

Marthe Skaug Gulbrandsen (10123)
Catharina Gjelstad (10066)
Martine Beate Søby Flatland (10050)

Hvordan kan sykepleiere bidra til mestring ved angst og depresjon hos pasienter med kols?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Jon Viktor Haugom
Mai 2022

Marthe Skaug Gulbrandsen (10123)
Catharina Gjelstad (10066)
Martine Beate Søby Flatland (10050)

Hvordan kan sykepleiere bidra til mestring ved angst og depresjon hos pasienter med kols?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Jon Viktor Haugom
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

Lov meg at du aldri glemmer:

*“Du er modigere enn du vet, sterkere enn du tror og klokere enn du
forstår”*

- Ole Brumm

Sammendrag

Tittel: Hvordan kan sykepleiere bidra til mestring ved angst og og depresjon hos pasienter med kols?		Dato: 20.05.22
Forfattere: Marthe Skaug Gulbrandsen Catharina Gjelstad Martine Beate Søby Flatland		
Veileder(e): Jon Viktor Haugom		
Stikkord/Nøkkelord: Kols, dyspné, angst og depresjon (3-5stk)		
Antall sider/ord: 35 /9 428	Antall vedlegg: 0	
Introduksjon: Kols er forkortelse for kronisk obstruktiv lungesykdom, det er en utbredt og aktuell sykdom. Pasienter med kols finnes overalt uavhengig av helsesektoren en jobber i. Pasienter med kols kan ofte oppleve en følelse av og ikke få nok luft, og dette kan fremkalle stress og angst. Angst og depresjon er vanlig hos kols-pasienter. Dette kan være faktorer som påvirker pasientens hverdag.		
Hensikt: Hensikten med denne bacheloroppgaven er å bistå til mestring hos kols-pasienter knyttet opp mot angst og depresjon. Særlig hvordan pasienter med kols skal kunne klare å mestre hverdagen sin med angst og depresjon.		

Metode:

Bachelor-oppgaven er en litteraturstudie der det er samlet inn 6 artikler. Det er brukt 3 forskjellige databaser i et systematisk søk for innhenting av vitenskapelige artikler. Disse var Cinahl, PubMed og Ovid Medline. Alle artiklene er fagelleverdert og metoden som ble brukt er kvantitativ.

Resultater:

Funn fra artiklene viste at gjennom fysisk aktivitet, forskjellige scoringstester og terapeutisk behandling kunne en se at pasienter med kols stadium 3 og 4 har en høyere forekomst av angst og depresjon. Funnene viste også at livskvalitet og sosial isolasjon er faktorer som spiller inn på hverdagsmestring.

Konklusjon:

Litteraturstudien viste at sykepleierens rolle er viktig i arbeidet med kols-pasienter som sliter med angst og depresjon. Igjennom en rekke tiltak kan sykepleieren være med på å identifisere og fremme mestring til den kronisk syke pasienten.

Abstract

Title: <u>How can nurses contribute to coping with anxiety and</u> <u>depression in patients with COPD?</u>		Date: 20.05.22
Authors: <u>Marthe Skaug Gulbrandsen</u> <u>Catharina Gjelstad</u> <u>Martine Beate Søyby Flatland</u>		
Supervisor(s): <u>Jon Viktor Haugom</u>		
Keywords: <u>COPD, dyspnea, depression and anxiety</u> (3-5)		
Number of pages/words: 35 / 9 428	Number of appendix: 0	
Introduction: COPD stands for chronic obstructive lung disease and it is a very common disease. Patients with COPD is everywhere, no matter where in the health sector you work. COPD-patients experiences when it comes to shortness of breath, can invoke stress and anxiety. Anxiety and depression are common in COPD-patients. These factors can influence their everyday life.		
Aim: The aims of this study were to see how nurses can assist COPD-patients in coping with anxiety and depression. Especially how patients with COPD can function in their everyday life with anxiety and depression.		

Method:

This study is a literature study where it was collected 6 articles. There was 3 databases that were used in a systematic search for scientific articles. These databases were Cinahl, PubMed and Ovid Medline. Every article was peer reviewed and the method that was used was quantitative.

Results:

Findings from the articles showed that physical activities, different scorings tests and therapeutic treatment could help to see that COPD stadium 3 and 4 had a higher guarantee for anxiety and depression. Other findings showed that quality of life and social isolation is factors that impact on coping with life on daily basis.

Conclusion:

This study has shown that nurses play an important part in the work with COPD-patients who struggles with anxiety and depression. Through a series of measurements, the nurses can contribute in identifying and stimulate coping to the chronic sick patient.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
2. Bakgrunn	2
2.1 Kols	2
2.2 Livskvalitet	2
2.3 Angst	3
2.3.1 Håndtering av angst	4
2.3 Depresjon	4
2.5 HAD – Hospital Anxiety and Depression Scale	4
2.6 Sosial isolasjon	5
2.7 Mestring	5
2.7.1 Hverdagsmestring	6
2.7.2 Mestringsstrategier	6
2.7.3 Mestringstro.....	6
2.8 Undervisning og veiledning	7
2.9 Sykepleieprosessen.....	7
2.10 Sykepleieteorier	8
2.11 Sykepleierens helsefremmede funksjon	9
2.12 Hensikt	9
2.13 Avgrensning av oppgaven	9
3. Metode	10
3.1 Litteraturstudie som metode	10
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	10
3.3 Systematisk litteratursøk.....	10
3.4 PICO-skjema	11
3.5 Artikkelsøk	11
3.6 Analyse.....	12
3.7 Kildekritikk	14
4. Resultater	16
5. Drøfting	20

5.1 Identifisering av angst og depresjon (i forhold til kols-symptomer)	20
5.2 Å leve med kronisk lungesykdom.....	21
5.3 Mestring.....	23
5.4 Rehabilitering	25
5.5 Sykepleierens rolle i undervisning og veiledning	27
6. Konklusjon	29
Litteraturliste	31

1. Innledning

Kols er utbredt og en svært aktuell sykdom. En kan komme i kontakt med kols-pasienter overalt, uavhengig av hvor i helsesektoren man jobber. I denne bacheloren-oppgaven fokuseres det på pasienter med kols stadium 3 og 4 der det kan forekomme akutte forverring av symptomer (Birkelund, 2020). Bachelor-oppgaven er ment for alle sykepleiere, uansett om du er nyutdannet eller har flere års erfaring.

Kols er en kronisk obstruktiv lungesykdom, sykdommen består av kronisk obstruktiv bronkitt og emfysem. Kronisk obstruktiv lungesykdom er en felles betegnelse på sykdommer som identifiseres av økt motstand i luftveiene. Denne sykdommen er ikke reversibel (Birkelund, 2020). Kols er en av de sykdommene som hyppigst kan føre til død verden over. Norske befolkningsstudier viser at forekomsten er 14 % i aldersgruppen 35-90 år. Det finnes sjeldent sykdom hos pasienter under 40 år, men forekomsten øker med alderen. 10 % av befolkningen over 70 år har kols. Kols er årsaken til de hyppigste sykehusinnleggelsene i Norge. Grunnen til dette er fordi kols-pasienter ofte er behandlingstrengende når det kommer til akutt forverring i respirasjonen, i sammenligning med andre respirasjonssykdommer. Forekomsten av kols øker også med røyking, økende alder, urbanisering, lav sosioøkonomisk status og luftforurensning (Grundt og Mjell, 2019).

Pasienter med kols får ofte angst i forbindelse med dyspné, opplevelsen av å ikke få tilstrekkelig med luft vil ofte fremme stress og angst. Angst kan føre til forverring av dyspné og som igjen vil kunne skape en ond sirkel for pasienten. Pasienten kan føle seg sårbar fordi vedkommende mister noe kontroll over egen tilstand, blant annet kan pasienten føle seg sårbar og hjelpeløs ved dyspné. De kan da igjen være svært avhengig av andres hjelp og støtte (Bakkelund, *et al*, 2020). Det vil hovedsakelig settes fokus på kols-pasienter som har en kronisk angst lidelse og en depresjon som følge av sykdommen.

2. Bakgrunn

2.1 Kols

Kols er en sykdom som utvikles gradvis og det kan ta mange år før vedkommende kan merke til de første symptomene. Forsnevring og arrdannelse kan ikke sees på vanlig røntgen og det er denne betennelsen som forekommer hos kols-pasienter. Kols kan påvises ved å måle lungefunksjonen (spirometri) hos legen. De tre vanligste symptomene på kols er langvarig hoste (røykhoste), slim fra lungene med ekspektorat og dyspné ved aktivitet/anstrengelse (Helsenorge, 2020). Røyking er den vanligste årsaken til kols og det kan forklare to av tre tilfeller av kols. Røykere har litt over 4 ganger så stor sannsynlighet for å utvikle kols. Det aller viktigste forebyggende tiltaket er derfor røykestopp. Andre risikofaktorer er arbeidsmiljø, utendørs forurensning og passiv-røyking (Folkehelseinstituttet, 2014)

Kols klassifiseres etter alvorlighetsgrad på grunnlag av spirometri. Det finnes også en internasjonal konsensus om stadieinndeling utarbeidet av Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD-kriteriene). I tillegg er det laget en klassifisering (gruppe A-D) basert på kombinasjonene av symptomer, risiko for forverring (eksaserbasjoner) /antall forverring det siste året og spirometri (Grundt og Mjell, 2019). Kols stadium 3 er definert som alvorlig kols. Her kan det forekomme akutte forverring av symptomene, noe som kan ha innvirkning på pasientens livskvalitet og prognose. Kols stadium 4 er definert som alvorlig luftstrømsobstruksjon. Her er det respirasjonssvikt eller kliniske tegn til høyresidig hjertesvikt (cor pulmonale). Dette er forårsaket av et konstant trykk i lungekretsløpet (pulmonal hypertensjon). Vedkommendes livskvalitet er svært redusert og eventuelle forverring kan være livstruende (Bakkeland, *et al*, 2020)

2.2 Livskvalitet

Livskvalitet varierer fra person til person, og det er ikke alle som har god nok livskvalitet. Det finnes flere utsatte grupper som melder om gjennomgående dårlig livskvalitet. Eksempler på utsatte grupper kan være de som lever med nedsatt funksjonsevne og personer som har redusert psykisk eller fysisk helse. I psykologi og helsefag brukes livskvalitet for å dekke subjektive

opplevelser som glede, mestring og mening, samt fravær, tilfredshet, og fravær av psykiske plager og negative følelser. I andre sammenhenger benyttes livskvalitet om ytre, objektive levekårsforhold, slik som inntekt, boforhold og sosial deltakelse (Nes, 2021).

Ved kols kan det være lurt å spørre pasienten hvordan sykdommen og behandlingen av den virker inn på vedkommende sin livskvalitet, eventuelt hva slags begrensninger som forekommer i hverdagen. Det er også viktig å kartlegge pasienten sitt sosiale nettverk, i forhold til at støtte har stor betydning for mestring ved en kronisk lungesykdom (Bakkelund, *et al*, 2020).

2.3 Angst

Angst kan være en overdreven eller en ukritisk fryktreaksjon ovenfor en situasjon. En som har angst kan ofte bli urolig, puste raskere og få konsentrasjonsvansker. Personer som har opplevd frykt og angst vil ofte prøve å unngå å havne i situasjoner som trigger frem situasjonen de frykter (Håkonsen, 2018).

Dyspné oppleves som svært skremmende, spesielt når tungpusten inntar. Pustingen kan oppleves som en kamp for å overleve, som kan gjøre pasienten svært urolig og dermed føre til panikk. Spesielt ved alvorlig dyspné kan redselen for død være stor hos kols-pasienten. Blant annet er flere pasienter redde for å sovne, fordi de frykter å ikke kunne våkne opp igjen. Det er uvissheten for når et nytt anfall kan forekomme, som skaper stor usikkerhet og angst hos dem (Bakkelund, *et al*, 2020).

Den tunge pusten er også med på påvirke pasienten psykisk, som blant annet kan føre til sinne og irritasjon ovenfor egen situasjon. De kan også føle på en tristhet, dette ovenfor å ha mistet muligheten til å utføre ting i livet som man tidligere tok som en selvfølge. Angst og depresjon sees ofte hos pasienter med kols enn ellers i befolkningen. Dette gjør at kols-pasienter ofte kan føle på ensomhet, maktesløshet og kan føre til sosial isolasjon. Dette fører igjen til en nedsatt livskvalitet hos kols-pasienter. (Bakkelund, *et al*, 2020).

2.3.1 Håndtering av angst

Sykepleieren må forholde seg rolig ved en situasjon der kols-pasienten griper etter pust og er tydelig angstpreget. Det er også viktig at sykepleieren skaper tillit til pasienten, blant annet ved at sykepleieren viser forståelse for pasienten sin angst og redsel. Sykepleieren kan også veilede og undervise pasienten i teknikker som kan gjøre at pasienten puster roligere og får opp ekspektorat. Eksempler på dette kan være leppepustteknikker og dype innpust (Bakkeland, *et al*, 2020).

2.4 Depresjon

Depresjon er en vanlig lidelse som rammer mange mennesker. Det er en følelsesmessig tilstand som kan forekomme etter at en har opplevd hendelser hvor han eller hun har følt seg mislykket og utilfredsstilt som menneske. Depresjon utvikles ofte i vanskelige livssituasjoner, eksempelvis død, alvorlig og livstruende sykdom, tap og sorg. Desto mer omfattende en depresjon er, jo mindre vil pasientene dele sine egne opplevelser og tanker. Det er en intensiv og langvarig opplevelse av nedtrykthet og tristhet, også en skyldfølelse overfor innbilte eller virkelige fenomener (Håkonsen, 2018).

Ved depresjon vil det føre til at det som en gang ga glede og interesse, ikke lenger har betydning (Håkonsen, 2018). Mange pasienter med kols utvikler depresjon, ifølge helsebiblioteket er det opptil 80% av kols-pasienter som har depresjon. Sannsynligheten for å få depresjon er 4 ganger så stor hos kols-pasienter (Helsebiblioteket, 2019).

Depresjon kan påvirke flere sider av livet, slik som at en ikke klarer å fungere på jobb, eller at en får problemer med nære relasjoner (Helsebiblioteket, 2021). Ofte kan deprimerte mennesker føle seg mislykket og utilstrekkelig, de sliter med å se lyst på livet og klarer ikke å se at livet kan bedre seg. Hos andre kan depresjon vise seg som rastløshet, uro, sinne og irritabilitet (Håkonsen, 2018).

2.5 HAD – Hospital Anxiety and Depression Scale

HAD-skala er et screeningverktøy som kan kartlegge både angst og depresjon til pasienter med en somatisk sykdom, eksempelvis kols. Dette verktøyet brukes for å se alvorlighetsgraden av symptomer hos pasienter med kroniske sykdommer, som derfor i tillegg har angst og/eller

depresjon. Skjemaet inneholder kartlegginger når det kommer til følelser. Ved å summere skårene i angstdelen kan en få en rask oversikt på om pasienten har symptomer på angst (Markussen, 2009)

2.6 Sosial isolasjon

Kols- pasienter kan ofte være skamfulle, fordi de føler at kolsen kan være selvforsynt i forhold til å ha røyket. Røykingen har ingen positiv innvirkning på sykdommen, men på tross av dette er det likevel mange som sliter med å slutte. Gjerne fordi røyken har vært et dempende element på opplevelsen av angst. De kan ofte oppleve å bli møtt med fordommer fra andre ved at kolsen er selvforskyldt, fordommer har også forekommet fra helsepersonell. De kan for eksempel oppleve negative kommentarer eller en dårligere behandling, samt lite støtte. På bakgrunn av disse opplevelsene vil pasienten hyppigere unngå sosiale situasjoner og dermed bli mer isolert. Pasienter med alvorlig respirasjonssvikt kan føle på en usikkerhet rundt dette med å forlate hjemmet. Med en redusert fysisk yteevne og det å være avhengig av andre, kan gjøre at de heller velger å bli hjemme (Bakkelund, *et al*, 2020).

2.7 Mestring

Mestring er ofte nært knyttet til stressituasjoner. Stress- og belastningsstusjoner er uønskede situasjoner som forstyrrer det normale livet, enten om det er kronisk eller akutt. Lazarus og Folkmans teori om mestring knyttet til helse og sykdom fra 1984 er den meste kjente og velbrukte teorien. Denne teorien beskriver mestring som en prosess mellom personen og situasjonen som oppstår (Lode, 2016). En viktig oppgave som sykepleieren har er å hjelpe pasienten med å mestre de forskjellige konsekvensene som kommer ved sykdom, behandling og svikt i helsen. Mye av denne jobben kan inneholde informasjon og veiledning i forbindelse med legemiddelhåndtering. Dette er for å hjelpe pasienten med å kunne administrere dette selv hjemme. En særdeles viktig oppgave er også å hjelpe pasienten med å understøtte pasientens egne krefter, vedkommendes mestringsevne og håp i forbindelse med sykdom og svikt i helsen (Nortvedt og Grønseth, 2020).

2.7.1 Hverdagsmestring

Hverdagsmestring kan beskrives som de krevende situasjonene en person forholder seg til i hverdagen. Kraftig funksjonfall i forbindelse med alvorlig sykdom som kols, kan det snakkes om hvordan en skal kunne leve med følgende av sykdommen. Gjennom god kommunikasjon kan helsepersonell bidra til å styrke pasientens hverdagsmestring. Å hjelpe en pasient med hverdagsmestring handler i stor grad om å forstå hva som er viktig for pasienten, praktisk hjelp i hverdagen og legge mål sammen. Dette kan være med på å motivere pasientene til å nå sine mål (Eide og Eide, 2017).

2.7.2 Mestringsstrategier

Det finnes flere typer mestringsstrategier. Disse er problemfokuserte strategier, emosjonsfokuserte strategier og unngåelsesstrategier. Problemfokuserert strategi går ut på at en prøver å løse selve problemet aktivt. For at denne strategien skal kunne tas i bruk, må det være mulig å gjøre noe med scenarioet. Emosjonsfokuserert strategi handler om å regulere de følelsesmessige reaksjonene. Denne typen strategi blir særlig brukt i situasjoner hvor man ikke har stor mulighet for å forandre situasjonen. Emosjonsfokuserert strategi hjelper pasienten med å regulere følelser og holde de inne når det er mest gunstig for pasienten. Den siste er unngåelsesstrategi, og brukes i situasjoner hvor en ønsker å unngå og tenke på stressende situasjoner. Det en kan gjøre er å avlede tankene over på noe annet, tvinge en selv til å ikke tenke på det som er ubehagelig eller situasjonen (Lode, 2016).

Lazarus og Folkmans mestringsstrategi går ut på at belastninger som både er fysiske og psykiske, utløser en kombinasjon av følelser og tanker hos vedkommende. Dette kan være forskjellige fra person til person og motivasjon er en viktig faktor for mestring (Eide og Eide, 2017).

Personlighetsfaktorer kan påvirke hvilken mestringsstrategi som tas i bruk. En engstelig person, som en kols-pasient, vil muligens ta i bruk emosjonsregulerende strategier for å prøve og kontrollere angsten (Lode, 2016).

2.7.3 Mestringstro

Albert Banduras var den som implanterte begrepet mestringstro. Mestringstro går ut på at pasienten har forventninger om eller tro på at de klarer å mestre en stressende situasjon. Ifølge Banduras er det fire kilder til mestringstro. Den første kilden er tidligere erfaringer eller

forventning om at en klarer seg selv. Den andre er å lære eller bli fortalt hvordan andre mestrer gir en tro på at en klarer det selv. Den tredje er bekreftelse på at en mestrer. Den siste er tolkning av følelser eller fysiologisk tilstand. En pasient som tidligere har erfaringer og tro på mestring av egen sykdom, eller har syke pårørende og mestret dette godt, vil ha bedre grunnlag for å beherske alvorlig sykdom. Pasienter som har god indre kontroll og mestringstro, vil ha gode betingelser for å endre atferd når det trengs, for eksempel røykeslutt hos kols-pasienter (Lode, 2016).

2.8 Undervisning og veiledning

Å veilede pasienter i prosesser der mye endringer skjer i livet, og å bidra til å styrke motivasjonen for endring er en av de viktigste oppgavene til helsevesenet (Eide og Eide, 2017). Helsepersonell har et ansvar for å kunne gi tilstrekkelig med undervisning og veiledning til pasienter med kols. Kunnskap om sykdom og behandling er viktig for at pasienten skal kunne ivareta egenbehandling og forebygge noe videre sykdomsutvikling. Dette kan være med på å bedre livskvalitet og mestre egen sykdom (Bakkelund, *et al*, 2020).

Et problem som stadig dukker opp for helsepersonell er at råd og informasjon som blir gitt, kanskje ikke blir fulgt. Motiverende intervju (MI), også kalt motiverende samtale, er en metode som både virker effektivt og empatisk. Dette er samtaler som kan føre til endring, motivasjon og mestring. Et mål med en slik samtale er at personen skal bestemme seg for at en endring skal skje og tenke ut hvordan denne endringen kan oppnås. MI brukes ofte ved forskjellige behandlinger, deriblant angstlidelser, røykeslutt og kroniske lidelser som kols. Ved god bruk av MI-metoden kan det føre til et godt samarbeid mellom pasient og helsepersonell (Helsedirektoratet, 2017)

2.9 Sykepleieprosessen

Sykepleieprosessen er en problemløsningsmodell som er både systematisk og dynamisk. Hensikten med sykepleieprosessen er å støtte sykepleiere i målrettet arbeid, metodisk og systematisk, og bidra til en god kvalitet av individualisert sykepleie. Det ble originalt skilt mellom fire faser i sykepleieprosessen. Disse var vurderingsfase, planleggingsfase, gjennomføringsfase og evalueringsfase. I sykepleien innebærer problemløsning klinisk og diagnostisk resonnement. I nye studier kan man se at sykepleieprosessen beskrives på en ny

måte, hvor vurderingsfasen utgjør to trinn. Disse to trinnene er selve datasamlingen og en kommende diagnostisering. Sykepleieprosessen blir derfor beskrevet gjennom fem faser; datasamling, diagnostisering, planlegging, implementering og evaluering (Rotegård, Solhaug og Grov, 2016).

Datasamling handler om å skaffe seg relevant og nødvendig informasjon om pasientens behov, ressurser og helsetilstand. Diagnostisering omhandler den kliniske vurdering av potensielle og aktuelle problemer som går innenfor sykepleierens ansvarsområde. Planlegging går ut på å formulere mål for pasienten. Implementering, kan også bli kalt sykepleieintervensjoner eller sykepleietiltak, handler om å gjennomføre tiltak og handlinger for å oppnå målene som ble satt i planleggingsfasen. Den siste er evaluering som handler om kvalitetsbedømming av tiltakene med tanke på om pasientens helsetilstand forandres i samsvar med bestemte mål (Rotegård, Solhaug og Grov, 2016).

2.10 Sykepleieteorier

Virginia Henderson mente at sykepleiens grunnleggende formål er å ta vare på de grunnleggende behovene, for eksempel behovet får å sove, være i aktivitet, puste, og spise. Henderson mente at sykepleierens særegne funksjon består av flere elementer. Disse er å hjelpe mennesket, friske eller syke, utføre handlinger som bidrar til å bedre helse eller gjenvinning av helse og potensielt en fredfull død. Mye av Hendersons teori dreier seg om sykepleieren, blant annet om tjenester profesjonelle sykepleiere kan tilby pasienter og samfunnet (Mathisen, 2016).

Ifølge Kari Martinsens omsorgsteori er begrepet omsorg noe en kjenner fra dagliglivet. I Martinsens beskrivelse av omsorg tar hun for seg tre fenomener som handler samtidig når det gjelder omsorg. Disse tre er relasjon, praktisk og moralsk. Relasjon går ut på at to eller flere parter har omtenkksomhet og bekymring for en annen. I det praktiske er det snakk om hvordan vi viser omsorg overfor hverandre gjennom praktiske og konkrete handlinger. Og til slutt er omsorg moralsk, hvor Martinsen mener det går ut på å utføre handlinger for en pasient uten forventninger om noe tilbake. Det er blant annet viktig å være der for pasienten og vise omsorg over pasienten i deres situasjon (Alvsvåg, 2016).

Joyce Travelbee definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess hvor sykepleieren hjelper et individ, deres familie eller samfunn ved forebygging eller mestre opplevelser med

sykdom og lidelse. Om nødvendig skal sykepleieren hjelpe med pasienten med å finne mening i disse opplevelsene. Sykepleiefunksjonen handler om å observere og registrere pleien til pasienten. Formålet med dette er å hjelpe pasienten med å mestre eller forebygge opplevelser med lidelse og sykdom, eller hjelpe pasienten med å oppnå optimal helse. Travelbee mente at sykepleiere alltid kan gjøre noe for en pasient uansett hvor syke de er. Det ved å hjelpe dem med å finne håp i den situasjonen de føler er meningsløs (Travelbee, 1999).

2.11 Sykepleiernes helsefremmende funksjon

Helsefremmende arbeid er beskrevet av WHO som prosessen i å la mennesket få en økt kontroll og mulighet til å forbedre sin egen helse. Hensikten med helsefremmende arbeid er å fremme, opprettholde og gjenopprette en god helse blant både friske mennesker og de med nedsatt helse. Helsefremmende arbeid bruker ressurser og ser på hva som kan fremme helsen (Jacobsen, 2016).

2.12 Hensikt

Hensikten med denne bacheloren er å bistå til mestring hos kols- pasienter knyttet opp mot angst og depresjon. Blant annet hvordan kols-pasienter skal kunne klare å mestre hverdagen sin med deres angst og depresjon. Vi ønsker å formidle hvor sentral sykepleierens rolle er og viktigheten av å ha nok kunnskap rundt kols-pasienter med angst og depresjon. Dette for at de skal kunne veilede og informere pasientene godt nok rundt deres sykdom. Vi har på bakgrunn av dette kommet frem til problemstillingen:

Hvordan kan sykepleiere bidra til mestring ved angst og depresjon hos pasienter med kols?

2.13 Avgrensning av oppgaven

Vi har gjennom praksis møtt på en del kols- pasienter i forskjellige stadier, men spesielt rundt stadium 3 og 4. Vi har erfart at disse pasientene ofte er svært angstpreget, og dermed sliter med å mestre egen hverdag. Angst og depresjon henger tett sammen med kols og vi har derfor valgt å fordype oss nærmere i dette. Vi har ikke satt noe avgrensning på om pasienten bor hjemme eller er innlagt på institusjon. For å avgrense oppgavene nærmere har vi valgt å fokusere på problemområdene innenfor kols sammen angst, pustebesvær, depresjon, sosial isolasjon og mestring. Vi har ikke fastsatt noe spesiell alder på kols-pasientene våre, men ut fra erfaring og

statistikk som tidligere nevnt, er det ofte mennesker i alderen over 65 år som lider av kols stadium 3 eller 4.

3. Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie er en studie som gjør at en kan systematisere kunnskapen fra de kildene en bruker. Å systematisere betyr at en samler inn litteratur og går kritisk gjennom litteraturen som brukes. Hensikten med en litteraturstudie er å gi leseren oppdatert informasjon og gi en god forståelse på det området problemstillingen sammenfatte. Deretter forklarer man hvordan en har kommet frem til den kunnskapen som er brukt (Thidemann, 2020). Denne oppgaven er en litteraturstudie. Det er tatt i bruk databasene Cinahl, Medline Ovid og PubMed for å finne litteratur for å besvare problemstillingen.

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier er brukt for å tydeliggjøre litteratursøket, og avgrense litteraturen en finner (Thidemann, 2020). I litteratursøket har det forekommet noen kriterier for å få mest brukbare artikler som mulig. Blant annet var det viktig at pasientene ikke var langt under stadium 3 av kols. Dette for at pasientene skal passe til den målgruppen som er tenkt i oppgaven. En avgrensning ble foretatt i søket etter årstall for å få de mest oppdaterte og aktuelle artiklene. Det ble valgt å avgrense artiklene fra år 2012- 2022, dette for å ikke få eldre artikler enn 10 år. Det ble også valgt artikler fra land som kan overføres til det norske helsevesenet, som er ganske likt hvordan det er i Norge. Bacheloroppgaven kommer hovedsakelig til å ta for seg kronisk angst og depresjon. Vi er klar over at akutt angst kan forekomme ved stadium 3 og 4, men det blir ikke lagt vekt på i denne oppgaven.

3.3 Systematisk litteratursøk

I litteratursøk etter vitenskapelige artikler ble det tatt i bruk MeSH for å kunne presisere søkene korrekt og derfor finne artikler enklere. MeSH er en forkortelse for Medical Subject Headings. Dette er en nettside en kan bruke som verktøy for å enklere finne emneord til søkene som skal gjøres i de forskjellige databasene. MeSH er en base en kan finne begreper innen blant annet medisin og helsefag. Dette er med på å hjelpe å forstå medisinsk fagterminologi (Aasen, 2020)

3.4 PICO-skjema

Population/patient Problem Hvem/hvilke	Intervention Hva	Outcome Resultater
Kols Angst Depresjon Dyspné	Sykepleieintervensjon eller andre intervensjoner/tiltak (informasjon/veiledning/forebyggende tiltak)	Øke livskvalitet Øke fysisk arbeidskapasitet Øke den psykiske helsen

Det ble ikke valgt å bruke “C” i vårt PICO-skjema, fordi det ikke hadde noe å sammenligne intervensjonen med.

3.5 Artikkelsøk

I litteratursøket ble det innledningsvis brukt oria for å finne frem til databasene Cinahl, Pubmed og Medline Ovid. Dette fordi det er databaser som er kjent fra tidligere i studiet. Det ble brukt søkeordet “pulmonary disease, cronic obstructive”. Her ble det undersøkt at det fantes en del artikler som omhandler temaet.

Videre ble det søkt i de forskjellige database hvor søkeordene “pulmonary, disease, chronic obstructive” i ulike kombinasjoner med **AND** sammen med angst, dyspné og depresjon ble brukt. Det ble valgt artikler som utfra overskriften passet til temaet i problemstillingen. Deretter ble det gjort en analyse i de forskjellige artiklene og sammendragene. Derfra ble det valgt artikler som kunne hjelpe med å belyse problemstillingen. Det ble forsøkt å bruke “nursing” for å få frem sykepleierollen i artiklene, men fikk lite resultater eller ingen treff på dette. Derfor ble det valgt å ikke inkludere dette ordet i det systematiske søket.

Søkeord	Ovid Medline	Pubmed	Cinahl
1. COPD (pulmonary disease, chronic obstructive	62 634 treff	62 643 treff	21 678 treff
2. Anxiety	101 328 treff	101 381 treff	55 032 treff
3. Dyspnea	23 616 treff	23 620 treff	10 581 treff
4. Depression	139 065 treff	241 969 treff	126 879 treff
5. Alle søkeordene kombinert AND	68 treff	70 treff	57 treff
6. 2012 – 2022	49 treff	50 treff	37 treff

3.6 Analyse

Database	Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	Pulmonary Disease, Chronic Obstructive AND Depression AND Anxiety AND Dyspnea	Årstall: 2012- 2022 + Peer Reviewed + Språk: norsk eller engelsk	37 treff	Treff nr. 6 “ <i>Mental disorders in chronic obstructive pulmonary diseases</i> ”
Cinahl	Pulmonary Disease, Chronic Obstructive AND Depression AND Anxiety AND Dyspnea	Årstall: 2012- 2022 + Peer Reviewed + Språk: norsk eller engelsk	37 treff	Treff nr. 12 “ <i>Pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary</i> ”

				<i>disease: Outcomes in a 12 week programme”</i>
Medline Ovid	Pulmonary Disease, Chronic Obstructive AND Depression AND Anxiety AND Dyspnea	Årstall: 2012- 2022 + Peer Reviewed + Språk: norsk eller engelsk	49 treff	Treff nr. 32 <i>“Cognitive behaviour therapy reduces dyspnoea ratings in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD)”</i>
Medline Ovid	Pulmonary Disease, Chronic Obstructive AND Depression AND Anxiety AND Dyspnea	Årstall: 2012- 2022 + Peer Reviewed + Språk: norsk eller engelsk	49 treff	Treff nr. 4 <i>“Two-month breathing-based walking improves anxiety, depression, dyspnoea and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease: A randomised controlled study”</i>

Pubmed	Pulmonary Disease, Chronic Obstructive AND Depression AND Anxiety AND Dyspnea	Årstall: 2012- 2022 + Peer Reviewed + Språk: norsk eller engelsk	50 treff	Treff nr. 11 <i>“Depression is a major determinant of both disease-specific and generic health-related quality of life in people with severe COPD.”</i>
Pubmed	Pulmonary Disease, Chronic Obstructive AND Depression AND Anxiety AND Dyspnea	Årstall: 2012- 2022 + Peer Reviewed + Språk: norsk eller engelsk	50 treff	Treff nr. 31 <i>“Multiple symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease in Norway”</i>

3.7 Kildekritikk

Det er viktig å være kildekritisk i det litteratursøket en gjør. Kildekritikk handler først og fremst om å finne litteratur som belyser problemstillingen best. Et annet viktig moment i kildekritikk er å gjøre rede for den litteraturen en har brukt i oppgaven sin (Dalland, 2020).

I teoridelen og senere i drøftingsdelen vil det være brukt en del litteratur fra pensum. Dette er å anse som pålitelige kilder fordi det er godkjent fra det aktuelle lærestedet. Det er også viktig å legge vekt på at pensumlitteratur ofte kan være sekundære kilder, og senere derfor fortolket fra

primærkilden. Det er i disse tilfellene en god ide å gå til primærkilden der det lar seg gjøre (Dalland, 2020)

I oppgaven tar det for seg flere vitenskapelige artikler som er kommet frem utfra litteratursøket. De vitenskapelige tidsskriftene har redaksjoner som sikrer kvalitet på artiklene som utgis. De vitenskapelige tidsskriftene har også uavhengige fagpersoner som skal vurdere den enkelte artikkelen, og om denne holder standarden som er forventet. Slikt arbeid kalles fagfelleevaluering eller “peer review” (Dalland, 2020).

Alle artiklene som anvendes i denne oppgaven er fagfelleevaluert eller “peer reviewed”. Ingen av artiklene er mer enn 10 år gamle, slik at artiklene er oppdaterte på ny informasjon. Artiklene som er brukt inkluderer både kvalitative og kvantitative metoder da dette er artikler som anses og være aktuelle for problemstillingen i oppgaven.

I studiene *“Depression is a major determinant of both disease-specific and generic health-related quality of life in people with severe COPD.”* og *“Pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease: Outcomes in a 12 week”* er flertallet av deltakerne menn. Det blir derfor ikke godt nok representativt for kvinner med kols, men den er aktuell i henhold til problemstillingen av oppgaven.

I studiene *“Depression is a major determinant of both disease-specific and generic health-related quality of life in people with severe COPD”* og *“Two- month breathing- based walking improves anxiety, depression, dyspnoea and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease: A randomised controlled study”* er begge gjennomført i Asia. Selv om disse to studiene fokuserer på den asiatiske befolkningen, sees de likevel på som svært aktuelle. De er aktuelle fordi studiene generelt fokuserer på hvilken påvirkning angst og depresjon har hos pasienter med kols. Det har derfor blitt valgt å inkludere disse artiklene i bacheloroppgaven.

4. Resultater

Monsterrat-Capdevila, J. et al. (2018) Mental disorders in chronic obstructive pulmonary diseases. *Perspectives in Psychiatric Care*.

Hensikten med studien var å finne ut om angst og/eller depresjon var forbundet med alvorlig eksaserbasjon. Metoden for studien var en kvantitativ metode med prosepekt kohort studie. Den inneholdt 512 pasienter med diagnosen kols. Disse pasientene ble fulgt fra 1 november 2012 til 31 oktober 2014. Pasientene ble testet gjennom en HADS-test (Hospital Anxiety and Depression Scale). Dette for å finne ut om det fantes noe tilstedeværelse av angst/depresjon og om dette kan assosieres med alvorlig eksaserbasjon.

Resultatene av studien viste at i begynnelsen var det 15,6 % (7,2 % av angst og 12,5 % av depresjon) som slet med angst eller depresjon. De fleste av disse pasientene (53,7%) var ikke påvirket av angst og/eller depresjonen. Gjennomsnittsalderen var 69,5 år og 26,8 % var kvinner. Røykere og eks-røykere representerte 66,8 % av utvalget. Halvparten (50,8 %) av pasientene led av sykehusinnleggelse og 8,2 % av disse ble innlagt det første året og 11,3 % det andre året ble 11,3 % innlagt. Når det kom til pasienter som led av angst og/eller depresjon ble 17,5 % innlagt det første året og 18,8% det andre året. Noe som resulterte i at sykehusinnleggelse var større hos de pasientene med angst og/eller depresjon enn det som ikke hadde det.

Sciriha, A. et al. (2015) Pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease: Outcomes in a 12 week programme. *Taylor and Francis Online*.

Hensikten med studien er et 12 ukers lungerehabiliteringsprogram som ble utformet for å se om fordelene ble oppnådd ved eller før 12 ukers programmet for kols-pasienter. Metoden i artikkelen var en kvantitativ kohortstudie. Det var 75 pasienter, der 59 var menn og 16 kvinner i studien. Alderen var fra 40 til 75 år. Disse ble henvist fra et lokalsykehus på Malta. Grunnleggende vurdering ble utført av alle pasientene 2 uker før oppstart av programmet. 60 pasienter ble kvalifisert til å starte programmet 2 ganger ukentlig, 12 ukers tverrfaglig program levert etter screeningprosessen. Seks-minutters gang test, Hospital Anxiety and Depression Scale-score, dyspné-score (Borg-scale), spirometri-testing, plethysmograf, CAT-score (COPD Assessment

Tool) og SGRQ (St. George's Respiratory Questionnaire) ble overvåket med 4 ukentlige intervaller gjennom de 12 ukene.

Resultatene i studien viste at de 60 pasientene som ble rekruttert til studien, fullførte 49 (43 menn og 6 kvinner) av pasientene hele programmet. Tre av deltakerne sluttet etter 4 uker da de ikke fant noe fordel ved å delta, to måtte avbryte rehabiliteringen etter 8 uker av personlige årsaker. Gjennomsnittsalderen var rundt 67 år. Resultatene viste høye endringer de første 4 ukene hos de KOLS-pasientene med mildere grad. Forbedringer i lungefunksjonstester var marginale. Borg-skalaavlesninger i hvile og etter anstrengelse sank betraktelig fra uke 0 til uke 4, men forble ganske konstant deretter. Kroppsmasseindeksen, luftveisobstruksjonen, dyspné og treningskapasitet, (BODE)-indeksen, SGRQ- og CAT-score verdiene sank betydelig gjennom ukene uavhengig av den opprinnelige scoren. Angstscoren gikk betydelig ned med 12 uker, mens depresjonsvurderingene ble forbedret med 8 uker.

Livermore, N. Et al, 2015. Cognitive behaviour therapy reduces dyspnoea ratings in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) *Science direct*.

Hensikten med studien var å sjekke ut hvilken innvirkning psykologiske faktorer har på dyspné, da spesielt hos kols-pasienter. Metoden som ble brukt i denne studien var kvantitativ, der deltakerne måtte igjennom en rekke scoringsskjemaer for vurdering av deres fysiske og psykiske helse.

Hovedfokuset ble å teste ut kognitiv adferdsterapi (CBT) for å se om dette kunne være med på å dempe tungpusten hos pasienter med kols. Studien ble gjennomført med totalt 31 personer. Gjennomsnittsalderen lå på rundt 72 år. Deltakerne gikk gjennom en rekke fysiske tester som vurderte deres anstrengelse i forhold til respirasjonen, de måtte også igjennom spørreundersøkelser som gikk på vurdering av deres angst og mulige panikkelidelse. Deltakerne ble også delt opp i to grupper, den ene gruppen skulle gjennomgå kognitiv adferdsterapi, mens den andre gruppen fortsatte som normalt.

Den kognitive adferdsterapien ble startet opp 2 uker etter nevnte vurderinger. Det ble da startet opp behandling og forebygging av mulig panikkelidelse/angst. Det ble også utviklet personlige mestringsstrategier for deltakerne, for å prøve å finne løsninger på eventuelle barrierer for å fremme mestring. De fokuserte også på pusteteknikken til deltakerne og aktivitetsplanlegging.

Studiet gikk over en 6 måneders periode, som viste en tydelig forbedring. Gruppen som hadde gjennomgått CBT- behandling hadde en betraktelig stor bedring i forhold til angsten deres, mens den andre gruppen hadde ingen forbedring.

Two-month breathing-based walking improves anxiety, depression, dyspnoea and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease: A randomised controlled study

Hensikten med studien var å undersøke om en “pustebasertgange” hadde noe effekt i løpet av en to måneders periode. Spesielt da i forhold til angst, depresjon, livskvalitet og dyspné hos pasienter med kols. Bakgrunnen for studiet blir forklart med at angst og depresjon ofte har en sammenheng med økt risiko for ekserbasjoner og har generelt en dårligere helsetilstand.

Deltakerne som deltok ble delt inn i to grupper, den første gruppen fikk prøve en “pustebasert-gange- intervensjon” og den andre gruppen, som blir omtalt som “kontrollgruppen” fikk ingen ny behandling utenom det de hadde fra tidligere. Den første gruppen som skulle utføre daglig en gåtur på 30 minutter, 5 dager i uken i 2 måneder. De skulle også praktisere ulike pusteteknikker i løpet av denne perioden. Den andre gruppen levde livet som normalt uten å utføre dette. Resultatene viste til at den første gruppen fikk forbedret deres dyspné, angst, depresjon og generell livskvalitet sammenlignet med den andre gruppen.

Metoden som ble brukt i denne studien var kvantitativ. Alle deltakerne ble målt i samme scoringsskjemaer, som var tallbasert. Studien ble godkjent av et universitetssykehus for forskningsetikk. Kolspasientene som deltok i studien, ble informert om formålet og hva som skulle utføres i løpet av prosessen. Det ble også innhentet signatur fra alle deltakerne, men de kunne når som helst trekke seg fra studien.

Berntsen S.B et.al., 2013. Multiple symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease in Norway

Denne artikkelens hensikt var å undersøke forekomsten av symptomer ved kols, og sammenhengen symptomer og pasientenes syn på fremtiden hadde på hverandre. Studien beveger seg ut fra en tverrsnittstudie av 100 pasienter med kols. Metoden som ble brukt var kvantitativ, det ble gjort gjennom et skjema. Dette for å undersøke pasientenes symptomer; angst, dyspné, depresjon, søvnløshet, tretthet og smerter, og deres utsikt for fremtiden.

Et negativt fremtidssyn vist at pasientene også hadde økt angst og depresjon, samt andre symptomer. De med ytterligere symptomer og som har et negativt framtidssyn kan ha nytte av tidlig intervensjoner for å hjelpe dem med et mer positivt syn for fremtiden, som kunne lindre symptomer. De fleste pasientene rapporterte om to eller flere symptomer, og symptomene påvirket hverandre negativt. Flere pasienter anga et positivt syn på fremtiden, men det var fortsatt noen som meldte om et negativt fremtidssyn. De med negativt fremtidssyn hadde også høyere symptombyrde. Det var derfor viktig å motivere pasienter med kols til å delta i kols-intervensjoner med fokus på kunnskap om sykdommen og mestringsevne for å forandre det negative synet til et positivt et. Dette kan videre føre til at det blir lettere å håndtere sykdommen og igjen redusere symptombyrden.

Jang, S.M. et.al, 2018. Depression is a major determinant of both disease-specific and generic health-related quality of life in people with severe COPD

Hensikten med studien var å undersøke indikatorer for sykdomsspesifikke og helserelatert livskvalitet hos pasienter med alvorlig kols. Dette var en studie som inkluderte 80 pasienter med alvorlig kols. Metoden i studien var kvantitativ og det ble brukt to instrument, St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), og et generisk instrument, Short Form 36 Health Survey Questionnaire.(SF-36). Gjennomsnittsalderen for deltakerne var 66 år, og 83% av dem var menn. SGRQ-skårene ble indikert av depresjon, dyspné, antall eksabersjoner og fysisk utholdenhet. SF-36-skårens fysiske komponenter var forbundet til depresjon, antall eksabersjoner og dyspné. SF-36-skåren mentale komponenter var mest relatert til depresjon og angst.

I artikkelen kommer det frem at depresjon og angst har negativ påvirker kols, har økt risiko for forverring og mulig død mens kols økte risiko for å utvikle depresjon. 44,1% av pasientene som var innlagt med kols-eksaserbasjoner hadde depresjon som var assosiert med dårligere livskvalitet, flere luftveissymptomer, lengre sykehusopphold og høyere dødelighet.

Kombinasjonen av depresjon med større prevalens, redusert HRLQ og økt dødelighet, kan screening og tidlig intervensjon for kols-pasienter med depresjon være et terapeutisk alternativ.

Det blir i artikkelen sagt at kols-pasienter med depresjon som søker hjelp tidlig, har en stor reduksjon i dødelighet. En studie i artikkelen viser at kliniske og biologiske mål var mindre viktige indikatorer for depresjon hos kols-pasienter enn sykdomssymptomer og livskvalitet. En annen studie har sett på assosiasjoner mellom kols og depresjon. Her ser de på den irreversible

luftstrømbegrensingen som forårsaker en reduksjon av oksygentilførselen til hjernen og tap av hvit og grå substans. Kols relatert frykt bidro sakte til sykdomsspesifikk funksjonshemming.

5. Drøfting

Sykepleieren har en sentral rolle ved økt mestringsfølelse hos pasienter med kroniske sykdommer. I denne delen vil det drøftes hvordan angst og depresjon henger sammen med kols og konsekvenser av dette, blant annet hvordan det virker inn på deres livskvalitet. Først kommer det frem identifisering av angst, deretter drøftes det hvordan det er å leve med kronisk sykdom. I mange tilfeller ved kols-pasienter er det å mestre hverdagen en utfordring, dette drøftes nærmere. Derfor vil det også komme frem hvordan en sykepleier kan hjelpe kols-pasienter gjennom veiledning og undervisning.

5.1 Identifisering av angst og depresjon (i forhold til kols-symptomer)

Noen sykepleiefaglige utfordringer som en sykepleier kan møte på i forbindelse med kols-pasienter er at en ikke identifiserer tidlige tegn ved en eventuell sykdomsutvikling. Det å observere respirasjonsproblemer er spesielt viktig, dette for å forebygge en eventuell sykdomsutvikling. Det kan være svært skremmende å ha pusteproblemer, så det å forebygge angst og utrygghet hos pasienter er helt essensielt i arbeidet med kols-pasienter. Siden angst og dyspné henger så tett opp i hverandre, er det særdeles viktig å se disse symptomene i sammenheng med hverandre og hvordan skille dem fra hverandre (Bakkelund, *et al*, 2020).

Inkluderte artikler viser til at angst og depresjon sees hyppigere hos kols-pasienter enn hos andre pasientgrupper. Studier viser til at angst og depresjon hos kols-pasienter har flere sykehusinnleggelser sammenlignet med pasienter som ikke lider av det. Det å diagnostisere angst og depresjon hos kols-pasienter er viktig for å kunne gi dem en riktig behandling, samt forbedre deres helse og livskvalitet. Ubehandlet angst/depresjon hos pasienter med kols kan ha negative konsekvenser ved eksempelvis terapeutisk behandling, det kan også medføre til økt risiko for eksaserbasjon og sykehusinnleggelser. Det finnes ulike verktøy som er med på å kartlegge angst og depresjon. HADS er spesielt brukt ved kroniske sykdommer som kols (Monsterrat-Capdevila, *et al*, 2018).

Igjennom en studie som omhandler symptomer som kols-pasienter ofte opplever, kommer det frem at dyspné, angst, depresjon, søvnproblematikk, slapphet og smerter er de mest vanlige symptomene ved kols-pasienter. De fleste av pasientene så på fremtiden som noe positivt. De pasientene som hadde et negativt fremtidssyn var de pasientene som var dårligere og med flere symptomer (Berntsen, *et.al*, 2013). Pustebesvær er en av de vanligste symptomene på kols, samtidig som det er et vanlig symptom på angst. Dette kan være vanskelig for pasientene å håndtere fordi de ikke vet om symptomet pustebesvær kommer fra angsten eller kolsen. Dette er en sirkel som er vond å bryte for pasienten. Det kan føles håpløst for pasienten å leve med når en ikke vet hva faresignalene kommer av (Markussen, 2009).

5.2 Å leve med kronisk lungesykdom

Mange pasienter klarer fint å leve med kronisk lungesykdom, men flere kan oppleve episoder med forverring av tilstanden sin. Pasienter med alvorlig kronisk obstruktiv lungesykdom kan ha betraktelig redusert livskvalitet og livsglede. Konsekvensene og symptomene til pasienter kommer an på alvorlighetsgraden av sykdommen. Flere av pasientenes grunnleggende behov kan påvirkes av sykdommen, slik som sirkulasjon, respirasjon, psykososiale behov, ernæring og pasientens aktivitet og hvile (Bakkelund, *et al*, 2020).

Forklaringen mellom angst, depresjon og kols- forverring i forhold til eksaserbasjoner, forklares med at kronisk psykologisk stress er blant annet med på å svekke immunforsvaret. Det kan føre til økt sårbarhet for luftveisinfeksjoner. Dette ved at pasienter med angst og depresjon ofte sliter med lav selvtillit. Lav selvtillit kan føre til dårligere sykdomsrelatert mestring, som viljen til å slutte å røyke, redusert fysisk aktivitet, dårligere matvaner eller generell deltakelse i lungerehabilitering (Monsterrat- Capdevila, *et al*, 2018).

Livskvaliteten til pasienter som har alvorlig kols er ofte nedsatt. Studien til Jang, *et al*, (2018) viser til at jo lengre pasienten har kommet i sykdomsutviklingen, desto mer nedsatt er livskvaliteten. Spesielt i forhold til den helserelaterte livskvaliteten viser studiet at kols-pasienter har større begrensinger i hverdagen i forhold til daglige aktiviteter og deltakelse i det sosiale (Jang, *et al*, 2018).

Livskvaliteten hos kols-pasienter kan påvirkes av forskjellige årsaker, blant annet har dyspné en stor innvirkning på livskvaliteten. Dyspné kan være skremmende for pasienter, det kan være

vanskelig å roe seg ned i disse situasjonene og unngå panikk. Samtidig som de sliter med å kontrollere pusten, skal pasienten prøve å puste rolig og dypt. Dette kan gi en følelse av at brystkassen snøres sammen, som videre kan gi en opplevelse av kvelning. Slike situasjoner kan føre til økt stress og angst. Angsten forverrer igjen dyspné, og dette skaper en ond sirkel. Dette kan gjøre at pasienten føler seg sårbar fordi de føler de ikke klarer å kontrollere situasjonen (Bakkelund, *et al*, 2020).

I studien til Livermore, *et al*, (2015), kommer det frem at den kognitive adferdsterapien gir gode resultater når det kommer til forebygging av panikk og dyspné hos kols-pasienter. Målet med øvelsene i studien var å bevisstgjøre pasientene om dyspné, og deretter sette i gang kognitive og atferdsmessige håndteringsstrategier før tungpusten blir forverret. En av komponentene inkludert i studien var pusting med leppene og aktivitetsplanlegging, som viste seg å redusere angsten for dyspné ved kols. Overvåking og ivaretagelse av dyspné og sette i gang tiltak for å håndtere den kan resultere i symptomlindring, og videre redusere angst for dyspné (Livermore, *et al*, 2015). Dette kan kobles opp til Virginia Hendersons teori om at en skal utføre behandling som fører til bedre helse eller gjenopprettet helse. Det kan en se i studien ved at handlingene utført på pasientene, hadde en bedrende effekt på pasientens opplevelse av angst og dyspné (Mathisen, 2016).

Ved fysisk anstrengelse hos kols-pasienter vil det ofte føre til forverringer i form av dyspné. Det er derfor lett å komme inn i en ond sirkel med avtagende immobilisering, og dermed vil dette forverre dyspné og den psykososiale tilstanden. Utmattelse og dyspné kan føre til at kols-pasienter må tilpasse seg en ny hverdag med respirasjonssvikt, og dermed blir spontane aktiviteter vanskelig å gjennomføre. Symptomene varierer fra pasient til pasient, og de kan ha gode og dårlige perioder. Noen pasienter klarer fint å gjennomføre enkle oppgaver slik som påkledning og stell, mens andre må få hjelp til dette (Bakkelund, *et al*, 2020). Som sykepleier kan en ikke over- eller undervurdere pasientens evne til å utføre egne handlinger. I noen situasjoner kan det føre til at pasienten mottar mer hjelp enn de trenger. Det er derfor viktig å vurdere pasientens behov for hjelp, slik at en gir den hjelpen som er nødvendig hvor det krever mye anstrengelse. Dette er viktig fordi pasienten ofte vil klare ting selv, slik som stell og påkledning (Alvsvåg, 2016).

Mange kols-pasienter må ofte finne seg en enklere jobb, eller slutte helt i jobben. En kan da føle at man ikke lenger bidrar og bare mottar hjelp. Dette kan ha en negativ innvirkning på selvbildet, redusere livsglede og livskvaliteten. Redusert fysisk kapasitet og avhengighet av andre kan gi en følelse av meningsløshet. Slik psykisk ubalanse kan føre til forverring av dyspné. Mange kols-pasienter sliter også med kronisk tretthet grunnet dyspné som tar mye energi og kan oppleves som tungt arbeid (Bakkelund, *et al*, 2020).

I artikkelen til Feng-Lien, *et al* (2019) har de sett på hvordan puste-gå trening har økt bedring av kols-symptomer og livskvalitet. Pasientene i denne studien inkluderte puste-gå trening inn i hverdagen, noe som viste å bedre flere symptomer som slim, søvnproblemer, dyspné og energi, og dermed øke livskvaliteten. Studien kommer frem til at kols-pasienter hadde en god bedring av angst, som gjorde det lettere å puste og takle negative tanker. Samtidig resulterte det også i reduksjon av depressive emosjoner. Pusteøvelsene var svært hjelpsomme mot depressive følelser og angst, fordi det førte til at pasienten senket pustefrekvensen og økte oksygenopptaket (Feng-Lien, *et al*, 2019). Dette kan ses på som en type hverdagsmestring, hvor pasienten gjennom god kommunikasjon og veiledning av helsepersonell styrker sin hverdagsmestring. Det handler også om det å forstå det som er viktig for pasienten og hjelpe dem med å nå mål som er satt (Eide og Eide, 2017). I dette tilfellet har studien hjulpet flere pasienter med å håndtere dyspné gjennom intervensjoner, som har ført til at både angst og depresjon reduseres (Feng-Lien, *et al*, 2019).

5.3 Mestring

Sykepleierens kommunikasjon til pasienten har en helt sentral rolle i behandling og håndtering av sykdommen. For en pasient som sliter med hverdagsmestring kan det være viktig for helsepersonell å avklare hva som er sentralt og viktig for pasientens liv. Samarbeidet med gode realistiske planer kan hjelpe vedkommende til å finne motivasjon for å nå målene sine (Eide og Eide, 2017).

Hverdagsmestring kan bli utfordret på forskjellige måter ved alvorlig sykdom. Her handler det om hvordan en skal kunne lære seg å leve med sykdommen, slik som ved en kronisk sykdom som kols. Hverdagsmestring kan være forskjellig fra person til person. For enkelte kan hverdagsmestring handle om å få gjennomført de forskjellige gjøremålene i løpet av en dag,

mens for andre kan det være å oppfylle rollen i familien, nærmiljøet eller i jobbsammenheng (Eide og Eide, 2017).

Sykepleieren skal ifølge sykepleierens yrkesetiske retningslinjer, sørge for at pasienten får en helhetlig omsorg og utføre praksis som lindrer lidelse. Sykepleieren får dermed et ansvar om å bidra til å redusere angst og utrygghet i situasjoner med respirasjonssvikt hos pasienter. Ved kronisk respirasjonssvikt har sykepleierne en sentral funksjon i forhold til å fremme håp hos pasienten, blant annet for å gi dem en følelse av velvære. Håp vil kunne hjelpe pasienten i form av å kunne mestre egen livssituasjon. Håp har også en betydning for pasientens psykiske og fysiske bedring. Sykepleieren kan ikke gi pasienten håp om å bli helt frisk fra sykdommen eller å kunne oppnå samme funksjonsnivå som tidligere, men de kan bidra til å hjelpe pasientene til fremme positive øyeblikk, nyte små gleder i hverdagslivet og skape gode relasjoner til andre mennesker (Stubberud, 2016).

Joyce Travelbee mente at en alltid kunne hjelpe en pasient selv hvor alvorlig syk den er. Hun mente sykepleiere i slike situasjoner kunne hjelpe pasienten med å finne håp i den situasjonen de føler er meningsløs. Selv om det ikke er håp om helbredelse, kan en fortsatt finne mening i sykdommen. Sykepleieren kan sammen med pasienten se på deres tanker om sykdommen, og jobbe med deres syn på tilstanden. Håp fører til at mennesker lettere er i stand til å mestre vanskelige og vonde hendelser, tap, nederlag, lidelse og ensomhet. Ifølge Travelbee kan håp i vanskelige situasjoner gi pasienten styrke til å mestre hindringer og gjennomføre vanskelige oppgaver, som for eksempel i en rehabiliteringsprosess (Travelbee, 1999).

For at en sykepleier skal kunne hjelpe pasienten med å opprettholde håpet, kan de gjøre seg imøtekommende og villig til å hjelpe. Det kan gjøres gjennom å lytte når pasienten snakker om frykt og angst. Håp kan ifølge Travelbee også kobles opp til mot, hvor hun skriver en person som har håp, har også mot. Mot og håp gjelder ikke bare i store livssituasjoner, men også i de mindre. For en pasient med kols, kan mot være til hjelp for å møte en ny dag og klare seg gjennom dagen uten å overgi seg til lidelsen (Travelbee, 1999).

Et tilbud til pasienter som sliter med kroniske sykdommer, som kols og angst/depresjon er mestringskurs. Mestringskurs kan gi pasienten en økt livskvalitet og deltakelse i det sosiale og samfunnet ellers. Det kan også bidra til å redusere symptomer, bremse sykdomsutviklingen og hindre eventuelle sykehusinnleggelses (Bakkellund, *et al*, 2020)

I studien til Livermore, *et al* (2015) legger de frem at planlegging av kommende aktiviteter som skal utføre, viste seg å redusere dyspné ved at de var mer forberedte på den kommende situasjonen. Dette kan være situasjoner der kols-pasienter kan føle på angst. Igjennom denne studien kommer det frem at denne type problemløsning vil kunne føre til at pasienten opplever mestring. Målet med øvelsen i studien var å øke bevisstheten rundt utførelse av aktiviteter til pasientene så tidlig som mulig. Dette for å igangsette de kognitive og atferdsmessige håndteringsstrategiene før dyspné intensiverte. Dette er en måte de kunne bruke for å håndtere de mulige utfordringene som kom og på den måten oppleve mestring (Livermore, *et al*, 2015). Denne type mestringsstrategi kan sammenlignes med det Lode (2016) nevner om problemfokustert mestringsstrategi, hvor en løser problemet aktivt (Lode, 2016). I dette tilfellet handler det om at en skal prøve å forebygge angst hos kols-pasienter ved håndteringsstrategier før en eventuell forverring dyspné igangsettes (Livermore, *et al*, 2013).

I studiet til Berntsen, *et al* (2013), rapporterte de fleste pasientene at de hadde et positivt fremtidssyn, som kunne bidra som en motivator for lungerehabilitering og gode forventninger om at dette ville lindre deres symptomer (Berntsen, *et al*, 2013). Dette kan ses i forhold til mestring og Banduras teori om mestringstro. Ifølge teorien om mestringstro, handler det om evnen til å organisere og gjennomføre handlinger som er viktige for å oppnå et bestemt mål. I forhold til kols kan mestringstro gi en følelse av kontroll over sykdommen, og kan føre til bedre handlingsmønstre og videre redusert symptomer (Lode, 2016).

5.4 Rehabilitering

Målet med rehabilitering for pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom er å optimalisere funksjons- og mestringssevnen. Det handler også om at pasienten skal være selvstendig for oppfølging og behandling. Lungerehabilitering inneholder i størst grad mer medisinsk behandling og oppfølging, samt fysisk trening. Dette omfatter både medikamentell, men også ikke-medikamentelle intervensjoner. Rehabilitering kan vare i flere år. Ved en tidlig start på rehabilitering kan arbeidslivet forlenges og pårørende kan trekkes inn aktivt på en bedre måte (Bakkeland, *et al*, 2020)

Igjennom flere av artiklene som kommer frem i oppgaven har rehabilitering eller lungerehabilitering vært et tema i forebyggingen av angst og depresjon hos kols-pasienter.

Samtidig handler det om å få kontroll over symptomene sine. Sciriha, et al (2015), legger frem et 12 ukers lungerehabiliteringsprogram der programmet rapporterte forskjeller i både angst og depresjon etter 8 uker av rehabiliteringen. Det spilte ingen rolle om en fra før av hadde en alvorlig grad av kols, det ble fortsatt rapportert forbedring av angst og depresjon. Studien viste at de pasientene med en mildere form av kols hadde større forbedringer av angst og/eller depresjon enn de med en mer alvorlig form av kols. Eldre opplevde også en større grad av angst enn de yngre pasientene. Det kom også frem at særlig den 6 minutters gangtesten var forbedret opplevelse drastisk, og på grunnlag av denne forbedringen var det mange av pasientene som erfarte en forbedring i pusten. Rehabiliteringsprogrammet viste at dette programmet hadde en positiv virkning på livskvaliteten til pasientene. De med en mer alvorlig kols-grad trengte mer tid når det kom til forbedring av det fysiske. På en annen side opplevde pasientene med alvorlig kols bedring i helserelaterte livskvalitetsmål tidligere enn de med en mildere form av kols (Sciriha, *et al*, 2015).

Artikkelen skrevet av Berntsen, *et al* (2013), omhandler kols-pasienter som venter på plass til rehabilitering. Her kommer det også frem at pasienter med alvorligere grad av kols ofte opplever en høyere grad angst og depresjon, og har flere symptomer. Symptombyrden øker med alvorlighetsgraden av kols. Det kunne en se ved at det var en sammenheng mellom de pasientene som rapporterte om tydelig preg av angst, også opplevde depresjon. De som rapporterte om utmattelse, slet også med depresjon. Det var også en sammenheng med at pasienter som rapporterte om smerter, i tillegg slet med søvnløshet. De fleste pasientene rapporterte at åndenød var det mest tyngende symptomet, samtidig som de beskrev at åndenød førte til angst og håpløshet. Dette gjorde at pasientene følte at de hadde fysiske begrensninger og mangel på energi til daglige aktiviteter (Berntsen, *et al*, 2013).

I studiet til Feng-Lien, *et al* (2019) kommer det frem at det finnes en rekke tiltak som kronisk syke kols-pasienter med angst og/eller depresjon kan gjøre. I begynnelsen av studien fortalte pasientene at de følte angsten var en stor belastning for å kunne klare opprettholde fysisk aktivitet. Igjennom pustebasert gange opplevde pasientene at symptombyrden ble mindre. Det kom frem at angst og depresjon ble redusert ved hjelp av pustebasert gange i studien. Det hjalp også på avslapping og negative følelser. Igjennom yoga og meditasjon følte også flere av deltakerne at de slappet mer av og de depressive følelsene forsvant mer. Et annet viktig moment i

studien var at dyspné ikke ble bedre for de deltakerne som ikke deltok i pustebasert gange. Noe som støtter tiltaket om at pustebasert gange hjelper for pusten til kols-pasienter (Feng-Lien, *et al*, 2019).

5.5 Sykepleierens rolle i undervisning og veiledning

Sykepleiere har et ansvar for å veilede og undervise pasienter med en kronisk sykdom. Kunnskap som har med sykdommen og behandlingen er helt essensielt for at pasienten skal kunne forebygge en videre sykdomsutvikling (Bakkeland, *et al*, 2020).

Helsesituasjonen endrer seg ved kronisk sykdom, noe som medfører at store deler livet til en pasient endrer seg. En trenger informasjon og kunnskap, andre kan også måtte trenge rådgivning, veiledning og/eller terapi. En sykepleier skal derfor fylle mange roller. Helsepersonell kan faget, systemet og personorientert kommunikasjon, men det viktigste har man kanskje ikke så mye informasjon om. Dette er pasientens følelser, motivasjon, verdier og prioriteringer. Det kan involvere pasientens liv, erfaringer og fremtidsplaner (Eide og Eide, 2017).

I studien til Berntsen, *et al* (2013) kommer det frem at de pasientene med negative tanker om fremtiden, ofte har mer angst enn de med en mer positiv holdning til fremtiden (Berntsen, *et al*, 2013). Igjennom det å stille seg åpen og interessert i pasientens velvære vil det kunne hjelpe med å motivere pasienten igjennom god veiledning. En vet ofte ikke hva pasienten tenker og føler om sin sykdom, og det får en heller kanskje ikke alltid vite. Igjennom åpenhet og godt samarbeid med pasienten og med pasientens ressurser vil dette kanskje kunne hjelpe pasienten til å finne sin vei gjennom sykdommen (Eide og Eide, 2017).

Hendersons tyngde på at enkeltmenneskets behov skal vektlegges var et grunnlag i sykepleierens begrep for helhetlig, individuell sykepleie. Det kommer også frem i teorien at individuelle forhold (permanente forhold og patologiske tilstander som sykdom medfører), kan påvirke sykepleierens valg og tiltak i behandlingen av pasienten. Sykepleieren må iverksette tilfredsstillende tiltak for å kunne hjelpe pasienten til å kunne få dekket sine grunnleggende behov (Mathisen, 2016).

Sykepleierens holdninger til pasienten er veldig viktig, spesielt når det kommer til røyking. Røyking har en vesentlig rolle for sykdommen og utviklingen av den. Det kan være vanskelig for kols-pasientene å slutte å røyke. Her er det viktig at sykepleieren har forståelse for pasientens

avgjørelse, selv om det kan utfordre sykepleierens holdninger. Pasienten skal ikke føle på at han eller hun ikke fortjener hjelp fra helsevesenet fordi det er “selvforskyldt”. Fra et sykepleieperspektiv er det viktig å motivere pasienten til røykeslutt når dette passer seg, og er hensiktsmessig ut fra hva pasienten ønsker og situasjonen generelt. Kunnskap om røykeavhengighet og hvilke tilbud som finnes er derfor svært viktig for en sykepleier (Bakkeland, *et al*, 2020).

Helsedirektoratet (2017) har kommet med en samtalemetode som helsepersonell kan bruke når det kommer til atferdsendring, denne metoden heter motiverende intervju (MI). MI kan brukes i dette tilfelle for røykeslutt og angstlidelser (Helsedirektoratet, 2017). Det kan være et fint verktøy for sykepleieren i møte med kols-pasienter som sliter med angst og/eller depresjon. Samtidig som det kan brukes som et verktøy for å hjelpe kolspasienter til å slutte å røyke.

Hvordan en person mestrer å leve med en kronisk lungesykdom er ikke nødvendigvis avhengig av alvorlighetsgraden. Informasjon og undervisning kan styrke pasientens ressurser slik at pasienten selv kan ta ansvar for egen sykdom og forebygging av den. Pasienten må lære seg hvordan en takler angsten og den tunge pusten. Undervisning og veiledning i forskjellige pusteteknikker kan være med på å hjelpe pasienten med å takle angst og dyspné. Dette kan være et godt hjelpemiddel for pasienten for å kunne nå de målene som pasienten har satt seg (Bakkeland, *et al*, 2020).

6. Konklusjon

Å leve med kronisk pustebesvær og nedsatt mestring i hverdagen har vist seg å være utfordrende for kols-pasienter. Kols fører ikke bare med seg fysiske utfordringer, det har også vist seg at psykiske utfordringer som angst og depresjon er vanlige utfordringer som følger med kols-pasienter.

Å identifisere angst og depresjon er en viktig del av arbeidet når det kommer til symptomkontroll. Det å identifisere angst og depresjon er helt essensielt når det kommer til behandling, samt å forbedre livskvalitet og mestring av sykdommen. Fysisk aktivitet har vist seg å kunne hjelpe kols-pasienter, ikke bare med tungpusten, men også lindre angst og depresjon. Mange av pasientene opplever at de ikke strekker til når det kommer til hverdagslige oppgaver fordi sykdommen hindrer dem. Lungerehabilitering er et tilbud som en rekke kols-pasienter har gode erfaringer med. Denne type rehabilitering er både med på å hjelpe pasientene med å forbedre den fysiske funksjonen, men det har også vist seg å ha en endring i den psykiske funksjonen. Angst og depresjon har blitt forbedret gjennom lungerehabilitering.

Sykepleierens rolle er viktig i arbeidet med kols-pasienter med angst og depresjon. Igjennom veiledning og undervisning har det fremkommet at det kan hjelpe pasientene til å få en bedring i sykdommen sin. Informasjon om sykdommen og behandling kan bidra til at pasienten tar ansvar for sykdommen. Pasientens følelser er også viktig for sykepleieren å ta stilling til. Dette kan være negative følelser i forhold til sykdommen, og da er det sykepleierens jobb å ta tak i dem.

Sykepleierens oppgave er å fremme mestring hos pasienten. Ved å øke kunnskapen til pasienten kan dette kobles opp mot økt selvtillit og selvstyring som igjen kan føre til mestring.

Motiverende intervju kan hjelpe sykepleieren med samarbeidet til pasienten. Dette er samtaler som kan føre til mestring, endring og motivasjon. Et godt tiltak for sykepleieren for å skape en god kontakt med kols-pasienten.

Sykepleieteoretikere har alltid hatt en sentral rolle i sykepleiefaget. Hendersons grunnleggende behov setter sitt særpreg på sykepleiere til den tid i dag. Det kan en se med kols-pasienter da disse behovene kanskje ikke alltid blir oppfylt på grunn av sykdommen. Martinsens omsorgsteori er noe en praktiserer hele tiden. Handlinger som sykepleiere gjør i forbindelse med omsorg er et

helt avgjørende tiltak for videre sykdomsutvikling. Travelbee sine momenter om håp og mot kan også kobles til kroniske sykdommer og er en god hjelp for sykepleieren å bruke.

Igjennom disse tiltakene er det forsøkt å belyse et svar på problemstillingen med hvordan sykepleiere kan bidra til mestring ved angst og depresjon hos pasienter med kols.

Litteraturliste

- Aasen, S., E. (2020) Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk. Tilgjengelig fra <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk> (Hentet: 1. april 2022)
- Alvsvåg, H. (2016) Omsorg – med utgangspunkt, i Kari Martinsens omsorgstenkning, i Heggstad, A.K.T og Knutstad, U. (red.). *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. 4 utgave. Oslo: Cappelen Damm. s. 346-378
- Bakkeland, J. et al. (2020) Sykepleie ved lungesykdommer, i Stubberud, D., G., Grønseth, R. og Almås, H. (red) *Klinisk sykepleie 1*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 117 – 180
- Berntsen S.B et.al. (2013) Multiple symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease in Norway. *Nationl Library of Medicine*. Volume 15, Issue 3. doi: [10.1111/nhs.12031](https://doi.org/10.1111/nhs.12031)
- Dalland, O. og Trygstad, H. (2020) Kunnskapskilder og kildekritikk, i Dalland, O (red) *Metode og oppgaveskriving*. 7 utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 139 – 166
- Eide, H. og Eide, T. (2017) Endringsveiledning og motivasjon, i Eide, H. og Eide, T. (red) *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 257-284.

Eide, H. og Eide, T. (2017) Mestring og motivasjon, i Eide, H. og Eide, T. (red) *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 47- 68.

Feng- Lien, L. *et al* (2019) Two-month breathing-based walking improves anxiety, depression, dyspnoea and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease: A randomised controlled study. *Journal of clinical nursing*. Volume 28, s. 3632-3640 doi: [10.1111/jocn.14960](https://doi.org/10.1111/jocn.14960)

Folkehelseinstituttet (2014) Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) i Norge. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kols/> (Hentet: 4. april 2022)

Grundt, H. og Mjell, J. (2019) Sykdommer i respirasjonsorganene, i Ørn, S., og Bach-Gransmo, E. (red) *Sykdom og behandling*. 2 utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 216 – 251

Helsebiblioteket (2016) Kunnskapsbasertpraksis. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico> (Hentet: 29 mars 2022)

Helsebiblioteket (2019) Psykoterapi for behandling av depresjon hos KOLS-pasienter
Tilgjengelig fra: https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/psykoterapi-for-behandling-av-depresjon-hos-kols-pasienter-cochrane-library?fbclid=IwAR0YDeiJ6Twt9BNX0qIjVWiZkHd_A318PG811h-6H3Ct3toIM5gIFa1tdqsl (Hentet: 6 april 2022)

Helsedirektoratet (2017) Motiverende intervju som metode. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode> (Hentet: 5. april 2022)

Helsenorge (2020) Kols – kronisk obstruktiv lungesykdom. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsenorge.no/sykdom/lunger-og-luftveier/kols> (Hentet: 4. april 2022)

Holter, I., M. (2016) Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn, i Grov, E., K. og Holter, I., M. (red) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5 utgave. s. 107-117

Håkonsen, K., M. (2018). Kriser og mestring, i Håkonsen, K. M. (red) i *Psykologi og psykiske lidelser*. 5 utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk s. 251 – 265

Håkonsen, K., M. (2018). Når følelsene tar kontroll, i Håkonsen, K. M. (red) i *Psykologi og psykiske lidelser*. 5 utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk s. 288-317

Jacobsen, E., L. (2016) Helse og sykdom, i Heggstad, A., K., T. og Knutstad, U. (red) *Sentrale begrepet og fenomener i klinisk sykepleie*. 4 utgave. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 56-76

Jang, S.M. et.al (2018). Depression is a major determinant of both disease-specific and generic health-related quality of life in people with severe COPD. *Sage journals*. doi: [10.1177/1479972318775422](https://doi.org/10.1177/1479972318775422)

Livermore, N. et al. (2015) Cognitive behaviour therapy reduces dyspnoea ratings in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) Science direct. Volume: 216, s. 35-42. doi: [10.1016/j.resp.2015.05.013](https://doi.org/10.1016/j.resp.2015.05.013)

Lode, K. (2016) Mestring, i Heggstad, A., K., T. og Knutstad, U. (red) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. 4 utgave. Oslo: Cappelen Damm AS. s. 40 – 54

Markussen, K. (2009) Kols gir angst. *Sykepleien*. doi: [10.4220/sykepleiens.2009.0044](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2009.0044)

Mathisen, J. (2016) Hva er sykepleie?, i Grov, E., K. og Holter, I. M. (red) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5 utgave. s. 119-141

Monstserrat-Capdevila, J. *et al.* (2018) Mental disorders in chronic obstructive pulmonary diseases. *Perspectives in Psychiatric Care*. Volume 54, issue 3. doi: [10.1111/ppc.12274](https://doi.org/10.1111/ppc.12274)

Nes. R. B, et al. (2021) Livskvalitet i Norge. Tilgjengelig fra:
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/?fbclid=IwAR3Yx8fbNHhAzP8uZ7Abu9GsxddJNpAT22ItvL29KQXm0ykJ0c9OCnKB5R8> (Hentet: 29 mars 2022)

Nortvedt, P. og Grønseth, R (2020) Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse, i Stubberud, D., G., Grønseth, R. og Almås, H. (red) *Klinisk sykepleie 1*. 5 utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 17 – 37

Rotegård, A.K og Solhaug, M. (2016) Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess, i Grov, E.K., *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*, 5 utgave, Oslo: Cappelen Damm, s. 244-270

Sciriha, A. et al. (2015) Pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease: Outcomes in a 12 week programme. *Taylor and Francis Online*. Volume: 17. Issue: 4. doi:[10.3109/21679169.2015.1078844](https://doi.org/10.3109/21679169.2015.1078844)

- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Stånicke, E. (2018) Psykotiske tilstander, i Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Stånicke E. (red) *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal Akademisk. 2 utgave. s. 319-367
- Stubberud, D.G (2016) Respirasjon, i Grov. E. K. og Holter, I.M. *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*, 5 utgave, Oslo: Cappelen Damm, s. 399- 437.
- Thidemann, I.J (2020) Litteraturstudie, i Thidemann, I.J. (red) *Bacheloroppgave for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. 2 utgave. Oslo: Universitetsforlaget AS. s. 81-99
- Thidemann, I.J. (2020) Valg av metode, i Thidemann, I.J. (red) *Bachelorskriving for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. 2 utgave. Oslo: Universitetsforlaget AS. s. 74-79
- Travelbee, J. (1999) *Begrepet håp*, i Travelbee, J. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS. s. 117-123
- Travelbee, J. (1999) Hva er sykepleie?, i Travelbee, J. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS. s. 29-53

