



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Bacheloroppgave

SY301813 Sykepleie VI

Kols, mestring og angst.

Copd, coping and anxiety.

10066 og 10040

Totalt antall sider inkludert forsiden: 44

Antall Ord: 7805

Hovedveileder: Henny Torheim

Innlevert Ålesund, 22.05.17

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 <u>betrakte som fusk</u> 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: 22.05.17

Antall ord: 7805

Forord

En kan tenke seg hvordan det er å puste gjennom et sugerør. Det kan gi en forståelse av hvordan kols kan kjennes ut. Angsten og frykten for ikke å få tilstrekkelig luft tar overhånd. En ond sirkel som er svært vanskelig å bryte kan gjøre at en med kols isolerer seg og unngår mest mulig aktivitet i det daglige.

Sammendrag

Bakgrunn: Angst er en vanlig tilleggslidelse hos pasienter med kols. Helsepersonell som er i kontakt med pasienter med kols må alltid være oppmerksom på dette. Sykepleiere og leger som behandler pasienter med kols er for lite oppmerksomme på at for eksempel symptomer som pustebesvær også kan være et symptom på angst.

Hensikt: Vi har selv erfaring med denne pasientgruppen. Vi har møtt på utfordringer rundt angstlidelser hos pasienter med kols og har blitt interessert i å vite hva vi kan gjøre for å hjelpe dem på en hensiktsmessig måte. Hensikten med denne oppgaven er å kartlegge hvilke muligheter sykepleier har for å hjelpe pasienter med kols til å mestre sin angst.

Metode: Vi har i oppgaven gjennomført en systematisk litteraturstudie der vi har brukt 8 forskningsartikler og faglitteratur. Kvalitative og kvantitative studier er benyttet.

Resultat: Teori og forskning viser at kognitiv atferdsterapi og lungerehabilitering er tiltak som kan redusere angst hos pasienter med kols.

Konklusjon: Kognitiv atferdsterapi har effekt på angst hos pasienter med kols. Denne terapiformen kan bli mer tilgjengelig for denne pasientgruppen ved å blant annet inkludere det i et samfunnsbasert lungerehabiliteringsprogram. Sykepleiere kan ta kurs for å anvende det. Lungerehabilitering med fysisk trening har effekt, men symptomer har vist seg å falle tilbake noen måneder etterpå. Self-efficacy har innflytelse på hvorvidt pasienten kan gjennomføre aktiviteter som fører til mestring av angst.

Nøkkelord: Kols, mestring, angst, kognitiv atferdsterapi, lungerehabilitering, mestringsforventning.

Abstract

Background: Anxiety is a common additional disorder in patients with copd. Healthcare professionals who are in contact with patients with copd should always be aware of this. Nurses and doctors who treat patients with copd are not always aware that symptoms such as breathing difficulties can also be a symptom of anxiety.

Aim: We have experienced this group of patients in practice. We have faced challenges of anxiety disorders in patients with copd and have been interested in knowing what we can do to help them in an appropriate way. The purpose of this assignment is to map out the possibilities nurses have to help patients with copd to cope with their anxiety.

Method: We have conducted a systematic literature study in which we have used 8 research articles and literature. Qualitative and quantitative studies have been used.

Results: Theory and research show that cognitive behavioral therapy and pulmonary rehabilitation are interventions that can reduce anxiety in patients with copd.

Conclusion: Cognitive behavioral therapy has a positive effect on anxiety in patients with copd. This therapy form could be more accessible to these patients by including it in a community-based pulmonary rehabilitation program. Nurses can take courses to use it. Pulmonary rehabilitation has effect, but symptoms have been shown to fall back a few months afterwards. Self-efficacy has an influence on whether the patient can perform activities that lead to anxiety management.

Key words: Copd, coping, anxiety, cognitive behavioral therapy, pulmonary rehabilitation, self-efficacy.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
2.0 Teori	3
2.1 Innledning	3
2.2 Kronisk obstruktiv lungesykdom	3
2.3 Angst	4
2.4 Sykepleie til pasienter med angst relatert til kols.....	5
2.5 Mestring	6
2.6 Mestringsforventning	7
2.7 Kognitiv atferdsterapi	8
2.8 lungerehabilitering	9
2.9 Benner og Wrubels omsorgsteori	10
3.0 Metode	11
3.1 Inklusjonskriterier	11
3.2 Eksklusjonskriterier.....	11
3.3 Datainnsamling	11
3.4 Kvalitetsvurderinger.....	12
3.5 Ethiske vurderinger	13
3.6 Analyse.....	13
4.0 Resultat	15
4.1 Kognitiv atferdsterapi	15
4.2 Lungerehabilitering	16
4.3 Mestringsforventning	17
5.0 Diskusjon	18
5.1 Metodediskusjon	18
5.2 Resultatdiskusjon	18
5.2.1 Mestringsforventning	19
5.2.2 Kognitiv atferdsterapi.....	20
5.2.3 Lungerehabilitering	22
6.0 Konklusjon	24
Vedlegg 1	28
Vedlegg 2	29
Vedlegg 3	31
Vedlegg 4	32
Vedlegg 5	33
Vedlegg 6	34
Vedlegg 7	35
Vedlegg 8	36
Vedlegg 9	37

1.0 Innledning

Markussen (2009) skriver i sin artikkel at hun har erfaring med at sykepleiere og leger som behandler pasienter med kols er for lite oppmerksomme på at for eksempel symptomer som pustebesvær også kan være et symptom på angst. Hun skriver videre at pustebesvær er subjektivt og er hovedsymptomet på en mulig akutt forverring av sykdommen. Samtidig kan pustebesvær være et symptom på angst, eller et reelt anfall av pusteproblemer kan føre til angst eller panikk. Denne sirkelen er vanskelig å bryte, og blir håpløs for pasientene å leve med, fordi de ikke har lært å skille mellom disse to faresignalene. Det kan igjen føre til at pasientene anvender trygghetssøkende strategier, noe som kan føre til isolasjon. Etter hvert kan pasienter med kols oppleve at det å unngå aktiviteter som krever mer lungefunksjon demper angstsymptomene, og de får mer kontroll. På lengre sikt vil derimot symptomene de prøver å få kontroll over ha motsatt virkning. Angsten kan forsterke seg, også i andre situasjoner. Pasientene trenger å lære løsningsorienterte strategier, og de har behov for mer kunnskap for å bli bevisste på hvordan angsten kan påvirke livene deres, og hvordan de selv kan ta tilbake kontrollen på en hensiktsmessig måte.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Kols er en av de vanligste årsakene til sykdom og død verden over. Mange mennesker har kols uten å vite om det, og den kliniske betydningen av tilstanden er ofte undervurdert. I en norsk befolkningsstudie var forekomsten 5,4 % i aldersgruppen 18-73 år. Sykdommen er sjelden under 40-årsalderen og forekomsten øker med alderen. I befolkningen over 70 år har 10 % kols. Det har vært lavere forekomst hos kvinner enn menn, men forskjellen er i ferd med å utjevnes i takt med den økende andelen av kvinnelige røykere. Årsaken til kols kan være røyking, økende alder, urbanisering, lav sosioøkonomisk status eller generell luftforurensning(Mjell, 2014).

Sykdommer som gir tung pust, som kols, lunge og hjertesykdommer, har ofte angst som en komplikasjon. Det er viktig at helsepersonell er oppmerksom på risikoen for angst når de er i kontakt med pasienter med kols. Sykepleier må støtte pasienten på at situasjonen er vanskelig og oppfordre han til å ta opp problemet med legen sin(Mjell, 2014).

Vi har en del erfaring fra praksis der vi har jobbet med pasienter som lider av angst relatert til kols. Noen av dem er svært engstelige og er redde for å være alene, og isolerer seg mest mulig for å unngå anstrengelser. Disse pasientene er avhengig av oksygen under stell og noen har behov for oksygen hele dagen og om natten. Vi har erfaring med pasienter som ikke får sove om natten og får sovemedisin fordi angsten holder dem våkne. Vi tenker at det hadde vært til en stor fordel for oss som fremtidige sykepleiere om vi hadde mer kunnskap om angsten som medfølger kronisk obstruktiv lungesykdom og om hvordan vi som sykepleiere kan hjelpe dem på en best mulig måte. Vi har derfor valgt å formulere problemstillingen vår på følgende måte:

“Hvordan kan sykepleier bidra til mestring av angst hos pasienter med kols?”

2.0 Teori

2.1 Innledning

I dette kapittelet vil vi presentere ulike teorier som er sentrale for vår problemstilling og valg av tema i oppgaven. Vi går først inn på sykdommen kols, deretter angst, sykepleie til pasienter med angst relatert til kols, mestring, mestringsforventning, kognitiv atferdsterapi, lungerehabilitering og Benner og Wrubel sin omsorgsfilosofi om meningsdimensjonen og mestring.

2.2 Kronisk obstruktiv lungesykdom

Kols er en forkortelse for kronisk obstruktiv lungesykdom og er ifølge internasjonale retningslinjer en fellesbetegnelse for sykdommer der luftstrømhindringen ikke er fullt reversibel, men vanligvis progredierende og assosiert med en inflammatorisk respons på skadelige partikler eller gass. Enkelte med langvarig astma kan etter hvert utvikle kols, selv om symptomene i utgangspunktet er reversible. Flesteparten av pasienter med kols har kombinasjoner av kronisk bronkitt og emfysem(Mjell, 2014).

Kols klassifiseres etter alvorlighetsgrad på grunnlag av spirometri. Det finnes nå en internasjonal sammenslutning om stadiuminndeling utarbeidet av Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Kols kategoriseres inn i fire stadier: Stadium null er hvor pasientene er i risikogruppen, i stadium en har pasienten mild kols, i stadium to moderat kols, i stadium tre alvorlig kols og i stadium fire en meget alvorlig kols(Mjell, 2014).

Symptomer på kols kommer gradvis over flere år og pasienten vil vanligvis tilpasse seg tung pust ved å redusere aktivitetsnivået. Det er betydelig underrapportering av symptomer, da plager tilskrives aldring eller oppleves selvforskyldt på grunn av røyking. Derfor blir ofte symptomer ikke rapportert inn før lungefunksjonen er betydelig redusert. De vanligste symptomene er langvarig hoste, med eller uten ekspektorat, tung pust ved anstrengelser og gjentatte bronkitter ved luftveisinfeksjoner. Symptomer og funn på moderat/alvorlig kols er tung pust i hvile, forstyrret nattesøvn, tretthet(pga. økt respirasjonsarbeid, samtidig hjertesvikt eller redusert nattesøvn) og undervekt/vekttap(Helsedirektoratet, 2012).

Lindring av symptomer og bedring av pasientens arbeidskapasitet og kondisjon er de primære målsetningene ved behandling av kols. Forebygging og behandling av forverringer og komplikasjoner inngår i dette. Opplæring i selvledelse er en hjørnestein i behandlingen. Rehabiliteringsprogram med fysisk trening og øvelser er viktige element i den generelle behandlingen ved kols(Mjell, 2014).

Luftveisinfeksjoner i form av bronkitt og pneumoni er de vanligste komplikasjonene ved kols. Angst relatert til kols er vanlig, men ofte en underkjent komplikasjon. Det kan være normalt for pasienter med kols å ha angst siden kols er en progredierende sykdom der det ikke finnes en helbredende behandling. Det er derfor viktig for helsepersonell som er i kontakt med pasienter med kols å være oppmerksom på risikoen for angst og støtte pasienten i situasjonen(Mjell, 2014).

2.3 Angst

Angst er en subjektiv, følelsesmessig opplevelse, som erfares som en ubehagelig bekymring og uro, eller en underlig forutdannelse av noe truende. Angst blir utløst kognitivt av en reell innbilt påvirkning, som enten kan ha en indre eller ytre opprinnelse. Denne påvirkningen blir oppfattet som en trussel mot en selv og ens verden. En kan dele opp angst i fire nivåer:

- **Mild angst:** Dette angstnivået relateres til spenninger som oppleves i dagliglivet. Når individet opplever mild angst, blir persepsjonsfeltet utvidet. Det blir i stand til å observere mer enn før, og ser sammenhenger mellom ulike data/informasjoner. Angsten vil her motivere til læring og kan stimulere modning og vekst.
- **Moderat angst:** Angstnivået stiger, persepsjonsfeltet innskrenkes noe, og det blir en selektiv oppmerksomhet. Man merker ikke hva som foregår perifert for det umiddelbare fokus, men oppmerksomheten kan konsentreres på nytt hvis en annen person hjelper til. En pasient med moderat angst ser, hører og forstår mindre enn tidligere og evnen til læring minskes. Vedkommende kan ledes tilbake til temaet eller oppgaven hvis han eller hun blir hjulpet til det.
- **Sterk angst:** Individets persepsjonsfelt er sterkt redusert. Det er en tendens til dissosiasjon, det vil si at vedkommende ikke merker hva som foregår utenfor det

aktuelle, innskrenkede oppmerksomhetsfokus. For det meste makter han eller hun ikke å konsentrere oppmerksomheten, selv om en annen person forsøker å hjelpe vedkommende til det.

- **Panikk:** På dette nivået så oppfatter ikke individet stort annet enn sin angst. persepsjonsfeltet er redusert til en detalj, som til gjengjeld blir forstørret til det ugjenkjennelige, eller at fokus blir rettet mot oppsplittede detaljer. Styrken av denne oppsplittingen øker stadig. Det blir større dissosiasjoner særlig i forhold til selvet, og oppsplitting av de integrerende egofunksjoner (bevissthet, hukommelse, personlig identitet og persepsjon av omgivelsene). Dette oppleves som en trussel mot overlevelse (Hummelvoll, 2012).

2.4 Sykepleie til pasienter med angst relatert til kols

Pasientens angst må anerkjennes. Sykepleieren må fortelle pasienten og pårørende at angst er naturlig i forbindelse med åndenød og alvorlig sykdom. Pasienten føler seg hjelpeløs og ute av stand til å håndtere situasjonen fordi angsten oppleves som uhandgripelig og virker lammende på vedkommende. Angsten kan omdannes til en håndgripelig frykt ved å hjelpe pasienten til å oppdage hva han kan gjøre for å lette åndenøden (Almås et.al, 2011).

Pasienter med kronisk lungesykdom kan i mange tilfeller lære å handle aktivt og dermed hensiktsmessig når åndenøden og den medfølgende angsten opptrer. Det er nødvendig med åpenhet i samtale med pasienten om hva han er redd for. Noen vil nevne dødsangst, men ofte er det ikke selve døden pasienten frykter, men måten han skal dø på. Vil det skje når han er alene hjemme og ikke har luft nok til å få ringt etter hjelp, og vil det skje som en langsom og pinefull kvelning? Kvelning på grunn av åndenød er ofte nevnt av pasienter som den verst tenkelige måten å dø på (Almås et.al, 2011).

For at pasienten skal kunne komme videre og leve et så godt liv som mulig med alvorlig sykdom, kan det være nødvendig at pasienten og sykepleieren snakker åpent om følsomme og tunge tanker selv om dette er vanskelig for begge parter. En kan for eksempel snakke med pasienten om hva som konkret skjedde ved forrige forverring, hva det var som utløste anfallet, hvilke symptomer på forverring han hadde, hvordan han fikk hjelp, hvilken behandling som ble gitt, og av hvem. Pasienten minnes på denne måten indirekte om at han ikke døde forrige gang han hadde åndenød, og at noe kunne gjøres (Almås et.al 2011).

Sykepleieren må også snakke med pasienten om hvordan behandlingen opplevdes, om hva som hjalp, hva som følte best og om hva han gjorde som lettet pusten. En kan kanskje lære pasienten å mestre sykdommen og angsten ut fra slike konkrete opplysninger, slik at han kan forebygge åndenøden og angstanfallene på en hensiktsmessig måte. Dette ved å gjøre noe aktivt med åndenøden i stedet for å unngå fysisk aktivitet. Ved å bli i stand til å iverksette egenbehandling får pasienten en opplevelse av å ha kontroll. Trygghetsalarm eller en telefon med forhåndsinnstilte numre og mulighet til å komme til sykehus ved behov kan representere en trygghet for noen pasienter(Almás et.al, 2011).

2.5 Mestring

Ulike former for mestring har forskjellige retninger. Det kan handle om problemløsning, utvikling av sosiale interaksjoner med andre mennesker, bevaring av selvfølelse og håndtering av forskjellige følelser. Fysisk bevegelse i naturen kan være en mestringsstrategi og utvikling av struktur og rutiner i hverdagslivet kan være en annen. Musikk eller poesi har vist seg å ha en støttende og helbredende funksjon i noen situasjoner. Det varierer fra person til person hvilke strategier som benyttes og mange forskjellige handlingsmønstre har blitt beskrevet som strategier for mestring. Det finnes også negative mestringsstrategier der forsøk på håndtering av angsten ikke er positiv og den enkelte forblir i en situasjon med uhelse og avhengighet. For den som arbeider innen psykisk helsearbeid med eldre er det viktig å kjenne til hvilke mestringsstrategier (positive eller negative) de anvender for å kunne vie sitt eget arbeid til disse og gjennom dette forsterke den enkeltes ressurser(Hummelvoll, 2012).

Psykososial mestring er et viktig mål i behandlingen av pasienter med kroniske lungesykdommer. Informasjon og veiledning i hvordan en kan mestre å leve med kronisk lungesykdom er et behov for pasienten og hans pårørende. Informasjon og veiledning om administrering av medikamentell behandling, livsstilsendring når det gjelder røyking og kosthold er en del av dette. Fysisk aktivitet og deltakelse i arbeidsliv og familieliv er innhold i denne prosessen. Det anbefales at informasjon og veiledning gis i alle faser av sykdomsutviklingen. Sykepleieren sin oppgave er blant annet å fremme et personlig ansvar hos pasienten. Pasienten kan være i en fornektningstilstand, eller kjenne på skam og skyldfølelse for sin helsetilstand, noe som gjør at sykepleierfunksjonen kan oppleves som utfordrende. Informasjon om veiledning i livsstilsendring er derfor ikke alltid like lett å

komme igjennom med. Hvilke metoder som er best er det ulik erfaring og mening om. Fokus på røykeslutt og informasjon tidlig i den medisinske behandlingen er viktig i følge enkelte sykepleiere(Almås et.al, 2011).

Andre sykepleiere mener at pasienter bør starte tidlig med ernæringsveiledning. Innholdet i informasjonen og veiledningen bør være så konkret og enkel og mulig i den tidlige fasen av behandlingen og deretter mer detaljert når sykepleieren har blitt bedre kjent med pasienten. Det er nødvendig at pasienten lærer å fokusere på det han kan i stedet for det han ikke kan for at han skal bevare livskvaliteten. Det er nødvendig å snakke åpent med ham om hva i hans liv som betyr mest for akkurat denne personen. Med litt kreativitet, litt mot og fantasi lykkes det i mange tilfeller å finne en god løsning på problemene for pasienten, familien og behandlerne. Flere sykehus har lærings og mestringsentre for rehabilitering av pasienter med kroniske lungesykdommer. Sykepleier bør informere om såkalte likemannsgrupper som drives av brukerne selv. I disse gruppene utveksler medlemmene erfaringer og kunnskaper seg imellom samtidig som de får sosial kontakt med hverandre. Ved alvorlig sykdom og vanskelig angst kan det være viktig for mange å ha mulighet til å snakke med en psykolog(Almås et.al, 2011).

2.6 Mestringsforventning

Begrepet self-efficacy er utviklet av den kanadiske psykologen Albert Bandura og kan oversettes til mestringsforventning. Vi har valgt å bruke denne oversettelsen i oppgaven. Begrepet handler om personens evne til å sette seg konkrete handlingsmål og å ha en klar forventning om å kunne gjennomføre sine mål. Dette betyr at vedkommende har en tro på at han eller hun på egenhånd er i stand til å utføre handlinger som er nødvendige for å mestre situasjoner i framtiden. Det innebærer med andre ord en positiv forventning om å mestre situasjoner eller nå mål en setter seg. Personen har en positiv forventning om at hans egne handlinger vil påvirke omgivelsene på en positiv måte. Vedkommende har en indre overbevisning om at han ved hjelp av sine egne evner vil kunne gjennomføre oppgaver og nå mål som han har satt seg (Kristoffersen, 2011).

For at pasienter med kols skal kunne gjennomføre aktiviteter som bidrar til mestring av angst er de avhengige av å ha en positiv mestringsforventning. Det vil si at de har en forventning eller en tro på at f.eks. lungerehabilitering, kognitiv atferdsterapi har en god effekt på deres kols og angstlidelser. Denne forventningen er avgjørende for hvordan

mennesker tenker, opplever og handler i konkrete situasjoner. Dersom en person mangler tro på at han vil makte å gjennomføre forandringene (f.eks. ved å delta i et treningsprogram) vil han kanskje ikke engang prøve. For å finne ut om pasienten har en positiv eller negativ mestringsforventning må sykepleieren lytte til hva pasienten sier om seg selv. Sykepleiere må bidra til å understøtte og fremme positive forventninger om å lykkes i forbindelse med endring av livsstil og de må være oppmerksom på at mennesker er ulike når det gjelder mestringsforventning. Dersom pasienten tenker negativt om sin egen mestringssevne er det nyttig å gjøre bruk av veiledningsmetodikk (Kristoffersen, 2011).

2.7 Kognitiv atferdsterapi

Kognitiv terapi, også kalt kognitiv atferdsterapi, er utviklet av den amerikanske psykiateren Aron Temkin Beck. Utgangspunktet for modellen var behandling av depressive tilstander hos voksne. I dag er det utviklet modeller for kognitiv terapi ved en rekke lidelser, slik som angsttilstander, tvangslidelser, psykotiske symptomer, spiseforstyrrelser og rusproblemer. Ofte suppleres kognitiv terapi med elementer fra atferdsterapi (derfor kognitiv atferdsterapi). Kjennetegn ved kognitiv atferdsterapi: Den er empirisk basert, målrettet, praktisk orientert og åpen, den forutsetter hjemmeoppgaver, den er opptatt av det målbare (gjentatte målinger gjøres i løpet av behandlingen), og den er korttidsbasert (fra seks til 20 behandlinger). Kognitiv atferdsterapi krever opplæring, men er relativt enkel å lære og å anvende. Tilnærmingen kan øke terapeutisk effektivitet i psykiatrisk sykepleie, og kan benyttes i ulike praksissituasjoner (Hummelvoll, 2012).

Kognitiv atferdsterapi, er blitt en populær og etterspurt terapiform som stadig blir anvendt i nye sammenhenger. Kjernen i kognitiv terapi er å støtte pasienten i å mestre sine problemer og samtidig hjelpe til å endre u hensiktsmessige tankemønstre og u hensiktsmessig atferd som er forbundet med problemene, og som kanskje også har bidratt til dem. Som en del av samarbeidet gis det forklaring på hva som skjer, og hvorfor det skjer, slik at terapien gjøres forståelig for pasienten. Videre så hjelpes pasienten til å fremstå som en aktiv problemløser og medarbeider i terapien. Kognitiv terapi er også kjennetegnet ved at det er terapeuten som vanligvis er den aktive i samtalene. Terapeuten informerer, forklarer, gir råd og stiller mange konkrete spørsmål. Han eller hun prøver å være klar og tydelig, og fremstår som en person det er rimelig lett å forholde seg til.

Pasientens engasjement og involvering er avgjørende for et positivt resultat av behandlingen. Terapi preget av et aktivt samarbeid med tydelig definerte mål fungerer best. Terapeuter som oppnår gode resultater beskrives gjerne av pasienter som varme, oppmerksomme, forståelsesfulle og kompetente. Et viktig mål i terapi er at pasienten forholder seg utforskende og spørrende til sitt liv, sine tenkemåter og sin egen indre samtale. Pasienten blir i større grad i stand til å gi seg selv bekreftelse, støtte, forståelse og trøst(Norsk Forening For Kognitiv Terapi, 2014).

2.8 lungerehabilitering

Redusering av symptomer, funksjonsforbedring, økt deltakelse i fysiske og sosiale aktiviteter og økt livskvalitet er ofte målet med lungerehabilitering. Ressursprioritering og kognitive tiltak hvor personen lærer å mestre stressende situasjoner der de opplever angst for ikke å få puste, er viktige områder i rehabiliteringsarbeidet. Metoder for å lære pasienter anfallsmestring bør sykepleiere og andre i rehabiliteringsarbeidet tilegne seg. Det innebærer opplæring i gode hvilestillinger, pusteteknikker og inhalasjonsteknikk, i tillegg til at pasienten får generelle råd om varm drikke, få frisk luft og ha rolige bevegelser(Romsland et.al, 2015).

Hverdagen kan gå lettere ved at det tilrettelegges der pasienten bor. Sykepleieren må også sørge for kostholdsveiledning og hjelpe pasienten med å sikre et tilstrekkelig energiinntak. Hjelpemidler og legemiddelbruk må også følges opp. Selv om pasienten er tungpusten og blir fort sliten, er det avgjørende med aktivitet og fysiske tiltak som hjelper på drenasje av slim og hostekapasitet. Deltakelse i sosiale sammenhenger er et viktig behov som utfordres ved nedsatt lungefunksjon. Her kan sykepleierne og andre i rehabiliteringsteamet bidra i planleggingen ved å redusere aktiviteter som krever energi, før den sosiale aktiviteten gjennomføres(Romsland et.al, 2015).

Sykepleier Anne-Grethe Halding har forsket på rehabilitering av pasienter med kols. I sin doktoravhandling undersøkte hun mulighetene for å bevare helse i hverdagen. Kols kan ikke helbredes, men plager kan reduseres og forverring utsettes med behandling og innsats som er riktig. Halding illustrerer pasientenes sårbarhet og behov for rehabilitering og oppfølging som er pasientsentrert. Pasientens innsats skal støttes av rehabilitering for at vedkommende skal kunne mestre hverdagen(Romsland et.al, 2015).

Sykepleier Ola Bratås har gjennomført et doktorgradsarbeid om kolsrehabilitering i Norge. Doktorgraden viste at pasienter som valgte å rehabilitere seg på institusjon fremfor poliklinisk rehabilitering hadde høyere grad av angst. Etter rehabilitering i institusjon hadde pasientene forbedret psykisk helse, men seks måneder etter utskrivning hadde symptomene falt tilbake. Dette peker på behovet for oppfølging av pasienter med kols der de bor (Romsland et.al, 2015).

Glittreklinikken er et spesialsykehus der pasienter med lungesykdom kan utredes, behandles og rehabiliteres. Sykehusets kompetansesenter for lungerehabilitering gir informasjon og har kurs for helsepersonell. Kolslinjen, som er en landsdekkende informasjonstelefon for pasienter, pårørende og andre er et tilbud pasienter kan benytte seg av. Sykepleierne ved kolslinjen bidrar med informasjon, råd og veiledning om hvordan man kan leve best mulig med kols i hverdagen(Romsland et.al, 2015).

2.9 Benner og Wrubels omsorgsteori

Vi har valgt å bruke Benner og Wrubels omsorgsteori som grunnlag for det sykepleiefaglige i vår oppgave. Dette er fordi Benner og Wrubel har et holistisk menneskesyn. Det vil si at de ønsker å se hele mennesket. Dette kan gjøres ved å lytte, veilede, bekrefte, berolige pasienten eller endre situasjonen. Siden mestring er et vesentlig begrep i Benner og Wrubels teori mener vi at den vil bidra til å svare på problemstillingen. Benner og Wrubel forklarer at stress er opplevelsen av brudd i mening, forståelse og uhemmet funksjon og at mestring er det man gjør med dette bruddet. Hvilke mestringsmuligheter vedkommende har, er det vedkommende sin bakgrunnsforståelse, ferdigheter og praksis som avgjør. Benner og Wrubel mener at mestring aldri kan være et fritt valg fra en liste av effektive og ineffektive mestringsstrategier. Mestring er i stedet begrenset av de meninger og problemstillinger som eksisterer i personens stressende opplevelser(Kirkevold, 1998).

3.0 Metode

For å komme frem til ny kunnskap og løse problemer er vi avhengig av å ha en metode som fremgangsmåte. Alle midler som tjener formålet, hører med i en beholdning av metoder. Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Metoden er redskapet vårt i møte med det vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data, det vil si en informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland, 2014).

3.1 Inklusjonskriterier

- Pasienter med kols og angst
- Sykepleieperspektiv
- Ingen avgrensning i forhold til alder
- Ingen avgrensning i forhold til kvantitative og kvalitative artikler
- Artikler fra 2005 og nyere
- Artikler fra godkjente kanaler
- Utgitt på norsk, dansk eller engelsk

3.2 Eksklusjonskriterier

- Pasientperspektiv
- Pårørendeperspektiv
- Artikler før 2005
- Andre språk enn norsk, dansk, engelsk
- Artikler som ikke er publisert av godkjente kanaler

3.3 Datainnsamling

Uten nok holdepunkter i data kan ikke problemstillingen belyses godt nok. Datamaterialet må være fyldig, og det skal være relevant i forhold til problemstillingen. Vi må derfor klargjøre hvilke data vi har brukt, hvor de finnes, og hvem som har gitt oss dem (Dalland, 2014).

Vi har gjort et systematisk litteratursøk i databasene Cinahl, Pubmed, Medline som er en del av NTNU sitt integrerte bibliotek. Ved hjelp av søkeord som var relevant i forhold til vår problemstilling fant vi flere artikler og ble til slutt enige om 8.

Søkeordene vi brukte var copd, anxiety, reducing anxiety, nursing, self-efficacy, self-management og cognitive behavioral therapy. Underveis i søkeprosessen lagde vi en tabell over søkehistorikken som forteller hvilke søkeord og søkemotorer vi har brukt og hvor mange treff vi fikk. Da vi søkte på forskningsartiklene leste vi overskriftene på alle treff. Vi leste så sammendraget på de artiklene vi mente var relevante og omfattet vår problemstilling. Hvis de artiklene vi leste sammendragene på var relevante for vår oppgave så leste vi hele artikkelen og fant frem til funn i artikkelen som vi kunne bruke i oppgaven.

Vi var ute etter artikler som omhandlet kols og angst. Disse artiklene måtte si noe om hvordan sykepleier kan hjelpe pasienter med kols til å redusere angsten. I startfasen fant vi mange gode artikler om kols, men som ikke passet optimalt med vår problemstilling. Når vi har valgt en forskningsartikkel, må vi begrunne hvorfor vi mener den er relevant for vårt tema eller problemstilling. Vi må da vise til hvilken type forskning som er benyttet i studien som artikkelen formidler(Dalland, 2014).

Av våre 8 artikler har vi kvantitative og kvalitative studier. De kvantitative metodene har den fordel at den gir data i form av målbare enheter. Tallene gir oss muligheter til å foreta regneoperasjoner, enten vi ønsker å finne gjennomsnittlige beregninger som kan representere en større gruppe av befolkningen eller hvor stor prosentandel av pasienter med kols som f.eks. velger institusjonell rehabilitering fremfor poliklinisk. De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle(Dalland, 2014).

3.4 Kvalitetsvurderinger

Etter en lang søkeprosess hadde vi funnet 27 artikler totalt. Mange av disse har blitt ekskludert på grunn manglende relevans i forhold til problemstillingen vår. Da vi leste artiklene brukte vi et fargekodesystem for å finne relevans. Dette hjalp oss til å komme frem til de artiklene som passet best til vår oppgave. Vi markerte med gul merkepenn i artiklene der det sto noe om angst og brukte blå penn der det sto noe om tiltak for å redusere angst hos pasienten. Etter vi hadde gjort dette så sto vi igjen med 8 forskningsartikler.

Videre så undersøkte vi om alle artiklene vi brukte i oppgaven var publisert av journaler og tidsskrifter som ligger på Norsk forskningssenter sitt register over vitenskapelige

publiseringskanaler. Vi var også opptatt av at våre artikler skulle ha en IMRAD-struktur. IMRAD-strukturen er den mest brukte formen for oppbygging og struktur av den enkelte artikkel. IMRaD er en forkortelse for introduksjon/introduction, metode/methods, resultat/results og diskusjon/discussion(Dalland, 2014).

3.5 Etiske vurderinger

Vi er opptatt av at all forskning som er benyttet i oppgaven har blitt gjennomført på verdig og rettferdig vis. Vi har et krav om at det blir gjort etiske hensyn i forskningslitteraturen før vi velger å bruke den. God etikk er et viktig aspekt i all vitenskapelig forskning. Interessen for å innhente ny kunnskap må alltid veies opp mot behovet for å beskytte folk fra å delta i undersøkelser. Før studien begynner, skal man for hvert forskningsprosjekt søke etisk godkjenning hos en lokal eller regional etiske komite. Forskeren må i sin etiske avveining vise at han ikke vil skade deltakerne. Videre skal forskeren være nøyaktig i sine konklusjoner og foreta en informert rapportering av resultatene(Forsberg og Wengström, 2013). Det er etablert en rekke forskningsetiske komiteer oppnevnt av kunnskapsdepartementet for å ivareta enkeltpersoner og samfunnets interesser innen forskning. Her kan nevnes NEM, Den Nasjonale Forskningsetiske Komite for Medisin(Dalland, 2014).

3.6 Analyse

Vi har en samling av 8 kvalitative og kvantitative studier. Vi brukte Evans 4 (2002) faser for å analysere artiklene.

1. Samle inn datamaterialet som skal analyseres
2. identifisere hovedfunnene i hver artikkel
3. temaet skal identifiseres og analyseres
4. Fenomenet skal beskrives ved å formulere tema med referanser til datamaterialet.

Ved å analysere artiklene fant vi funn i studiene som vi mener svarer på problemstillingen vår. Etter vi hadde analysert innholdet i artiklene plasserte vi funnene i ulike kategorier.

Kognitiv atferdsterapi

- Oppfølging
- Gruppeterapi
- Undervisning

Lungerehabiliteringsprogram

- Fysisk og psykisk evaluering
- Fysisk trening
- Undervisning
- Stresshåndtering
- Pusting med stramme lepper
- Avslapningsteknikker
- Aktiv ekspirasjon

Mestringsforventning:

- Aktiv lytting
- Konfrontering
- Motiverende samtaler
- Måloppnåelse
- Problemløsning
- Involvering

4.0 Resultat

4.1 Kognitiv atferdsterapi

Vi fant 3 artikler som omhandler bruk av kognitiv atferdsterapi. Alle artiklene forteller oss på hver sin måte at kognitiv atferdsterapi har en effekt på å redusere angst hos pasienter med kols. Heslop et.al (2009) skriver i sin studie at angst og depresjon ble betydelig redusert hos pasienter med kols ved å bruke kognitiv atferdsterapi. Teknikker som ble brukt for å redusere angst var undervisning om kols og angst, pustekontroll, avslapningsteknikker, undervisning om depresjon og inaktivitet ved kols og planlegging av daglige aktiviteter. Kunik et.al (2013) sammenligner i sin studie kognitiv atferdsterapi med kols-undervisning. Gruppeterapien bestod av utdanning om angst, depresjon, avslapningsøvelser, demping av negativ aktivitet og øking av positiv aktivitet. Endring av tankemønster og løsningsorienteringsteknikker var noen av elementene i gruppeterapien. I kols-undervisningen ble pasientene undervist i 45-minutters timer. Temaene var pustestrategier, anatomi og fysiologi, medikamenthåndtering og bruk av oksygen. Metoder i å unngå miljøer og ytre påvirkninger som fører til forverring av tilstanden var også blant innholdet. Ernæring, trening og røykeslutt var i tillegg sentrale emner i kols-utdanningen.

Heslop (2009) skriver også om at sykehusinnleggelser ble betydelig redusert ved å bruke kognitiv atferdsterapi. Gjennomsnittlig kolsinnleggelse før kognitiv atferdsterapi var på 1.48, og sank så ned til 0,42 etter behandling. Dette er en reduksjon på 72 %. Dette resultatet indikerer at å bruke kognitiv atferdsterapi for angst kan muligens redusere sykehusinnleggelser. Coventry et.al (2008) demonstrerte i sin studie at ukentlige omganger med kognitiv atferdsterapi i 12 uker, levert som en del av et lungerehabiliteringsprogram, kan hjelpe pasienter med kols i å redusere sin angst. I studien til Kunik et.al (2013) bestod behandlingen av åtte timeomganger av kognitiv atferdsterapi, med integrerte tiltak for både angst og depresjon. Treningen var fokusert på angst og depresjon som var assosiert med fysiologiske, kognitive atferdssymptomer. Hver økt begynte med gruppediskusjon og gjennomgang av symptomer, øvelser og motiverende intervjuer. Flere hjemmeøvelser ble tildelt. Gruppesamlinger var ferdighetsbaserte og var laget for å oppmuntre til diskusjoner samtidig som det ble lagt vekt på Individuelle ferdighetsbyggende behov.

4.2 Lungerehabilitering

Berntsen et.al (2012) skriver i sin studie at målet med programmet er å endre pasientens holdning ovenfor en mer aktiv livsstil. Lungerehabiliteringsprogram fører til en økt mestringsforventning, noe som igjen fører til reduksjon av angst hos pasienter med kols. Lungerehabilitering gir ifølge Paz-Diaz et.al (2005) en signifikant forbedring i alvorlighetsgraden av angst. Den gir en økning i dagliglivets aktivitet og mindre tungpust. Den hjelper pasienter med kols til å oppnå et høyere nivå av selvstendighet og funksjonsnivå. Treningsprogram i kombinasjon med utdanning gir ifølge Valenza et.al (2014) en signifikant nedgang i angstsymptomer.

I studien til Berntsen et.al (2010) gikk pasienter med kols gjennom et lungerehabiliteringsprogram som besto av gruppeundervisning med forskjellige emner. Her kan nevnes lungeanatomi og fysiologi, patologi og medikamentell behandling for pasienter med kols. Undervisningen bestod også av håndtering av tungpust og forverring av sykdommen. Motivasjon til aktivitet og instruksjoner til skriving av treningsdagbok er også en del av undervisningsdelen av lungerehabiliteringsprogrammet. Den individuelle oppfølgingen besto av utforming av målsetninger og handlingsplan. Berntsen et.al (2010) skriver i sin studie at verbal overtalelse får pasienter til å tro at de har muligheten til å oppnå sine ting og ble integrert i programmet via utdanningsøkter, psykososial støtte og med videobånd, bøker og brosjyrer. Styrking av den fysiske og påvirkende tilstanden påvirker evnen til å håndtere symptomer og utøve kontroll over funksjoner og oppstår når pasienter lærer innånding, avslapping, hoste- og pusteteknikker, administrasjonsforverring og bedre fysisk trening

I studien til Paz-Diaz (2005) bestod treningen i lungerehabiliteringsprogrammet av pusteøvelser, som ekspirasjon med stramme lepper og diafragmatisk pusting etterfulgt av oppvarming og 40 minutter med aerobic, 10 minutter på tredemølle og 10 minutter på spinning-sykkel. Pusting med stramme lepper bedrer ifølge Valenza (2014) ekspirasjon ved at den forlenges. Sammenlignet med vanlig pusting reduserer dette respirasjonsfrekvensen hos pasienter med kols. Dette gir også resultater i volum og saturasjon. Valenza et.al (2014) viser i sin studie at utføring av et kontrollert pusteprogram på inneliggende pasienter på sykehus har en betydelig effekt på forbedring av dyspne, angst og mobilitet hos pasienter med forverring av kols. Alle de målte variablene i intervensjonsgruppen ble forbedret. Det ble utført pusteprogram to ganger daglig på pasientene mens de var innlagt

på sykehuset. Pusteprogrammet besto av avslapningsøvelser, pusting med stramme lepper og aktiv ekspirasjon

4.3 Mestringsforventning

Simpson et.al (2013) skriver i sin studie at mange teoretikere tror at pasienters selvtillit rundt deres sykdom er avgjørende for å få bedre utfall som f.eks. mildere forverring. Studien viser at en høyere grad av mestringsforventning er assosiert med lavere nivåer av tungpusthet og angst hos pasientene som deltok. Identifisering av hvor pasienten har lav mestringsforventning er ifølge Simpson et.al (2013) en ledetråd til sykepleieren om hvordan hun/han kan finne strategier for å hjelpe pasienten til å øke deres mestringsforventning og konsekvent bedre deres evne til selvledelse. Verbrugge et.al (2013) gir oss gjennom sin studie innsikt i hvordan en sykepleier kan jobbe for å stimulere til selvledelse hos pasienter med kols. Studien viser at sykepleierne brukte mye tid på å fortelle om viktigheten av mosjon og ernæring og bruk av inhalatorer og andre medisiner. Sykepleierne brukte spesifikke intervjuetnikker som aktiv lytting, konfrontering og motiverende samtale for å hjelpe pasienten. Sykepleierne refererte til andre helsepersonell som kunne hjelpe pasienten. Pasienten ble også gitt verktøy for å takle hverdagslivet. Berntsen et.al (2012) skriver i sin studie at en følelse av kontroll når angsten inntreffer gir pasienten tro på deres evne til å utføre spesifikk atferd eller forandre spesifikk tenkning og dermed håndtere og minimere angst og depresjon. Med dette hevdes det i studien at lungerehabilitering for pasienter med kols ikke bare fokuserer på å minimere angst og depresjon og forbedre treningskapasiteten, men også på å øke oppfatningen av mestringsforventning. Studien foreslår at høyere mestringsforventning er måten angst kan reduseres på hos pasienter med kols.

5.0 Diskusjon

Hensikten med oppgaven var å finne svar på hvordan sykepleier kan bidra til mestring av angst hos pasienter med kols. Vi vil i dette kapittelet drøfte faglitteratur og relevant forskning og forsøke å fremme vårt eget standpunkt i forhold til dette. Vi har bestemt oss for å dele opp dette kapittelet fordi vi mener det gir en god oversikt over de viktigste aspektene innenfor sykepleie til pasienter med kols og angst.

5.1 Metodediskusjon

Vi hadde jobbet med pasienter med kols i sykehus, sykehjem og i hjemmetjenesten. Flere av disse pasientene hadde moderat til sterk angst. Vi ønsket derfor å vite hvordan vi som sykepleiere på best mulig måte kan hjelpe denne pasientgruppen. Vi bestemte oss i desember for at det var dette temaet vi ville skrive om. Vi lagde oss en fremdriftsplan som sto ferdig i begynnelsen av januar. På denne planen ville vi være ferdig med litteratursøket innen utgangen av februar. Vi kunne godt ha laget en mer realistisk fremdriftsplan. Vi fant mange artikler, men de ble byttet ut med andre fortløpende. Vi ble derfor ikke ferdig med litteratursøket før i midten av mars. Det var en lang og krevende prosess å finne de artiklene som stemte best med problemstillingen våres. Det vi kunne gjort annerledes er å lese gjennom artiklene grundigere før vi begynte å skrive matrisene. Vi opplevde flere ganger når vi skrev matrisene at noen av artiklene ikke kunne brukes på grunn av manglende svar på problemstillingen vår. Vi kunne med fordel ha vært litt mer kritiske til artiklene vi fant, med tanke på inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier.

Vi har vært på 2 individuelle veiledninger og deltatt på seminar der vi la frem det arbeidet vi hadde nedlagt til da. Vi har tatt imot og benyttet oss av konstruktive tilbakemeldinger og utnyttet dette for at oppgaven skal kunne besvare problemstillingen på en respektabel måte.

5.2 Resultatdiskusjon

Vi vil i dette kapittelet ved hjelp av forskning og faglitteratur drøfte og komme frem til hvilke tiltak sykepleier kan gjøre for å bidra til mestring av angst hos pasienter med kols. Vi vil også bruke Benner og Wrubel sin teori om mestring for å fremme det sykepleiefaglige i diskusjonen.

5.2.1 Mestringsforventning

Self-efficacy er ifølge Bandura å ha evne til å sette seg konkrete handlingsmål og en forventning om å kunne gjennomføre dem. For å bidra til å øke denne forventningen, slik at pasienten kan mestre sin angst, må pasienten ha hjelp til å trene seg opp for å få bedre selvtillit når det kommer til håndtering av forverring av sykdommen (Kristoffersen, 2011).

Kristoffersen (2011) påpeker, i sitt kapittel om stress og mestring at sykepleiere må være individorienterte og lytte til pasienten. Han eller hun må da kartlegge og ta stilling til hvor i prosessen eller i hvilke situasjoner pasienten har mindre sjanse til å oppleve mestring. Som sykepleier må man da dyrke positivitet der utfordringene ligger. Kristoffersen (2011) forteller videre at om pasienten tenker negativt om sin egen mestringsevne er det nyttig å gjøre bruk av veiledningsmetodikk.

Verbrugge (2013) definerer i sin studie selvledelse som individets mulighet til å håndtere symptomer, behandling, fysisk og psykiske konsekvenser og livsstilsforandringer i forbindelse med et liv med kols. Hun undersøkte i sin studie lungesykepleiernes strategier for å stimulere til selvledelse hos pasienter med kols. Blant annet fikk de pasienter til å demonstrere inhalasjonsteknikker for å identifisere hvor pasienten kom til kort i enkelte deler av prosedyren. Dersom det var rom for forbedring ble en annen type inhalator presentert for pasienten. Verbrugge et.al (2013) skriver videre i sin studie at sykepleiere forsikrer seg om at pasientene blir eksperter på å gjenkjenne, overvåke og håndtere tegn og symptomer for sykdommen og muligheter for forverringer. Alle sykepleierne som deltok i denne studien prøver å gi pasientene selvtillit til å mestre sykdommen effektivt. For å gjøre dette lytter de til sykdommens psykososiale aspekter. Sykepleierne fokuserer på potensielle barrierer som kan påvirke pasientenes helsemessige atferd. Ved å lytte til pasientens historie og vise forståelse og empati, håper sykepleierne på at pasientene vil føle at deres psykososiale problemer har blitt lyttet til og forstått. I tillegg til en lyttende rolle prøver sykepleierne å skape et tillitsforhold slik at pasienten blir invitert til å fortelle hans historie. Sykepleierne rapporterer om at å ha tillit til en annen er et nødvendig kriterium for å oppdage hvor pasientens utfordringer ligger i det daglige.

Simpson et.al (2013) fant ut i sin studie om mestringsforventning, at pasienter med kols som hadde høye verdier på en skala om mestringsforventning hadde lavere grad av angst. Denne skalaen sa noe om deres evne til å kontrollere pusten i spesifikke situasjoner.

Videre forteller studien om at forverringsgraden var den samme for pasientene med både høyt og lavt nivå av mestringsforventning. Sykepleierne som deltok i studien hadde trening i å fremme helsevennlig atferd. Denne ferdigheten vil med disse funnene gjøre det mulig å assistere pasienter med problemløsning, måloppnåelse, og fremme helsevennlig atferd. Benner og Wrubel (2006) skriver at opplevelse av sunnhet som et valg er et kraftig første skritt i å gjøre sunne valg, som ordentlig hvile, ernæring, trening og avslapping. Analytiske ferdigheter får personen til å vurdere forholdene slik at nye alternativer blir tilgjengelige. Banduras modell om self-efficacy, som vi i denne oppgaven har oversatt til mestringsforventning, er et eksempel på forskning på formell tro. Egen evaluering av ferdigheter, ressurser, styrker og svakheter, overvåking og regulering av impulser og utformingen av realistiske planer er avgjørende for helse og helsefremmende arbeid. Kognitiv atferdsterapi er basert på ideen om at personens overbevisninger, kognitivitet og indre dialoger er feilaktige og må korrigeres for å gi personen nye måter å håndtere situasjoner på.

5.2.2 Kognitiv atferdsterapi

Pasienter med kols har ofte angst som komplikasjon til sykdommen. Angsten er ofte en underkjent komplikasjon, og det er derfor viktig at sykepleiere er klar over denne risikoen (Mjell, 2014). For pasientene kan angst oppleves som uhandgripelig, skremmende og lammende fordi pasienten ikke klarer å håndtere situasjonen. Ved at vi hjelper pasienten til å oppdage hva han kan gjøre for å lette åndenøden kan angsten omdannes til frykt, som er håndgripelig. Hvis pasienten er i stand til å iverksette en behandling selv, så får pasienten en opplevelse av kontroll. Veiledning og læring av konkrete tiltak er viktig for at pasienten skal mestre angsten og sykdommen (Almås et.al, 2012).

(Norsk Forening For Kognitiv Terapi, 2014) skriver at egenbehandling er en hjørnestein i behandlingen hos pasienter med kols. For at pasientene skal kunne utføre egenbehandling så må de lære seg å mestre problemene de har på grunn av kolsdiagnosen. Kognitiv atferdsterapi kan være et godt alternativ i å hjelpe pasienten med å mestre problemene og angsten sin. I det siste så har kognitiv atferdsterapi blitt en populær og etterspurt behandlingsform som stadig blir mer anvendt i nye sammenhenger. Kjernen i kognitiv atferdsterapi er å støtte pasienten i å mestre sine problemer og samtidig hjelpe han med å endre uhensiktsmessige tankemønstre og uhensiktsmessig atferd som er forbundet med pasientens problem. Ved å bruke kognitiv atferdsterapi som behandling så kan det kanskje

bli et problem å få nok kvalifiserte sykepleiere til å gjøre jobben. Dette er ikke noe vi lærer i grunntutdanningen i sykepleien.

Heslop et.al (2009) skriver i sin studie at det er mangel på sykepleiere som har kunnskaper i kognitiv atferdsterapi. I følge Hummelvoll (2012) så trenger en opplæring for å anvende kognitiv atferdsterapi, men det er lett å lære å bruke. Det kan være et bra tiltak at sykepleiere i arbeid med pasienter med kols kan få muligheten i å ta kurs i kognitiv atferdsterapi siden det har vist seg å fungere. Dette er kanskje ikke så lett å få til med den hektiske hverdagen som sykepleiere har og det må også bli innvilget penger slik at flest mulig får tatt utdanning innen dette.

Heslop et.al (2009) skriver i sin studie at angst og depresjon hos pasienter med kols kan reduseres ved å bruke kognitiv atferdsterapi. Ved å bruke kognitiv atferdsterapi ble også sykehusinnleggelsene betydelig redusert. Sykehusinnleggelsene ble redusert med 72 % etter pasientene fikk behandling. Coventry et.al (2008) viste i sin studie at kognitiv atferdsterapi som ble gitt ukentlig over flere uker hadde god effekt på å redusere angst hos pasienter med kols. Det er tidkrevende og ressurskrevende å bruke kognitiv atferdsterapi, men hvis dette kan hjelpe pasientene med å redusere angst og at sykehusinnleggelsene blir redusert så kan dette være positivt for samfunnet med at det frigjør plass på allerede overfylte sykehus. Men også at pasienten slipper å bli innlagt like ofte som før og pasienten vil da kanskje få en bedre mestringsfølelse fordi han har lært seg teknikker som gjør at han klarer å mestre angsten på en god måte. Mjell (2014) skriver at hjørnesteinen i kols-behandlingen er å lære opp pasienter til å utføre egenbehandling. Dette vil kanskje føre til at pasienten får noen mestringsstrategier som han kan bruke.

Mestringsstrategier utvikles sjeldent på en rent bevisst og veloverveid måte. Folk kan ha en ganske sparsom bevissthet om eller forståelse av deres mestringsstrategier. De metoder som er utviklet for å mestre de forskjellige systemer, er deres måte å være i verden på, deres måte å forstå seg selv på. Fordi menneskers frihet er situasjonsbestemt har de også situasjonsbestemte muligheter basert på deres selvforståelse, deres historie og deres estimerte fremtid (Benner og Wrubel, 2006).

Det er ikke sikkert det er kognitiv atferdsterapi som er mest effektiv å bruke når vi skal hjelpe pasienten å mestre angsten. Kunik et.al (2013) skriver i sin studie at både kognitiv

atferdsterapi og kols opplæring har like god effekt på å redusere angst hos pasientene. Men vi kan også bruke flere metoder for å bedre pasientens liv. Kognitiv atferdsterapi kan være ett av disse tiltakene og vi bør kanskje gjøre det til en mer tilgjengelig behandlingsform.

5.2.3 Lungerehabilitering

Viktige områder i rehabiliteringsarbeidet er ressursprioritering og kognitive tiltak hvor personen lærer å mestre stressituasjoner der de opplever angst for ikke å få puste.

Sykepleiere og andre i rehabiliteringsarbeidet bør tilegne seg metoder for å lære pasienter anfallsmestring. Lungerehabilitering skal redusere symptomer og forbedre funksjon. Den skal også fremme deltakelse i fysiske og sosiale aktiviteter. Programmet vil innebære opplæring i gode hvilestillinger, pusteteknikker og inhalasjonsteknikker (Romsland et.al, 2015).

Benner og Wrubel (2006) skriver at når en pasient skal lære nye ting må de tilpasses hver enkelte på bakgrunn av deres eksisterende vaner, ferdigheter, metoder og forventninger. De mener det er da man lever i en meningsfull verden. For eksempel når folk gjennom lengre tid lever med en kronisk sykdom, utvikler de et sett med vaner, metoder og forventninger, det vil si at de utvikler en praktisk vitenskap om hvordan de skal leve med sykdommen. Ettersom deres sykdom, eller sunnhetstilstand endrer seg blir noen mønstre utdatert. Det er derfor viktig at lungerehabiliteringen tar utgangspunkt i pasientens ståsted der han befinner seg i øyeblikket.

Paz-Diaz (2005) skriver i sin studie at lungerehabilitering ikke bare forbedrer dyspné og livskvalitet, men forbedrer også angst. Rehabiliteringen hjelper pasienter med kols til å øke deres aktivitet og kontroll over deres symptomer og dermed oppnå et høyere nivå av selvstendighet og funksjon. Programmet begynte med pusteøvelser med strammede lepper og diafragmatisk trening etterfulgt av oppvarmning med fleksibilitetsøvelser, og deretter 40 minutter med aerobic-trening. Valenza (2014) skriver i sin studie at treningsprogram kombinert med utdanning som inkluderer stresshåndteringsteknikker reduserer angst signifikant. Omganger med stresshåndtering uten fysisk trening hadde ingen effekt på angst. Dette belyser viktigheten av fysiske øvelser og utdanning i lungerehabiliteringen for at pasienten skal lære å mestre sin angst. Valenza (2014) skriver i sin studie at avslapningsøvelser er basert på observasjoner om at hyperinflasjon er luftveisobstruksjon som er forårsaket av økt aktivitet i inspirasjonsmuskulaturen under ekspirasjon. Denne økte

aktiviteten kan fortsette etter at pasienten har kommet seg fra akutte episoder av luftveisobstruksjoner. Avslapningsøvelser er ment for å redusere respirasjonsfrekvens og øke volumet. Pusting med stramme lepper skal bedre ekspirasjon og forebygge luftveiskollaps. Øvelsen går ut på å ekspirere gjennom stramme lepper. Denne øvelsen øker volumet og reduserer respirasjonsfrekvens. Aktiv ekspirasjon er en øvelse som kan øke bruk av abdominale muskler under ekspirasjon. Aktiv ekspirasjon gjør at trykket fra diafragma og ribbein avtar og hjelper til ved neste inspirasjon.

Berntsen et. al (2012) skriver i sin studie at pasienten håndterer og minimerer angst og depresjon hvis han/hun har en følelse av kontroll når angsten inntreffer. Dette gir en følelse av kontroll og gir pasienten tro på deres evne til å utføre spesifikk atferd eller endre tenkemåten. Han mener derfor at lungerehabiliteringen bør ha mer oppmerksomhet mot å øke oppfatning av mestring og selvledelse. Romsland et.al (2015) forteller om sykepleier Ola Bratås som har gjennomført et doktorgradsarbeid om kolsrehabilitering i Norge. Etter rehabilitering i institusjon hadde pasientene forbedret psykisk helse men seks måneder etter utskrivning hadde gevinsten av rehabilitering på områdene livskvalitet og psykisk helse falt tilbake. Dette peker på behovet for oppfølging av pasienter med kols i hjemmet.

Berntsen et.al (2012) nevner i sin studie at en grunn til tilbakefall av psykiske symptomer som angst kan være varigheten av lungerehabiliteringen. Varigheten av programmet som ble brukt i studien var 6 uker, noe som synes å være litt kort. Det anbefales at minst 3-5 dager i uken i 6-8 uker er nødvendig for å oppnå endringer i helseeffekter av polikliniske PR-programmer. Et viktig funn i studien er at pasienter med et høyere nivå av mestringsforventning rapporterte mindre angst under og etter lungerehabiliteringsprogrammet. Studier viser altså at lungerehabilitering kan ha lengre varighet og at kognitiv atferdsterapi kan være en del av dette. Coventry et.al (2008) skriver i sin studie at det kan være rom for å forbedre utfall hos pasienter med kols som har mild til moderat angst. Dette kan gjøres ved å gjøre psykoterapeutiske tiltak, spesielt kognitiv atferdsterapi mer tilgjengelig som en del av et samfunnsbasert lungerehabiliteringsprogram.

6.0 Konklusjon

Angst og depresjon er en vanlig, men ofte underkjent komplikasjon til kols. En pasient som har opplevd åndenød og den medfølgende angsten, vil gjøre mer for å unngå en situasjon som kan medføre åndenød på nytt. Det kan føre til at han begrenser sine fysiske aktiviteter til et minimum. Sykepleieteoretikerne, Benner og Wrubel, mener at mestring er det man gjør med brudd i mening, forståelse og uhemmet funksjon. Det er menneskets oppfattelse av sine spesielle forhold og vedkommende sin bakgrunnsforståelse, ferdigheter og praksis som avgjør hva som oppleves som stressende, og hvilke mestringsmuligheter vedkommende har.

Lungesykepleiere lytter til pasientens historie og viser forståelse og empati. I tillegg til en lyttende rolle prøver sykepleierne å skape et tillitsforhold slik at pasienten blir invitert til å fortelle hans historie. Forskningen viser at kognitiv atferdsterapi kan være et godt alternativ for sykepleieren å hjelpe pasienten med å mestre angst. Kognitiv terapi er å støtte pasienten i å mestre sine problemer og samtidig hjelpe til med å endre uhensiktsmessige tankemønstre og uhensiktsmessig atferd som er forbundet med problemene, og som kanskje også har bidratt til dem. Forskning viser at pasienter med et høyere nivå av mestringsforventning rapporterte mindre angst under og etter lungerehabilitering programmet. Pasienten håndterer og minimerer angst og depresjon hvis han/hun har en følelse av kontroll når angsten inntreffer. Dette gir en følelse av kontroll og gir pasienten tro på deres evne til å utføre spesifikk atferd eller endre tenkemåten.

Forskning om lungerehabilitering mener den bør ha mer oppmerksomhet mot å øke oppfatning av mestring og selvhjelp for at sykepleieren skal kunne bidra til mestring av angst hos en pasient med kols. Funnene våre som består av self-efficacy, kognitiv atferdsterapi og lungerehabilitering kan gå inn i hverandre. Kognitiv atferdsterapi kan være en del av lungerehabilitering og burde bli mer tilgjengelig for pasienten og sykepleiere må ha kurs for å kunne gjennomføre det. Pasientens self-efficacy kan ha stor betydning for pasientens mestringsevne i gjennomføringen av lungerehabilitering og mestring av angst. Sykepleien kan på grunnlag av funn legge vekt på lengre rehabilitering hos pasienter med angst relatert til kols. Tilbakefall etter rehabilitering kan reduseres ved å ha lengre rehabiliteringsperioder og videre oppfølging fra hjemmetjenesten.

Litteraturliste:

- Almås, H, Bakkelund, J, Thorsen, B.H, Sorknæs, A.D. (2011) Sykepleie ved lungesykdommer. I: Almås, H, Stubberud, D.G, Grønseth, R. (Red.) *KLINISK SYKEPLEIE 1*, kap. 4: 107-164, 4.utgave Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Benner, P, Wrubel, J. (2006) *Omsorgens betydning i sygepleje*, 1. Utgave København: Munksgaard Danmark
- Berntsen, S.B, Henriksen, A.H, Astrid Klopstad Wahl, Wentzel-Larsen, T, Rokne, B. (2012). *Anxiety and depression following pulmonary rehabilitation*. Scandinavian Journal of Caring Sciences.[Internett] Juni 2012, (3):541-50. Tilgjengelig fra: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2012.01064.x/epdf>> [lest 25/4-17]
- Coventry, P.A, Gellatly, J.L.(2008). *Improving outcomes for COPD patients with mild-to-moderate anxiety and depression: A systematic review of cognitive behavioural therapy*.British Journal of Nursing.[Internett] September 2008,Vol 13 no 3 381–400. Tilgjengelig fra: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1348/135910707X203723/full>> [lest 28/3-17]
- Dalland, O. (2014) *Metode og oppgaveskriving*, 5.utgave, 3.opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Evans, D. (2002). *SYSTEMATIC REVIEWS OF INTERPRETIVE RESEARCH: INTERPRETIVE DATA SYNTHESIS OF PROCESSED DATA*. Australian Journal of Advanced Nursing.[Internett] 2002 Vol 20 Nr 2. Tilgjengelig fra: <<http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2-4.pdf>> [lest 28/4-17]
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013) ; *Att göra systematiska litteraturstudier*, Stockholm: Natur och Kultur, 3. utgave,
- Helsedirektoratet (2012) *Nasjonalt faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging av personer med kols*. [Internett] Tilgjengelig fra:

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-faglig-retningslinje-og-veileder-for-forebygging-diagnostisering-og-oppfolging-av-personer-med-kols>>[Lest 19/5-17]

- Heslop, K. De soyza, A. Stenton, Chris. Burns, G. (2009). *Using individualized cognitive behavioral therapy as a treatment for people with COPD*. Nursing Times.[Internett] September 2009 Vol. 105 No 38. Tilgjengelig fra: <[lest 9/4-17]
- Hummelvoll, J. K. (2012) *Helt–ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 7 utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Kirkevold, M. (1998) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N.J. (2011) Stress og mestring. I: Ørn, S, Mjell, J, Bach-Gansmo, E. (Red.) *Grunnleggende Sykepleie Del 3*, kap. 23: 134-196,2.utgave Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kunik. M.E, Veazey. C, Cully J.A, Soucek. J, Graham. D.P, Hopko.D, Carter.R, Sharafkhaneh. A, Goepfert.E.J, Wray.N, Stanley.M.A (2013). *COPD Education and cognitive behavioral therapy group treatment for clinically significant symptoms of depression and anxiety in COPD patients*. Psychological Medicine [Internett] (2008), 38, 385–396. Tilgjengelig fra: <> [lest 9/3-17]
- Markussen, K.(2009). *Kols gir angst*.Sykepleien Forskning.[Internett] Mai 2009. Tilgjengelig fra: <<https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forskning/199017.pdf>> [lest 8/4-17]
- Mjell, J. (2014) Sykdommer i respirasjonsorganene. I: Ørn, S, Mjell, J, Bach-Gansmo, E. (Red.) *Sykdom og behandling*, kap. 11: 209-242,1.utgave Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Norsk Forening For Kognitiv Terapi(2014)*Hva er kognitiv terapi*[Internett]Tilgjengelig fra:<<http://www.kognitiv.no/wp-content/uploads/2014/11/Hva-er-kognitiv-terapi.pdf>>[Lest 20/5-17].

- Paz-Diaz, H, Montes de Oca, M, Lopez, J.M, Celli, B.R. (2005). *Pulmonary Rehabilitation improves Depression, Anxiety, Dyspnea and Health Status in Patients with COPD*. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation.[Internett] January 2007 Vol 86 nr 1 sidetall 30-36. Tilgjengelig fra:
<https://www.researchgate.net/publication/6500221_Pulmonary_Rehabilitation_Improves_Depression_Anxiety_Dyspnea_and_Health_Status_in_Patients_with_COPD> [lest 13/3-17]
- Romsland, G. Dahl, B. Slettebø, Å. (2015) *Sykepleie og rehabilitering*. 1.utgave. 1. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Simpson, E, Jones, M.(2013). *An exploration of self-efficacy and self-management in COPD patients*. British Journal of Nursing.[Internett] 23.Oktober 2013, Vol 22, No 19.
Tilgjengelig fra: <<http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=b561882a-c764-4819-a974-d45b0f0eb487%40sessionmgr4010&vid=1&hid=4108>> [lest 9/4-17]
- Valenza.M.C, Valenca-Pena. G, Sanches.I.T, Jimenez. E.G, Valero. A.C, Demet. G.V. (2014). *Effectiveness of Controlled Breathing Techniques on Anxiety and Depression in Hospitalized Patients With COPD: A Randomized Clinical Trial*. Respiratory Care February [Internett] 2014 Vol 59 No 2 209-215. Tilgjengelig fra:
<<http://rc.rcjournal.com/content/respcare/59/2/209.full.pdf>> [lest 19/4-17]
- Verbrugge, R. De Boer, F. Georges, J.J. (2013). *Strategies used by respiratory nurses to stimulate self-management in patients with COPD*. British Journal of Nursing.[Internett] Oktober 2013 Vol 22 nr 19-20 Sidetall: 2787–2799 Tilgjengelig fra:
<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12048/full>> [lest 9/4-17]

Vedlegg 1

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/fun n	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Simpson, E. Jones, M.</p> <p>An exploration of self-efficacy and self-management in COPD patients.</p> <p>British journal of nursing, 2013, Vol 22, No 19</p>	<p>Målet med studien er å finne ut om mestringsforventning og selvhjelp hos pasienter med kols er assosiert med bedre humør, mindre tungpusthet og forverring av plager forbundet med sykdommen.</p> <p>Studien skal også finne ut hva pasienter tror vil hjelpe dem i behandling av deres kols.</p> <p>Identifisering av hvor pasienten har lav mestringsforventning er et hint til sykepleiere om hvordan de kan identifisere strategier for å hjelpe pasienter til å øke deres mestringsforventning og konsekvent bedre deres selvhjulpenhet.</p>	<p>Chronic obstructive pulmonary disease.</p> <p>COPD.</p> <p>Self-efficacy.</p> <p>Self management.</p>	<p>En utforskende og beskrivende undersøkelse hvor kvantitative og semistrukturerte kvalitative data ble brukt.</p> <p>Deltakerne i undersøkelsen ble tilfeldig utvalgt fra fastlegekontorer rundt nord østlige Skottland.</p>	<p>Resultatene i undersøkelsen viser at høyere grad av self-efficacy var assosiert med lavere nivåer av tungpusthet og angst hos pasientene som deltok.</p>	<p>Denne er relevant for oppgaven fordi den forteller at det en positiv mestringsforventning til pasienter med kols kan redusere angst og tungpusthet i pasientgruppen.</p> <p>Øking av mestringsforventning leder til en atferdsforandring og en mer effektiv selvhjulpenhet.</p>

Vedlegg 2

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Berntsen, S.B, Henriksen, A.H, Astrid Klopstad Wahl, Wentzel-Larsen, T, Rokne, B.</p> <p>Årstall: 2012</p> <p>Anxiety and depression following pulmonary rehabilitation</p> <p>Tidsskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences</p> <p>Volume nr, Utgave nr og sidetall:</p>	<p>Målet med denne studien var å evaluere endringer og prediktive faktorer for angst og depresjon hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (COPD) før og opptil 3 måneder etter lungerehabilitering (PR).</p>	<p>COPD, Pulmonary rehabilitation, Predictors, Anxiety, Depression, Exercise capacity. Self-efficacy</p>	<p>Kvantitativ studie der 100 pasienter med kols deltok.</p> <p>Programmet var et 6 ukers poliklinisk program. Dette innebærer utdanning, psykososial støtte og treningsøkter.</p> <p>Alle pasientene gjennomgikk spirometri og en skyttelprøve.</p> <p>Angst og depresjon ble målt med en skala for angst og depresjon.</p> <p>Inkluderingkriteriene var følgende: alder > 35</p> <p>Behov for respiratoriske legemidler;</p> <p>Kunne lese og skrive norsk.</p> <p>Eksklusjonskriteriene var følgende: Ved bruk av</p>	<p>Resultatene viste en tendens til mindre angst og depresjon umiddelbart etter lungerehabiliteringsprogrammet sammenlignet med før.</p> <p>Funn viser også at pasienter med KOLS har bedre effekt av et lengre lungerehabiliteringsprogram på 3-5 dager i uken i 1-2 mnd.</p>	<p>En følelse av kontroll når angsten inntreffer gir pasienten tro på deres evne til å utføre spesifikk atferd eller forandre spesifikk tenkning og dermed håndtere og minimere angst og depresjon</p> <p>Derfor bør COPD PR ikke bare fokusere på å minimere angst og depresjon og forbedre treningskapasiteten, men også på å øke oppfatningen av selvhjelp.</p>

			<p>langvarig oksygenbehandli ng (LTOT) og ustabil hjertesykdom som ustabil angina og nylig myokardinfarkt.</p> <p>Blandede effektmodellanal yser ble brukt for å analysere dataen.</p>		
--	--	--	--	--	--

Vedlegg 3

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans:
<p>Kunik. M.E, Veazey. C, Cully J.A, Souчек. J, Graham. D.P, Hopko.D, Carter.R, Sharafkhaneh.A, Goepfert.E.J, Wray.N, Stanley.M.A</p> <p>COPD Education and cognitive behavioral therapy group treatment for clinically significant symptoms of depression and anxiety in COPD patients.</p> <p>Psychological Medicine (2008), 38, 385-396</p>	<p>Studien sammenligner kognitiv adferdsterapi gruppe terapi for pasienter med KOLS som har angst og depresjon.</p> <p>Mot KOLS utdanning for pasienter med moderat til alvorlig angst og eller depressive symptom</p>	<p>Anxiety, chronic obstructive pulmonary disease, cognitive behavior therapy, depression.</p>	<p>En kvantitativ RCT studie som ble utført fra 11 july 2002 til 30 april 2005.</p> <p>Utvalg: Det var 238 utvalgte pasienter med i undersøkelsen. Pasientene som var med hadde kols, symptomer på angst og depresjon.</p> <p>Deltakerne var med på 8 timer med kognitiv adferdsterapi timer eller 8 timer med kols undervisning.</p>	<p>Begge behandlingene resulterte i økt livskvalitet for pasientene og pasientene var mindre plaget av angst og depresjon.</p> <p>Det var ikke noe forskjell mellom de 2 gruppene som hadde fått kognitiv adferdsterapi og de som hadde fått kols opplæring.</p>	<p>Denne artikkelen viser at kognitiv adferdsterapi og kols undervisning har en effekt på kols pasientens angst og depresjon. Og at pasientene vil få en økt livskvalitet. Dette er relevant for vår oppgave da vi skal hjelpe pasienter med kols og angst til å mestre hverdagen.</p>

Vedlegg 4

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans:
<p>Valenza.M.C , Valenca-Pena. G, Sanches.I.T, Jimenez. E.G, Valero. A.C, Demet. G.V.</p> <p>Årstall 2014.</p> <p>Effectiveness of Controlled breathing techniques on Anxiety and Depression in hospitalizes patients with COPD: A randomized Clinical trail.</p> <p>Respiratory Care February 2014 Vol 59 No 2 209-215.</p>	<p>Studiens hensikt er å finne ut om kontrollerte puste teknikker kan redusere angst og depresjon hos pasienter med kols som er inneliggende på sykehus.</p>	<p>Chronic obstructive pulmonary disease, Anxiety, depression, hospitalization , controlled breathing.</p>	<p>Det ble utført en randomisert kontrollert studie hvor 46 mannlige pasienter som var innlagt med kols forverring var med i undersøkelsen . Alder fra 67-87 år. Deltakerne ble delt tilfeldig inn i en kontroll gruppe og i en kontrollert puste intervensjons gruppe.</p> <p>Det ble målt utgangspunkt og post-intervensjon dyspne, angst og depresjon og livskvalitet.</p>	<p>Resultatene viser at kontrollerte pusteteknikker betydelig bedrer dyspne, angst og mobilitet hos inneliggende pasienter med kols forverring, alle de målte variablene i intervensjonsgruppen ble forbedret.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for vår oppgave på grunn av at den viser at det å lære pasientene pusteteknikker har en god effekt på å redusere pasientens angst.</p>

Vedlegg 5

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans:
<p>Coventry, P.A, Gellatly, J.L.</p> <p>Årstill: 2008</p> <p>Improving outcomes for COPD patients with mild-to-moderate anxiety and depression: A systematic review of cognitive behavioural therapy</p> <p>Tidsskrift: British Journal of Health Psychology</p> <p>Volume nr, Utgave nr og sidetall: 13, 381-400</p>	<p>Denne studien undersøker effekten av kognitiv atferdsterapi hos pasienter med mild til moderat angst og depresjon som følge av kronisk obstruktiv lungesykdom.</p>	<p>Anxiety, Cognitive Therapy, Chronic Obstructive Pulmonary Disease</p>	<p>Studien er gjennomført som med systematisk litteratursøk</p> <p>Databaser som ble brukt:</p> <p>Ovid Medline, EMBASE, PsychINFO, CINAHL og British Nursing Index.</p> <p>Kun engelskspråklige artikler ble inkludert i denne studien.</p>	<p>Studien viste at kognitiv atferdsterapi kan være mer fordelaktig når det gis med trening og utdanning enn mosjon og utdanning alene for å redusere psykologisk sykkelighet blant pasienter med klinisk stabil sykdom.</p> <p>Videre forskning er nødvendig for å etablere den mest effektive og hensiktsmessige modell av kognitiv atferdsterapi for bruk med KOLS pasienter med sykdomsrelatert angst og depresjon.</p>	<p>Som et første steg mot bedre behandling av psykologiske og sosiale problemer blant pasienter med KOLS, har den amerikanske Respiratory Society og European Respiratory Society anbefalt at alle pasienter som deltok i lungerehabiliteringsprogrammet skal screenes for symptomer på angst og depresjon og tilbys riktig behandling. Hvis det under screening blir målt til vesentlige psykiatriske forstyrrelser bør de behandles med passende farmakoterapi. Imidlertid kan det være rom for å forbedre behandling hos pasienter med mild til moderat angst og depresjon ved å gjøre kognitiv atferds terapi mer tilgjengelig og som en del av samfunnets lungerehabiliteringsprogram.</p>

Vedlegg 6

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel - begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans:
<p>Paz-Diaz, H, Montes de Oca, M, Lopez, J.M, Celli, B.R</p> <p>Årstell: 2005</p> <p>Pulmonary Rehabilitation improves Depression, Anxiety, Dyspnea and Health Status in Patients with COPD</p> <p>Tidsskrift: American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation</p> <p>Volume nr, Utgave nr og sidetall:</p> <p>Volume 86(1), January 2007, pp 30-36</p>	<p>Studiens mål var å finne ut om et 8 ukers rehabilitering sprogram påvirket depresjon, angst, dyspnea og helse relatert livskvalitet hos pasienter med kols.</p>	<p>Depression</p> <p>Anxiety</p> <p>Dyspnea</p> <p>COPD</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>24 pasienter med alvorlig KOLS deltok i studien og i lungerehabiliteringsprogrammet.</p> <p>Programmet inneholdt sykdomsutdanning, energibesparende teknikker, avslapping og trening med 20 minutters håndvekttrening og 20 minutt benøvelser. Disse øktene var 3 ganger i uken i 8 uker.</p> <p>Ved starten og etter slutten av programmet ble alle evaluert ved hjelp av diverse skalaer og kartleggingsverktøy for angst og depresjon.</p>	<p>Etter lungerehabiliteringsprogrammet var det en signifikant forbedring i alvorlighetsgraden av depresjon og en reduksjon i symptomer. Den ga en økning i dagliglivsaktiviteten og mindre tungpust. Litt mindre forandring ble funnet i forhold til angst, men dette var en svært viktig forandring.</p>	<p>Lungerehabilitering som inkluderer mosjon og trening viser betydelige endringer i skår av depresjon, Helsemessig livskvalitet og angst.</p> <p>Varigheten av effekten varierer imidlertid noe.</p>

Vedlegg 7

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans:
<p>Verbrugge, R. De Boer, F. Georges, J.J.</p> <p>Strategies used by respiratory nurses to stimulate self-management in patients with COPD</p> <p>Årstall: 2013</p> <p>Journal of Clinical Nursing, 22, 2787–2799</p> <p>doi: 10.1111/jocn.12048</p>	<p>Studiens hensikt er å få bedre innsikt i strategier som brukes av lungesykepleiere på klinikken for å bedre mestringsfølelsen hos pasienten med kols.</p>	<p>chronic obstructive pulmonary disease, clinic sessions, qualitative research, respiratory nurse, self-management</p>	<p>Er en kvalitativ studie utført med å bruke Strauss og Corbin sin Grounded theory.</p> <p>Data ble samlet inn med hjelp av semi-strukturerte intervjuer av lungesykepleiere .</p> <p>19 sykepleiere var med i undersøkelsene.</p>	<p>Resultatene i undersøkelsen viser at sykepleierne prøvde å få pasientene til å slutte å røyke. De brukte også mye tid på å fortelle om viktigheten av mosjon og ernæring og bruk av inhalatorer og andre medisiner.</p> <p>Sykepleierne brukte spesifikke intervjueteknikker som aktiv lytting, konfrontering og motiverende samtale for å hjelpe pasienten.</p> <p>Sykepleierne refererte til andre helsepersonell som kunne hjelpe pasienten. Pasienten ble også gitt verktøy for å takle hverdagslivet.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for den viser oss hvordan sykepleiere jobber for å hjelpe kols pasienter å meste hverdagen.</p>

Vedlegg 8

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans:
<p>Heslop, K. De soyza, A. Stenton, Chris. Burns, G.</p> <p>Using individualized cognitive behavioral therapy as a treatment for people with COPD</p> <p>Nursing Times 29 september 2009 Vol. 105 No 38</p>	<p>Målet med studien er å måle effekten av lunge sykepleier ledet kognitiv adferdsterapi for å redusere angst og depressive symptomer hos kols pasienter.</p>	<p>COPD. CBT. Respiratory care. Psychological impact.</p>	<p>En kvalitativ studie. Det var 10 kols pasienter med i undersøkelsen. Det ble utført kognitiv adferdsterapi av en erfaren lungesykepleier.</p> <p>Angst og depresjon ble målt ved å bruke sykehusets angst og depresjons skala (Zigmond and Snaith 1994). Sykehusinnleggelse ble notert ned 6 måneder før og etter kognitiv adferdsterapien.</p> <p>Teknikker som ble brukt under adferdsterapien: Undervisning om angst. Pusteteknikker, avslappings teknikker.</p>	<p>Resultatene i undersøkelsen viser at angst og depressive symptomer ble merkbart redusert etter kognitiv adferdsterapi. Sykehusinnleggelse ble redusert med 72%.</p>	<p>Denne artikkelen viser at kognitiv adferdsterapi har en god effekt på angst hos pasienter med kols. Og kan derfor være ett godt verktøy som sykepleiere kan bruke for å hjelpe pasienten til å mestre angsten.</p>

Vedlegg 9

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Anxiety management copd nursing	22/3	Cinahl	737	21	13	7
copd nursing anxiety CBT	22/3	Pubmed	4	4	4	1
copd anxiety nursing	5/4	Pubmed	112	15	7	3
Copd nursing anxiety cognitive behaveroul thearepy	5/4	Pubmed	19	19	4	1
Copd reducing anxiety nursing	30/3	Cinahl	412	8	3	2
Copd anxiety and social support	31/3	Medline	19	16	6	1
CBT copd education	31/3	Pubmed	60	14	7	1
Copd anxiety pulmonary rehabilitation self efficacy	14/4	Pubmed	36	11	4	1