å opprettholde selvbildet og bevisstheten om ens egen død.</p> <p>Konklusjon. Aleneboende med avansert kronisk obstruktiv lungesykdom er en utfordrende og komplekst gruppe pasienter. Hverdagen deres var preget av en kamp for å holde autonomi i en tid med økende avhengighet og behov for hjelp. En person sentrert sykepleie, bygget på folks egne erfaringer, kan være en måte å fremme identitet og</p>	<p>Denne studien er relevant for vår oppgave fordi det kom frem at hverdagen til pasientene med kols var preget av en kamp for å holde autonomi i en tid med økende avhengighet, det kom også frem hvordan man kan fremme identitet.</p>

				verdighet hos pasienter, selv når de er nær døden.	
--	--	--	--	--	--

Vedlegg 5

Referanse	Studiens hensikt/mål / problemstilling	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Forfatter: Stang, S. Ekberg-Jansson, A. og Henoch, I.</p> <p>Årstall: 2014</p> <p>Navn på artikkelen: Experience of anxiety among patients with severe COPD: A qualitative, in-depth interview study</p> <p>Tidsskrift: Palliative and Supportive Care</p> <p>Vol.nr: 12</p> <p>Sidetall: 465-472</p>	<p>Målet med denne studien var å utforske alvorlig syke KOLS pasienters opplevelse av angst og deres strategier for å lindre angst.</p>	<p>Anxiety Existential Palliative care Death Coping</p>	<p>Kvalitativ metode</p> <p>Utvalg: Pasienter med KOLS i stadium 3 og 4 ble rekruttert fra en lungepoliklinikk i Sverige. 30 pasienter ble inkludert.</p> <p>Datainnsamling: Data ble samlet inn gjennom et kvalitativt dybdeintervju. Intervjuene ble analysert ved hjelp av en tematisk innholdsanalyse.</p>	<p>De fleste pasientene som ble intervjuet hadde opplevd angst knyttet til KOLS. Pasientene opplevde dødsangst i form av frykt for kvelning, bevissthet om døden, frykt for å dø og separasjonsangst. Pasientene hadde også livsangst, som inkluderer angst for å leve og angst for fremtiden. Angsten begrenset livet til pasientene, men tiltros for angsten var de i stand til å takle situasjonen og finne glede til en viss grad.</p>	<p>Denne studien er relevant for vår oppgave fordi det kommer frem hvordan pasientene opplever angst. Det kommer også frem at pasientene opplevde frykt for å dø men samtidig frykt for å leve.</p>

Vedlegg 6

Referanse	Studiens hensikt/mål/problemstilling	Nøkkelbegrep/Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Forfatter: Willgloss, T. Yohannes, A. Goldbart, J. Og Fatoye, F.</p> <p>Årstall: 2011</p> <p>Navn på artikkelen: COPD and anxiety: its impact on patients' lives.</p> <p>Tidsskrift: Europe PMC</p> <p>Vol.nr: 107</p> <p>Sidetall: 15-19</p>	<p>Målet med denne studien var å utforske opplevelsen av å leve med angst og håndtere komorbide angst og KOLS fra pasientens perspektiv.</p>	<p>COPD, anxiety</p>	<p>Kvalitativ metode.</p> <p>Det ble utført dybdeintervju med 14 pasienter som hadde diagnosen KOLS.</p>	<p>Deltakerne mente at angst hadde en betydelig innvirkning på deres livskvalitet. Angsten førte til at de isolerte seg, og unngikk sosiale sammenkomster samt daglige aktiviteter. Det var en utfordring å identifisere angst på grunn av overlapping av symptomer på angst og KOLS, samt bivirkninger av medikamenter.</p> <p>Konklusjon: Sykepleiere kan spille en viktig rolle i screening, samt lære pasientene ulike strategier for å forebygge panikkangst.</p>	<p>Denne studien er relevant fordi den beskriver hvordan angst påvirker deres livskvalitet. Det kommer også frem hvilken rolle sykepleierne har hos disse pasientene.</p>

Vedlegg 7

Referanse	Studien s hensikt/ mål/ proble mstillin g	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/disku sjon	Relevans for min oppgave?
<p>Forfatter: Willgoss, T. Yohannes, AM. Goldbart, J. og Fatoye, F.</p> <p>Årstall: 2012</p> <p>Navn på artikkelen: “Everything was spiraling out of control”: Experiences of anxiety in people with chronic obstructive pulmonary disease</p> <p>Tidsskrift: Heart & lung</p> <p>Vol.nr: 41</p> <p>Sidetall: 562- 571</p>	<p>Hensikt en i denne studien var å finne erfaring er med angst hos pasient er med KOLS.</p>	<p>Anxiety, Chronic obstructi ve pulmona ry disease, Experien ce Panic, Qualitati ve</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Utvalg: 14 pasienter med stabil KOLS som hadde symptomer på angst.</p> <p>Datainnsamli ng: Data ble samlet inn ved hjelp av intervju.</p>	<p>Pasientene rapporterte intense tanker av frykt, håpløshet og forvirring som var assosiert med angst og panikkanfall. Dette kan føre til ensomhet og sosial isolasjon. Det kom frem at selvledelse og mestringsstrategier var viktig og en effektiv metode for å forebygge og håndtere angst.</p>	<p>Denne studien er relevant for vår oppgave da det kommer frem at pasientene opplevde angst og panikkanf all samt isolasjon.</p>

Vedlegg 8

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
<p>Forfatter: Williams, V. Bruton, A. Ellis-Hill, C. Og McPherson, K.</p> <p>Årstall: 2009</p> <p>Navn på artikkelen: The effect of pulmonary rehabilitation on perceptions of breathlessness and activity in COPD patients: a qualitative study</p> <p>Tidsskrift: Primary care Respiratory journal</p> <p>Vol.nr: 19</p> <p>Sidetall: 45-51</p>	<p>Målet med denne studien var å utforske, ved hjelp av kvalitative forskningsmetoder, hvordan lungerehabiliterings (PR) programmer påvirker opplevelsen av aktivitet og åndenød av personer med kols.</p>	<p>COPD, pulmonary rehabilitering, kvalitative, patient experience, activity, breathlessness</p>	<p>Metode: En kvalitativ, intervjubasert tilnærming ble brukt. Deltakerne ble intervjuet før og etter PR. Data ble analysert ved hjelp av systematiske strategier informert av grounded theory metoder.</p> <p>Utvalg: Ni deltakere (tre kvinner) deltok i studien.</p>	<p>Resultat: En endring i deltakernes opplevelse av åndenød og av frykt for aktivitet var de viktigste temaene. PR syntes å påvirke opplevelsen av fysiske sosiale aktiviteter, slik at deltakerne overvant følelsen av sosial isolasjon.</p> <p>Konklusjon: Før PR, deltakere forbundet aktiviteter med åndenød og panikk; post PR, rapporterte deltakerne redusert frykt og følte seg i stand til å øke sin virksomhet. Disse funnene legger til vår forståelse av virkningen av PR på individers opplevelse av aktivitet og kan bidra til å bedre programmet.</p>	<p>Denne studien er relevant for vår oppgave fordi den utforsker pasientens opplevelse av aktivitet og åndenød, og hvordan lungerehabiliteringsprogram påvirker pasientens opplevelse</p>