

Anonym

Kols og Angst

Litteraturbachelor
Antall ord: 7610

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2021

Anonym

Kols og Angst

Litteraturbachelor

Antall ord: 7610

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Angst opptrer ofte hos pasienter med kols. En av sykepleierens funksjoner er å lindre psykiske belastninger. Å lindre angst hos denne pasientgruppen er derfor sentralt for sykepleie. Hensikten med denne litteraturstudien er å utforske og belyse hvordan sykepleiere kan lindre angst hos pasienter med kols som er innlagt på sykehuset grunnet kols eksaserbasjon med ikke-medikamentelle tiltak. Problemstillingen er derfor; «Hvordan kan sykepleieren bidra til å lindre angst hos pasienter med kols?».

Metode: Dette er en litteraturstudie, som inneholder syv forskningsartikler.

Resultat: Funn i studiene viste at å bygge en god sykepleier-pasient-relasjon, vise nærhet og god tid, tilrettelegger kommunikasjon individuelt, samt å fremme pasientmedvirkning og pasientopplæring i form av informasjon og veiledning er sentrale aspekt ved sykepleie for å lindre angst hos kols-pasienter i sykehus.

Konklusjon: Å finne ett fasitsvar for hva som bidrar til å lindre angst for denne pasientgruppen er vanskelig, ettersom at pasientene har individuelle behov, hvor noe kan funke for noen - men for andre ikke. Likevel viser det seg at en god sykepleier-pasient-relasjon, hvor sykepleieren viser omsorg, nærhet og tid, pasientsentrert kommunikasjon med oppmerksomhet ovenfor verbale- og nonverbale tegn, pasientmedvirkning og pasientopplæring i form av informasjon og veiledning fører til at kols-pasienter opplever trygghet og kontroll, som er vesentlig for å lindre angst.

Nøkkelord: Kols, angst, sykepleier-pasient-relasjon.

Abstract

Background: Anxiety often occurs in patients with COPD. One of the nurse's functions is to relieve psychological strain. Relieving anxiety in this patient group is therefore central to nursing. The purpose of this literature study is to explore and shed light on how nurses can relieve anxiety in patients with COPD who are hospitalized due to COPD exacerbation with nonpharmacologic interventions. The Research question is therefore: "How can nurses help relieve anxiety in patients with COPD?".

Method: This thesis is a literature study, that includes seven research articles.

Results: Findings in the studies showed that building a good nurse-patient relationship, showing closeness and time, facilitating communication individually, as well as promoting patient empowerment and patient education in the form of information and guidance are key aspects of nursing to relieve anxiety in hospitalized COPD patients.

Conclusion: Finding a definitive answer to what helps relieve anxiety for this patient group is difficult, since patients have individual needs. Nevertheless, it turns out that a good nurse-patient relationship, where the nurse shows good care as in closeness and takes time, nurses that use patient-centered communication with attention to verbal and nonverbal signs, and nurses that promotes patient empowerment and patient education in the form of information and guidance. These aspects leads to that the COPD patient experiencing security and control, which is essential for relieving anxiety.

Keywords: COPD, anxiety, nurse-patient relationship.

Innholdsfortegnelse:

Kapittel 1. Innledning	11
1.1 <i>Introduksjon av tema og bakgrunnskunnskap</i>	11
1.2 <i>Teoretisk perspektiv</i>	11
1.2.1 <i>Kronisk obstruktiv lungesykdom</i>	11
1.2.1.1 <i>Kols eksaserbasjoner</i>	11
1.2.1.2 <i>GOLD-kriterier</i>	12
1.2.2 <i>Angst og dyspné hos pasienter med KOLS</i>	12
1.2.2.1 <i>Borg skala</i>	12
1.2.3 <i>Pasientmedvirkning</i>	13
1.2.4 <i>Pasientopplæring</i>	13
1.2.5 <i>Mestringsteori</i>	13
1.2.6 <i>Kommunikasjon</i>	14
1.2.7 <i>Sykepleieteori: Menneske-til-menneske-forhold</i>	14
1.2.8 <i>Helsefremmende sykepleier-pasient-interaksjon</i>	14
1.2.9 <i>Hjørnesteinene i sykepleier-pasient-relasjonen</i>	15
1.3 <i>Formål med oppgaven</i>	15
1.4 <i>Problemstilling og avgrensing:</i>	15
Kapittel 2. Metode	17
2.1 <i>Litteraturstudie som metode</i>	17
2.2 <i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i>	17
2.3 <i>Søkehistorikk/søkestrategi</i>	17
2.4 <i>Søketabell</i>	18
2.5 <i>Vurdering av de inkluderte artiklene</i>	19
2.6 <i>Analyse</i>	20
Kapittel 3. Resultater	21
3.1 <i>Presentasjon av resultater</i>	24
3.2 <i>Sykepleier-pasient-relasjonen</i>	24
3.2.1 <i>Kommunikasjon</i>	24
3.2.2 <i>Nærhet og tid</i>	25
3.3 <i>Informasjon, veiledning og pasientopplæring</i>	25
3.4 <i>Pasientmedvirkning</i>	26
Kapittel 4. Diskusjon	27
4.1 <i>Sykepleier-pasient-relasjonen for å lindre og mestre angst med kommunikasjon, nærhet og tid</i>	27
4.1.1 <i>Nærhet og tid for å styrke sykepleier-pasient-relasjonen</i>	27
4.1.2 <i>Kommunikasjon som styrker sykepleier-pasient-relasjonen</i>	28
4.2 <i>Pasientmedvirkning for å lindre angst</i>	29
4.3 <i>Pasientopplæring, informasjon og veiledning for å lindre angst</i>	30
4.4 <i>Styrker og svakheter med litteraturstudien</i>	31
4.5 <i>Implikasjoner for sykepleie/praksis</i>	32

<i>4.6 Konklusjon</i>	32
Referanser	33

Tabeller

Tabell 1 GOLD-kriterier.....	12
Tabell 2 Inklusjonskriterier og Eksklusjonskriterier.....	17
Tabell 3 Søketablell.....	18
Tabell 4 Kategorier og under-kategorier av funn.....	20
Tabell 5 Artikkelmatrise.....	21

Kapittel 1. Innledning

1.1 Introduksjon av tema og bakgrunnskunnskap

Temaet i denne litteraturstudien er rettet mot sykepleie hos pasienter med kols som strever med angst. En av sykepleierens funksjoner er å lindre, som har som mål å redusere eller begrense ulike belastninger, som kan være av fysisk, psykisk, sosiale eller åndelige karakter. Sykepleiehandlinger som lindrer er god omsorg, støtte, veiledning og tilrettelegging i samsvar med pasientens ønsker og behov (Kristoffersen et al., 2016, s. 17-18). Å lindre angst er derfor svært sentralt i sykepleie til kols-pasienter.

Kronisk obstruktiv lungesykdom eller kols er en samlebetegnelse på sykdommer som har økt luftveismotstand, og som er irreversibel (Bakkelund et al., 2016, s. 133).

WHO rangerte KOLS som den tredje ledende dødsårsaken globalt (World Health Organization, 2020). I Norge regner en med at rundt 150 000 mennesker over 40 år har kols, av disse er mer enn 10 000 innlagt i sykehus hvert år (Folkehelseinstituttet, 2018). Ett hovedsymptom ved kols er dyspne som innebærer anstrengt respirasjon; pasienten opplever å ikke få pustet nok luft. Angst og dyspné henger sammen; slik opptrer angst ofte hos pasienter med kols. Det er da lett for at kolspasienten kommer inn i en ond sirkel, ettersom at angst forverrer dyspné og dyspné forverrer angsten (Bakkelund et al., 2016, s. 137 – 138).

1.2 Teoretisk perspektiv

1.2.1 Kronisk obstruktiv lungesykdom

Kronisk obstruktiv lungesykdom eller kols er en samlebetegnelse på sykdommer som har økt luftveismotstand, og som er irreversibel (Bakkelund et al., 2016, s. 133). Det oppstår en permanent motstandsøkning mot luftstrømmen. Motstandsøkningen skyldes av forsnævring av luftveienes diameter og endringer av lungenes elastiske egenskaper. Det skaper store forstyrrelser av ventilasjonen, samt svekkelse av diffusjonen og perfusjonen (Wyller, 2019, s. 302).

Hovedårsaken til at kols oppstår er tobakksrøyk. Det oppstår en celleskade i bronkialslimhinnen og i alveolene, på grunn av tjærestoffer og gasser fra nitrogenet. Det oppstår også kjemiske reaksjoner fra røyken som nedbryter bindevevsproteiner i alveolveggen. Ødeleggelsen som har oppstått i vevet skaper en kronisk betennelsesreaksjon. Den kroniske betennelsesreaksjonen forsterker celleskaden. Det gir alvorlige konsekvenser ved at det dannes emfysem, det oppstår kronisk bronkitt, og de elastiske bindevevsfibrene i lungene nedbrytes som gjør at ettergivelseheten i vevet øker (Wyller, 2019, s. 302). Andre risikofaktorer for kols bortsett fra tobakksrøyk er langvarig og høy yrkeseksponering for støv og kjemikalier, utendørs luftforurensing, passiv røyking og astma. Vanlige symptomer ved kols er kronisk hoste med ekspektorat som ofte varer gjennom hele dagen, flere hendelser med akutt bronkitt og tung pust som forverrer seg over tid (Bakkelund et al., 2016, s. 134).

1.2.1.1 Kols eksaserbasjoner

Begrepet kols eksaserbasjon innebærer situasjoner med akutt forverring av kolsen. Den akutte forverringen skyldes som oftest infeksjoner i nedre luftveier, men andre

risikofaktorer for kols eksaserbasjon er luftforurensinger og kaldt vær (Bakkeland et al., 2016, s. 134).

1.2.1.2 GOLD-kriterier

Kols klassifiserer i fire alvorlighetsgrader, etter GOLD-kriterier, og inndeles i stadium I-IV (Bakkeland et al., 2016, s. 134 -135).

Tabell 1 GOLD-kriterier

Stadium I: mild kols, hvor $FEV_1 \geq 80\%$ av forventet lungekapasitet. Pasienten har gjerne kronisk hoste og slim fra lungene.

Stadium II: moderat kols, hvor FEV_1 er 50 - 79% av forventet lungekapasitet. Pasienten plages vanligvis av kronisk hoste og slim.

Stadium III: alvorlig kols, hvor FEV_1 er 30 - 49% av forventet lungekapasitet. Det kan oppstå akutte forverringer av symptomene. Dette påvirker pasientens prognose og livskvalitet.

Stadium IV: svært alvorlig kols, hvor FEV_1 er $< 30\%$ av forventet lungekapasitet. Pasienten vil vanligvis få en respirasjonssvikt eller kliniske tegn til høyresidig hjertesvikt. En forverrelse kan være livstruende, og pasientens livskvalitet er betraktelig redusert (Bakkeland et al., 2016, s. 134 -135).

1.2.2 Angst og dyspné hos pasienter med KOLS

Angst kan defineres som en følelse av trussel mot personligheten, hvor årsaken til denne truende følelsen ikke kan identifiseres (Hummelvoll, 2012, s. 379-380). Dyspne er når man har en anstrengt respirasjon, hvor en får en opplevelse av å ikke få pustet nok luft (Bakkeland et al., 2016, s. 137).

Fordi dyspné er et av hovedsymptomene ved kols er angst hyppig blant disse pasientene. Følgelig er det lett for at kolspatienten kommer inn i en ond sirkel, ettersom at angst forverrer dyspné, og dyspné forverrer angst (Bakkeland et al., 2016, s. 138). Angst og dyspné er nært forbundet og forsterker hverandre, derfor må disse symptomene sees i sammenheng. Ergo er det like viktig å forebygge angst som det er å behandle pasientens dyspné (Bakkeland et al., 2016, s. 118). Uvissheten når neste dyspneanfall kommer vil fremkalle angst (Bakkeland et al., 2016, s. 138). Daglige anfall med dyspne kan føre til redusert livskvalitet og angst. Pasienter med kols kan oppleve frykt for å bli tungpusten og for døden. Noen kolspatienter har dødsangst. Ofte skyldes dødsangsten frykt for måten pasienten skal dø på, som for eksempel frykt for å kveles på grunn av dyspné (Bakkeland et al., 2016, s. 170).

1.2.2.1 Borg skala

Borg skala er et vurderingsskjema for dyspne. Det er en numerisk skala som går fra 0, dvs. ingen dyspné til 12 som er absolutt maksimum dyspné. Ved å bruke denne skalaen kan pasienten fortelle om opplevelsen av dyspné, hvor plagsom dyspneen er, og hvor sliten pasienten føler seg (Bakkeland et al., 2016, s. 141).

1.2.3 Pasientmedvirkning

Pasient-og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) presiserer at pasienter og brukere har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienter har en rett til å medvirke ved valg av tjenesteformer, undersøkelser og behandling.

Medvirkningens form skal tilpasses pasientenes evne til å gi og motta informasjon.

Ifølge selvbestemmelsesteorien til Deci & Ryan (2008), er det tre grunnleggende psykologiske behov som påvirker menneskers indre motivasjon; dette er behovet for autonomi, tilknytning og kompetanse. Eide & Eide (2017, s. 19-20) mener at pasientenes behov for autonomi kan ivaretas gjennom kommunikasjon, aktiv lytting, finne ut hva pasienten selv tenker og anser som viktig, og tilrettelegge for medbestemmelse om mål og veien videre. Videre er god relasjon sentralt for å imøtekomme behovet for tilknytning; å holde på avtaler og sørge for at pasienten ikke har for mange personer å forholde seg til er gunstig. Aktiv lytting er også sentralt med tanke på pasientens behov for kompetanse og mestring; sykepleieren anerkjenner og støtter pasientens behov for kontroll over egen situasjon. Det å oppleve at pasientene kan gjøre noe for seg selv for å påvirke sin situasjon på en positiv måte, er av stor betydning, uavhengig av sykdom eller funksjonstap. Pasientmedvirkning er noe sykepleieren bør fremme i møte med pasienter. Dette kan la seg gjøre dersom pasienten selv har kunnskap om sykdommen, får medvirke i beslutninger og får mulighet til å gjøre noe med situasjonen sin selv. Dette øker pasientens opplevelse av kontroll, og styrker evnen og følelsen av at han kan mestre sin livssituasjon (Kristoffersen, 2016, s. 265).

1.2.4 Pasientopplæring

Undervisning og veiledning er sentrale aspekt ved sykepleie som handler om å bidra til læring, utvikling og mestring hos pasienten. Sykepleiere skal bidra med kunnskap og forståelse som er nødvendig for at pasienten skal kunne ivareta egen helse (Kristoffersen et al., 2016, s.19). Informasjon og undervisning kan styrke pasientens ressurser slik at han selv har mulighet til å ta ansvar for forebygging og behandling. For at pasienten selv skal kunne ta ansvar, trenger han kunnskap om sykdommen og behandlingen. Informasjon om forverring er nødvendig for at pasienter med KOLS selv skal kunne iverksette tiltak. Opplæring av hvordan man skal håndtere angst og dyspné er også svært viktig. Ulike pusteteknikker kan være nyttige verktøy for å håndtere angst og dyspné (Bakkelund et al., 2016, s. 118). For pasienter med KOLS anbefales det at informasjon og veiledning foregår i alle fasene av sykdomsutviklingen. Kolspasienter som har fått opplæring vedrørende behandling av forverring kan oppleve mindre dyspné og angst. Pasientopplæringen har ført til at de har mer tro på seg selv når det gjelder å mestre og kontrollere dyspnéanfall. Pasientopplæringen skal inneholde informasjon om sykdommen, normalfysiologi, virkning og bivirkninger om legemidler. Undervisning av leppepusteknikker, dype inspirasjoner og forsert ekspirasjonsteknikker er også sentralt (Bakkelund et al., 2016, s. 170 - 171).

1.2.5 Mestringsteori

Ifølge Lazarus & Folkman (1980) sin mestringsstrategi er det to hovedstrategier for å håndtere stressende situasjoner. Det er problemorientert mestring og emosjonelt orientert mestring (Folkman & Lazarus, 1980). Problemorientert mestring inkluderer strategier som innhenting av informasjon, søke råd fra andre og tidligere erfaringer. Emosjonelt orientert mestring inkluderer strategier som distansering, humor, fornektelse og skylder på andre. Emosjonelt orientert mestring handler om strategier mennesker

bruker for å kunne håndtere stress, mens problemorientert mestring er strategier mennesker bruker for å håndtere problemene som forårsaker stresset (Folkman, 2013).

1.2.6 Kommunikasjon

Kommunikasjon er utveksling av verbale- og nonverbale tegn og signaler mellom to eller flere parter (Eide & Eide, 2017, s. 17). Eksempler på nonverbale tegn kan være berøring, stillhet og ikke-ord (Eide & Eide, 2017, s. 140). Nonverbal kommunikasjon kan bidra til å bygge tillit, trygghet og motivasjon (Eide & Eide, 2017, s. 137).

God profesjonell kommunikasjon er personorientert, dette innebærer at sykepleieren ikke bare ser den andre som en pasient, men som en hel person som har ressurser, egne verdier og prioriteringer og egne ønsker og mål om helse og livssituasjon.

Personorientert kommunikasjon involverer å se og respektere det den andre mener er verdifullt og viktig, og baseres i at sykepleieren lytter aktivt, oppdager og anerkjenner det som viser seg indirekte via ordvalg, kroppsspråk, stemmebruk og ansiktsuttrykk (Eide & Eide, 2017, s. 16-17). I kommunikasjon med kols-pasienter med akutt dyspné er det sentralt at sykepleieren stiller enkle spørsmål som ikke krever mer enn enstavelsesord til svar. Dette er på grunn av at det å prate kan være anstrengende for pasienten (Bakkelund et al., 2016, s. 151).

1.2.7 Sykepleieteori: Menneske-til-menneske-forhold

Sykepleieteoretikeren Travelbee (2001, s. 171-173) mener hun at menneske-til-menneske-forhold i sykepleiesituasjonen er virkemidlet som gjør det mulig å oppfylle sykepleierens mål og hensikt, nemlig å hjelpe den syke med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og med å finne mening i disse erfaringene. Et menneske-til-menneske-forhold i sykepleie involverer en eller flere opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og den syke, eller som har behov for sykepleierens tjenester. Kjennetegnet ved disse opplevelsene og erfaringene er at behovet for sykepleie for den syke blir ivaretatt. Disse behovene blir ivaretatt av en sykepleier som anvender en intellektuell tilnæringsmåte til problemer, sammen med evnen til å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 2001, s. 41). Profesjonelle sykepleiere som har evner å bruke seg selv terapeutisk, bruker bevisst egen personlighet og egne kunnskaper med hensikt å skape forandring hos den syke. Denne forandringen vil være terapeutisk når den lindrer den sykes plager (Travelbee, 2001, s.44).

1.2.8 Helsefremmende sykepleier-pasient-interaksjon

Helsefremmende sykepleier-pasient-interaksjon er basert i at sykepleieren engasjerer seg i en relasjon med pasienten som en unik person. Sykepleieren engasjerer seg for å se en hel person, og ikke bare en pasient med diagnoser og symptomer. Noen viktige aspekt ved helsefremmende interaksjon er at sykepleieren anvender bekreftende nærvær, viser respekt og medfølelse, er ærlig og viser forståelse for pasientens opplevelse av sårbarhet. I relasjon med pasienten skal sykepleieren støtte ham i å uttrykke både positive og negative følelser, og ikke bedømme hans opplevelser som reelle eller overdrevne. Ved hjelp av slike kvaliteter i sykepleier-pasient-interaksjonen kan sykepleiere fremme at pasienten føler seg som en hel person; å føle seg forstått og verdsatt anses som en eksistensiell erfaring som er helsefremmende (Haugan, 2014, s. 206-208).

1.2.9 Hjørnesteinene i sykepleier-pasient-relasjonen

I et eksistensialistisk perspektiv er sykepleier-pasient-felleskapet fundert på noen sentrale hjørnesteiner. Tre av disse er likeverdighet, møte/nærværenhet, åpenhet og innsikt.

Likeverdighet: Er selve nøkkelen i sykepleier-pasient-felleskapet. Handler om at et helhetlig jeg møter et helhetlig du.

Møte/nærværenhet: Ved at sykepleieren lytter, kan det føre til at sykepleieren når inn til pasientenes sykdomsinnsikt. Nærværenheten skal være autentisk, og gi en opplevelse av et jeg-du-forhold.

Åpenhet og innsikt: Når kontaktforholdet mellom sykepleier og pasient er trygt, vil åpenheten komme. Dersom sykepleieren er åpen, vil det gjøre det lettere for pasienten å åpne seg. Dette kan skape en gjensidig tillit mellom sykepleieren og pasienten (Hummelvoll, 2012, s. 39-43).

1.3 Formål med oppgaven

I møte med pasienter med ulike lungesykdommer i praksis ved sykepleierutdanningen, observerte jeg at mange pasienter med kols strevde med angst. Dette vekket min interesse og nysgjerrighet. Jeg ønsker dermed med denne litteraturstudien å undersøke og belyse hvordan sykepleieren kan bidra med å lindre angst til denne pasientgruppen uten medikamentelle tiltak, selv om medikamentelle tiltak ofte er livreddende i situasjoner hvor pasientene er innlagt på sykehuset.

1.4 Problemstilling og avgrensing:

«Hvordan kan sykepleieren bidra til å lindre angst hos pasienter med kols?»

Problemstillingen presiseres videre ved at kols-pasienten er innlagt i sykehus på grunn av eksaserbasjoner, og sykepleieren rettes mot å lindre angst fokuseres mot ikke-medikamentelle tiltak.

I denne oppgaven blir sykepleieren beskrevet som hun, og pasienten som han.

Kapittel 2. Metode

Metode er et redskap som brukes for noe man vil undersøke, og ved innhenting av informasjon som er relevante til undersøkelsen. To retninger for metode er kvantitative og kvalitative metoder. Kvantitativ metode gir informasjon i form av målbare enheter, mens kvalitativ metode gir informasjon om meninger og opplevelser som ikke kommer i form av målbare enheter (Dalland, 2017, s. 52).

2.1 Litteraturstudie som metode

I en litteraturstudie henter man inn informasjon fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2017, s. 208). Sykepleieutdanningens retningslinjer krever 7-10 relevante forskningsartikler som «funn» for å belyse problemstillingen. Denne litteraturstudien inkluderer både kvalitative og kvantitative artikler som gir informasjon om meninger og opplevelser, så vel som informasjon i form av statistiske sammenhenger.

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Denne oppgaven inkluderer både sykepleieperspektiv og pasientperspektiv; intensjonen er å finne frem til kunnskap som kaster lys over begge, både pasientens situasjon og sykepleierens perspektiv. For å kunne gi best mulig omsorg må sykepleieren vite hva pasienten selv tenker, føler og mener om sin egen situasjon. Videre inkluderes både menn og kvinner, da kols rammer begge kjønn. Den nyeste forskningen inkluderes; artiklene skal ikke være eldre enn 10 år, og har derfor tidsavgrensning fra 2011-2021. Norsk, dansk, svensk eller engelsk språk er inkludert for at jeg best mulig skal kunne tolke det som står i artiklene, i tillegg skal de inkluderte artiklene ha IMRaD struktur og være fagfellessvurdert. Tabell 2 lister opp de anvendte inklusjons- og eksklusjonskriteriene.

Tabell 2 Inklusjonskriterier og Eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">• Angstproblematikk hos kols-pasienter• Dyspné• Menn og kvinner• Sykepleieperspektiv• Pasientperspektiv• IMRaD struktur• Peer-reviewed• Artikler fra 2011-2021• Norsk, dansk, svensk eller engelsk artikkel	<ul style="list-style-type: none">• Eldre artikler enn 10 år.• Pårørendeperspektiv• Kreft og andre sykdommer

2.3 Søkehistorikk/søkestrategi

For å belyse problemstillingen søkte jeg etter artikler som belyste hva sykepleieren kan gjøre for å lindre angst hos pasienter med kols. Jeg valgte å ikke fokusere på den medisinske behandlingen som er legens ansvar. Fokus er derfor på hvordan sykepleieren kan lindre angst hos pasienter med kols ved hjelp av ikke-medikamentelle tiltak.

Databasene SveMed+, PubMed og Cinahl ble anvendt. Både PubMed og SveMed+ er databaser for medisin og helsevitenskap, mens Cinahl er database for sykepleie. De tre søkehistoriene er presentert i Tabell 3. I databasen SveMed+ brukte jeg søkeordene «Kronisk obstruktiv lungesykdom» som ga 559 treff og «sykepleie» som ga 6255 treff. Ved å kombinere «kronisk obstruktiv lungesykdom» AND «sykepleie», med avgrensninger som «peer reviewed» og en tidsavgrensning fra 2011 – 2021 fikk jeg opp 12 treff. Ved å lese overskriftene ble tre artikler funnet relevante for min problemstilling, men etter å ha lest hele teksten til de tre, ble kun 2 inkludert i oppgaven min.

I databasen PubMed ble søkeordne "pulmonary disease, chronic obstructive" AND "anxiety" AND "patients" brukt, med avgrensningene "free full text", "2014 – 2021", "English". Dette litteratursøket ga meg 255 treff, som ble gjennomgått: 32 sammendrag ble lest, mens 9 artikler ble lest i fulltekst, hvorav 2 ble inkludert. I databasen Cinahl brukte jeg søkeordene «COPD» med 23,773 treff, «MH Nursing care" OR "nursing care" med 339,495 treff, "breathlessness» med 5,124 treff, «MH Dyspnea" OR "dyspnea" med 16,559 treff. Søkeordene "breathlessness» og «MH Dyspnea" OR "dyspnea" ble slått sammen med OR. Dette ga 17,567 treff. Deretter ble søkeordene kobinert med AND, og avgrensningene «peer reviewed», og tidsavgrensningen 2011 – 2021: Dette gav 33 treff, hvorav 9 sammendrag og 5 fulltekster ble lest. Her ble 3 artikler inkludert.

Totalt ble 7 forskningsartikler inkludert (artikkel A-G, Tabell 3); 5 kvalitative studier, 1 kvantitativ studie og 1 mixed-method studie.

2.4 Søketablell

Tabell 3 Søketablell

Database/Dato	Søk	Søkeord	Antall treff	Avgrensninger	Valgte artikler
SveMed+/12.04 .2021	S1	Kronisk obstruktiv lungesykdom	559		0
	S2	Sykepleie	6255		0
	S3	S1 AND S2	26		0
	S4	S1 AND S2	12	Peer reviewed 2011 - 2019	2 (A,B)
Cinahl/29.04.20 21	S1	COPD	23,773		0
	S2	MH Nursing care OR nursing care	339,495		0
	S3	breathlessness	5,124		0
	S4	MH Dyspnea OR dyspnea	16,559		0
	S5	S3 OR S4	17,567		0
	S6	S1 AND S2 AND S5	33	Peer Reviewed 2011 - 2021	3 (C,D,E)
PubMed/29.04. 2021	S1	pulmonary disease, chronic obstructive [MeSH Terms]	255	2014 – 2021	2 (F,G)

	AND anxiety [All Fields] AND patients [All Fields]	Free full text English
Inkluderte artikler:		
<p>A. Andersen et al., 2011, Palliativ sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). (2011). <i>Klinisk Sygepleje</i>, 25(01), 48–56.</p> <p>B. Bjørnsland et al., 2012, Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus. (2012). <i>Nordisk tidsskrift for helseforskning</i>, 8(1), 20–33.</p> <p>C. Long et al., 2014, Improving Quality of Life in Chronic Obstructive Pulmonary Disease by Integrating Palliative Approaches to Dyspnea, Anxiety, and Depression. (2014). <i>Journal of Hospice & Palliative Nursing</i>, 16(8), 514–520.</p> <p>D. Jellington et al., 2016, Manoeuvring along the edge of breathlessness: An ethnographic case study of two nurses. (2016). <i>BMC Nursing</i>, 15(27).</p> <p>E. Jensen et al., 2013, A patient-centred approach to assisted personal body care for patients hospitalised with chronic obstructive pulmonary disease. (2013). <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 22(7–8), 1005–1015.</p> <p>F. Valenza et al., 2014, Effectiveness of Controlled Breathing Techniques on Anxiety and Depression in Hospitalized Patients With COPD: A Randomized Clinical Trial. (2014). <i>Respiratory Care</i>, 59(2), 209–215.</p> <p>G. Strang et al., 2014, Experience of anxiety among patients with severe COPD: A qualitative, in-depth interview study. (2014). <i>Palliative & Supportive Care</i>, 12(6), 465–472.</p>		

2.5 Vurdering av de inkluderte artiklene

Ifølge Dalland (2017, s. 150) skal kildene eller informasjonen som er funnet vurderes både med tanke på kvalitet og om den er relevant for oppgaven; Dalland benevner dette som «informasjonskompetanse» - som er evnen til å søke og finne informasjon og vurdere denne informasjon kritisk med tanke på om den er relevant og pålitelighet.

Først ble forskningsartiklene vurdert i lys av relevans for problemstillingen. For å sjekke om de var pålitelige sjekket jeg at alle de inkluderte artiklene var fagfellesvurdert, som vil si at andre eksperter innenfor faget har gransket og vurdert artikkelen kritisk før den ble publisert (Svartdal, 2021). Alle artiklene hadde IMRaD-struktur som står for Introduction, Methods, Results and Discussion (Dalland, 2017, s. 163). Videre har jeg sjekket artiklene opp mot sjekklisten til Helsebiblioteket (2016) for vurdering av kvalitative og kvantitative forskningsartikler, samt sjekket om tidsskriftene var registrert i NSD sitt register over vitenskapelige publiseringskanaler, nivå 1 og nivå 2. Nivå 1 er publiseringskanaler vurdert til å tilfredsstille minimumskravet til vitenskapelighet, og nivå 2 er det høyeste nivået den vitenskapelige publiseringskanalen kan få. Kriterier for at tidsskriftet skal kunne få nivå 1 er at tidsskriftet må være identifiserbare med et gyldig ISSN, ha en vitenskapelig redaksjon, ha rutiner for ekstern fagfelleevaluering og ha en nasjonal eller internasjonal forfatterkrets (NSD, 2021). Alle de 7 inkluderte artiklene er nivå 1 eller nivå 2.

2.6 Analyse

I analysearbeidet valgte jeg å bruke Evans analysemodell (Evans, 2002) som involverer fire trinn for analyse og fremstilling av data.

I trinn 1 er det innsamling av data (Evans, 2002). Hvordan jeg gjennomførte innsamling av data har jeg beskrevet tidligere i oppgaven, under søkeprosessen. Jeg fant til sammen syv forskningsartikler, som gikk igjennom flere vurderingskriterier som vist i metodekapittelet.

I trinn 2 er det identifisering av hovedfunn (Evans, 2002). I denne fasen leste jeg igjennom de syv forskningsartiklene flere ganger, og noterte meg ned funnene fra hver artikkel i et eget dokument.

I trinn 3 skal funnene sammenlignes med hverandre og sorteres i kategorier (Evans, 2002). I dokumentet hvor jeg noterte ned funnene for hver artikkel, brukte jeg fargekoder for å sammenligne funnene, og de temaene som gikk igjen. Funnsom handlet om pasientopplæring ble markert grønn, funnsom handlet om pasientmedvirkning ble markert blått og funnsom omhandlet sykepleier-pasient-relasjonen ble markert rosa. Deretter sorterte jeg hovedtemaene og undertemaene i en tabell som vises under i tabell 4.

I trinn 4 skal man lage en beskrivelse og syntese av funnene man har kommet fram til (Evans, 2002). Tabell 4 som jeg lagde i forbindelse med trinn tre, viser selve syntesen. Beskrivelsen av syntesen vil bli grundigere presentert i resultatkapittelet 3.1.

Tabell 4 Kategorier og under-kategorier av funn

Pasientopplæring	Pasientmedvirkning	Sykepleier-pasient-relasjon
- Informasjon og veiledning	- Informasjon - Kunnskap	- Nærhet og tid - Kommunikasjon

Kapittel 3. Resultater

Tabell 5 presenterer en artikkelmatrise som presenterer forskningsartiklene jeg har inkludert i oppgaven min. Deretter presenteres beskrivelse og syntese av funnene på tvers av de inkluderte studiene.

Tabell 5 Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer
A. Andersen et al., 2011, Palliativ sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). (2011). <i>Klinisk sykepleje</i> , 25(01), 48-56	Målet med studien er å beskrive sykepleiernes erfaringer med å bruke palliativ omsorg til pasienter med kols, som plages med angst og dyspne, mens de er innlagt på sykehus.	Kvalitativ studie, med kvalitativ tilnærming, hvor fenomenologi og hermeneutikk har stått sentralt i bearbeidelse og forståelse av det innsamlede materialet. Det ble gjennomført samtaleintervju hos 7 utvalgte sykepleiere ved en lungeavdeling.	Fire hovedtemaer ble funnet: Sykepleierne stiller store krav til seg selv om å hjelpe, Nærhet og tid, Solidaritet med KOLS-pasienten og Pasientopplæring avlaster sykepleierne.	Relevant for min oppgave ettersom at studien tar for seg ulike tiltak for hvordan sykepleieren kan bidra til å mestre og lindre angst og dyspne til pasienter med kols.
B. Bjørslund et al., 2012, Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus. (2012). <i>Nordisk tidsskrift for helseforskning</i> , 8(1), 20-33.	Å øke kunnskapen om hvordan pasienter med kols som er innlagt på sykehuset grunnet kolsforverring erfarer og opplever brukermedvirkningen.	Kvalitativ studie, hvor det ble utført intervjuer av 6 pasienter med kols.	Hovedfunnene i studien var at pasientene erfarte brukermedvirkning når de var tydelige på egne behov og bevisst egen kunnskap. Pustebesvær, manglende krefter og lav tiltro til egen erfaring hemmet medvirkning. Ved at sykepleierne viste omsorg og forståelse, kjente pasienten og hadde tid til pasienten fremmet pasientenes medvirkning. Travelhet	Relevant for min oppgave ettersom den tar for seg hva som fremmer pasientmedvirkning og hva som hemmer pasientmedvirkning. Tar for seg at når pasientmedvirkningen fremmes, gir det følelsen av bedre kontroll på dyspnéen slik at de taklet angsten bedre.

			og mangel på respekt hemmet medvirkningen.	
C. Long et al., 2014, Improving Quality of Life in Chronic Obstructive Pulmonary Disease by Integrating Palliative Approaches to Dyspnea, Anxiety, and Depression. (2014). <i>Journal of Hospice & Palliative Nursing</i> , 16(8), 514-520.	Studiens hensikt er å evaluere brukervennligheten og gjennomførbareten av å behandle dyspné, angst og depresjon hos KOLS pasienter for å øke livskvaliteten.	Mixed-method studie. Det ble brukt kvalitative metoder for å undersøke muligheten for å integrere palliativ behandling inn i KOLS behandlingen ved hjelp av intervju, og en kvantitativ spørreundersøkelse for å kartlegge pasientene både før, under og etter programmet. 13 pasienter deltok i studien, men kun 11 fullførte.	Deltakere som fullførte studien svarte med at det hadde vært en forbedring av livskvalitet. Dette kommer fra hjelp med ulike puste- og hosteteknikker som har lindret angst og dyspné.	Relevant for min oppgave ettersom at studien tar for seg at ikke farmakologiske tiltak, som f.eks. ulike pusteteknikker som har bidratt til å lindre angst og dyspné.
D. Jellington et al., 2016, Manoeuvring along the edge of breathlessness: An ethnographic case study of two nurses. (2016). <i>BMC Nursing</i> , 15(27).	Utforske sykepleier-pasient-interaksjonen i situasjoner der pasienter med kols opplever akutt eller forverret dyspné på sykehuset.	Kvalitativ studie, med miksede metoder. Observasjon av sykepleierens interaksjon med pasienter, og kvalitativt dybdeintervju av sykepleiere. 2 sykepleiere var informanter i studien, og seks pasienter med kols.	Manøvrering langs kanten innebærer en tilnærming hvor sykepleieren sikrer at pasienten ble tatt vare på, uten å utløse eller forverre pasientens dyspné. Dyspné innenfor normalen som innebar aktivisertassosiert dyspné og kronisk vedvarende dyspné. Dyspné utenfor normalen innebar akutt dyspné. Sykepleierne vekslet mellom implisitte og eksplisitte tilnærminger og å skape en sfære får å lindre eller unngå forverring av dyspné.	Relevant for min oppgave ettersom den tar for seg sykepleietiltak for å lindre eller unngå forverring av dyspné, og tilnærminger for å bryte angst-/dyspnésirkelen .

<p>E. Jensen et al., 2013, A patient-centred approach to assisted personal body care for patients hospitalized with chronic obstructive pulmonary disease. (2013). Journal of Clinical Nursing, 22(7-8), 1005-1015.</p>	<p>Å utforske hvilke erfaringer pasienter med kols har med å motta personsentrert personlig pleie.</p>	<p>Kvalitativ studie med miksede metoder. Det ble gjennomført dybdeintervju og deltakerobservasjoner under stell. 11 pasienter deltok i studien.</p>	<p>Pasientene opplevde pasientsentrert omsorg forskjellig fra pleie de har mottatt tidligere. Pasientene opplevde at de var mer aktive i pleien, og fikk følelsen av anerkjennelse, at de fikk tiden de trengte og følelsen av sikkerhet. Kartleggingsverktøy for vurdering av dyspné ble benyttet, og viste hva som økte dyspné og angst, og hva som fungerte for å redusere det.</p>	<p>Relevant for min oppgave da den tar for seg hva som kan øke dyspné og angst hos pasienter med KOLS, og hva slags sykepleietiltak som kan redusere dyspné og angst.</p>
<p>F. Valenza et al., 2014, Effectiveness of Controlled Breathing Techniques on Anxiety and Depression in Hospitalized Patients With COPD: A Randomized Clinical Trial. (2014). Respiratory Care, 59(2), 209-215.</p>	<p>Sammenligne effekten av et 10-dagers kontrollert pusteprogram og standardbehandlingen for pasienter som er innlagt på sykehuset grunnet kolsforverring.</p>	<p>Kvantitativ studie. Randomisert kontrollert metode. Studien brukte spørreskjema for å måle angst, depresjon og livskvalitet før og etter programmet. 46 personer deltok i studien.</p>	<p>Pusteprogrammet viste stor effekt på dyspne og angst hos pasientene som var med i intervensjonsgruppen.</p>	<p>Relevant for min oppgave ettersom at studien viser at pusteprogrammet viste stor effekt på dyspne og angst.</p>
<p>G. Strang et al., 2014, Experience of anxiety among patients with severe COPD: A qualitative, in-depth</p>	<p>Målet med denne studien var å utforske alvorlig syke KOLS-pasienters opplevelse av angst og deres strategier for å lindre angst.</p>	<p>Kvalitative studie. Det ble intervjuet 31 pasienter med KOLS stadium III eller IV. Intervjuene ble analysert ved hjelp av en tematisk</p>	<p>De fleste av pasientene hadde opplevd angst assosiert med KOLS. Det ble funnet tre hovedtemaer: dødsangst, livsangst og motvekt til angst. Motvekter mot angst handlet om å takle følelsen av kvelning,</p>	<p>Relevant for min oppgave ettersom at studien tar for seg strategier for å mestre angst og dyspné.</p>

interview study. (2014). Palliative & Supportive Care, 12(6), 465–472.		innholdsanalysetilnærming.	unngåelsesstrategi og en følelse av glede som trosset deres sårbare situasjon.	
--	--	----------------------------	--	--

3.1 Presentasjon av resultater

Hensikten med denne litteraturstudien var å finne frem til kunnskap om hvordan sykepleieren ved hjelp av ikke-medikamentelle tiltak kan bidra til å lindre angst hos pasienter med KOLS innlagt i sykehuset med KOLS forverring. Analysen av de inkluderte artiklene gav tre hovedtemaer som presenteres videre.

3.2 Sykepleier-pasient-relasjonen

Flere av forskningsartiklene fremhever sykepleier-pasient-relasjonen, og dens betydning for å lindre angst (Andersen et al., 2011; Jensen et al., 2013; Bjørslund et al., 2012; Jellington et al., 2016). Bjørslund et al. (2012) belyser at samarbeidet mellom sykepleieren og pasienten blir framstilt som et trøstende mellommenneskelig forhold. Sykepleierens pasientsentrerte tilnærming så ut til å gi mottakelighet for deltakernes tanker og følelser, noe som antyder en opplevelse av anerkjennelse og aksept av deltakernes situasjon. Andersen et al. (2011) uttrykker at sykepleierne som bruker seg selv personlig og kreativt, samt beholder roen når pasienten er oppkavet hjelper pasienten til å mestre angst og dyspne. Strang et al. (2014) viser til pasienter som stolte på sykepleierne og annet helsepersonell når de ble innlagt for akutt dyspné og angst; å ha tillitt gjør at pasienten lytter og takker ja til de tiltakene som foreslås. Jellington et al. (2016) belyser at når sykepleierne er mer åpne om sine handlinger, vil det styrke deres evne til å oppnå en felles forståelse med pasienten, som til slutt vil kunne forbedre omsorgen for pasienter med dyspné

3.2.1 Kommunikasjon

Kommunikasjon mellom pasient og sykepleier ble fremhevet som sentral for samhandlingen (Andersen et al., 2011; Jensen et al., 2013). Når sykepleieren tok seg tid til å sette seg ned på sengekanten og prate med pasienten under et angst- og dyspnéanfall, førte det ofte til at pasienten roet seg. Ved nærhet og kommunikasjon/samtale med pasienten opplevde flere av informantene at pasientene åpnet opp for å dele sin bekymring for angst og dyspné (Andersen et al., 2011).

Bruk av kommunikasjon for å planlegge dagen til pasienten var av betydning for å lindre angst og dyspné (Jensen et al., 2013; Andersen et al., 2011). Kommunikasjon mellom pasienten og sykepleieren hadde en innvirkning på opplevelsen av pasientsentrert assistert personlig kroppspleie, og fikk pasientene til å føle seg trygge. Sykepleietiltak med nonverbale tegn og signaler så som berøring ble fremhevet med tanke på å lindre angst (Jellington et al., 2016; Andersen et al., 2011). Funn fra studien til Andersen et al. (2011) viste at sykepleierne ofte oppfattet pasientene som så preget av angst og dyspné at verbal kommunikasjon ikke var effektiv; da kunne nonverbale tegn og signaler som fremmet trygghet være til hjelp.

Når sykepleierne var oppmerksomt til stede i situasjoner med pasienter vektla de å unngå og/eller provosere eller forverre pasientens dyspné (Jellington et al., 2016); strategien «manøvrering langs kanten» representerer en tilnærming der sykepleiere hele tiden prøver å være eller handle for å sikre at pasientene ble tatt vare på uten å utløse eller forverre dyspnéen. Det ble ofte brukt en implisitt eller en eksplisitt tilnærming ved «manøvrering langs kanten». I den implisitte tilnærmingen ble sykepleierens overveielser og handlinger for å lindre eller unngå ytterlige forverringer av dyspné ikke diskutert fordi sykepleierne følte at pasientene var i mindre stand til å forholde seg til sykepleierens tanker og handlinger under et dyspneisk anfall. De mente at det var viktigere å hjelpe og støtte, isteden for å forklare. Denne tilnærmingen ble ofte brukt da sykepleiere samhandlet med pasientene. Den eksplisitte tilnærmingen handlet om å forhandle og forklare sine inngrep for pasientene. Denne forhandlingen ble gjerne brukt da sykepleieren vurderte pasientens dyspné som akutt.

3.2.2 Nærhet og tid

Flere av forskningsartiklene fremhever at nærhet og tid fra sykepleieren skaper trygghet for pasientene, som igjen vil kunne være med å bryte angst-dyspnésirkelen (Andersen et al., 2011; Jensen et al., 2013; Jellington et al., 2016; Bjørslund et al., 2012).

Nærhet som blant annet at sykepleieren er til stede hos pasienten, holder rundt han, støtter og tilrettelegger for han slik at han ikke var alene (Andersen et al., 2011) var vesentlig. Sykepleierne mente at denne nærheten kunne skape trygghet og være med på å bryte angst-dyspnésirkelen. Samtidig viste en studie at sykepleiernes opplevelse av tidspress og høy fysisk aktivitet kunne øke risikoen for eskalerende pustebesvær, mens sykepleiere som viser omsorg i form av nærhet og tid bidro til å lindre dyspné og angst (Jensen et al., 2013). At sykepleierne synliggjorde at de hadde tid til kolspasientene bidro til lettelse og trygghet hos pasientene innlagt på sykehuset pga. akutt pustebesvær (Bjørslund et al., 2012), samt at sykepleiere som pasienten kjente fra før var tilgjengelige. Dette gjorde det også lettere for pasienten å fremme egne meninger og stille spørsmål.

3.3 Informasjon, veiledning og pasientopplæring

Behovet for informasjon, veiledning og pasientopplæring går igjen i alle de syv forskningsartiklene som sentrale sykepleietiltak for å lindre eller forebygge angst og dyspne (Andersen et al., 2011; Strang et al., 2014; Valenza et al., 2014; Long et al., 2014; Jensen et al., 2013; Jellington et al., 2016; Bjørslund et al., 2012). Andersen et al. (2011) viser til at pasienter som har fått informasjon og opplæring i å leve med KOLS ofte hadde bedre sykdomsinnsikt, og hadde lært seg å mestre anfall bedre. Dette førte til at det ble lettere for sykepleierne å hjelpe kols-pasienter med angst- og dyspnéanfall. Strang et al. (2014) viser til at når pasientene hadde fått opplæring kunne han bruke strategiene han hadde lært for å håndtere dyspné, og derved lindre angst; med hjelp av pusteteknikker, sette seg ned, åpne vindu, og unngå stress. Pusteteknikker var effektivt for å redusere dyspné og angst, og flere studier viser til opplæring av dette (Long et al., 2014; Valenza et al., 2014; Bjørslund et al., 2012; Strang et al., 2014; Andersen et al., 2011). I studien til Long et al. (2014) blir det fremhevet at flere av pasientene som deltok ikke var klar over disse teknikkene før de deltok i studien. Jensen et al. (2013) belyste at informasjon gjorde det lettere å planlegge hva som skulle skje under stellet, og muligheten å få kunnskap om hvordan visse aktiviteter påvirket pasientenes pust. Dette førte til at pasientene følte seg trygge nok til å teste ut sine evner og utfordre

pustebeesværet, og ga kontroll og avklaring på hvordan man selv kan takle dyspné og angst etter utskrivning av sykehuset.

3.4 Pasientmedvirkning

Flere av studiene tar for seg pasientmedvirkning blant pasienter med kols innlagt på sykehuset, og at informasjon var sentralt for å kunne medvirke (Bjørnsland et al., 2012; Jensen et al., 2013; Jellington et al., 2016). Bjørnsland et al. (2012) tar for seg at kunnskap og medvirkning bidro til at pasientene ble tryggere på seg selv ved å bruke ulike teknikker for å lindre angst relatert til dyspné. Studien belyser også at medvirkning gjorde pasientene tryggere på å ringe nødnummer dersom pustebeesværet ikke forbedret seg. Pasientene i studien til Jensen et al. (2013) utdypet at muligheten for å ta det med ro og ta en pause under stellet var avgjørende for å minimere risikoen for eskalerende pustebeesvær. Når pasientene følte at deres behov for pause under stell ble anerkjent av sykepleiere ble det mulig for dem å bidra på sine egne premisser; dette fikk dem til å føle seg mer selvhjulpen. Bruken av kartleggings skjema for vurdering av dyspné gjorde at pasienten fikk følelse av medvirkning, og at stellet ble utført i samsvar med deres ønsker. Andersen et al. (2011) opplyser at pasientene har ulike individuelle behov som må lyttes til. Noen trengte kun en forstøver, og var fornøyd med det, mens andre ønsket at sykepleieren skulle være til stede.

Jellington et al. (2016) belyser at sykepleierne unngikk å reflektere med pasientene og unngikk å søke pasientenes egen vurdering av dyspne, for å forhindre forverring av dyspné. Ved en implisitt tilnærming mister sykepleierne muligheten til å inkludere pasienten. I studien til Bjørnsland et al. (2012) kom det fram at kolspasientene ofte opplevde at sykepleierne var for travle for lengre samtaler. Det førte til at pasientene ikke stilte spørsmål de ønsket svar på, og vanskeliggjorde deres medvirkning. Vaktskifter med nye sykepleiere førte også til at pasientene ikke stilte viktige spørsmål eller diskuterte ulike aspekt ved behandlingen. Dette var fordi pasientene ikke hadde tillit til de ukjente sykepleierne, slik ble deres medvirkning ble hindret.

Kapittel 4. Diskusjon

I diskusjonskapittelet vil jeg drøfte egne erfaringer fra praksis, teori og funn fra forskningsartiklene jeg har inkludert opp mot min problemstilling; «Hvordan kan sykepleieren bidra til å lindre angst hos pasienter med kols?». Dette kapittelet vil også inkludere implikasjoner for sykepleiefaget/praksis, samt styrker og svakheter med litteraturstudien.

4.1 Sykepleier-pasient-relasjonen for å lindre og mestre angst med kommunikasjon, nærhet og tid

Hummelvoll (2012, s. 39-43) fremhever likeverdighet som selve nøkkelen for sykepleier-pasient-felleskapet, og handler om at et helhetlig jeg møter et helhetlig du. Det samsvarer med det Haugan (2014, s. 206-208) tar for seg om sykepleier-pasient-interaksjonen; at sykepleieren skal engasjere seg i en relasjon med pasienten som en unik og hel person, og ikke bare en pasient med diagnoser og symptomer. Andersen et al., 2011 hevder at dersom sykepleieren bruker seg selv som et redskap kan det styrke pasientrelasjonen. Det innebærer at sykepleieren har et bekreftende nærvær basert på respekt, medfølelse, ærlighet og forståelse for pasientens sårbarhet (Haugan, 2014, s. 206-208). Sykepleiere ser på seg selv som redskapet som skal skape de terapeutiske omgivelsene (Andersen et al., 2011); når kols-pasienten hadde akutt dyspné, og når medikamentelle tiltak ikke var tilstrekkelig er sykepleiernes tilnærming til pasienten, eksempelvis evnen til å beholde roen når pasienten var oppkavet, av stor betydning til å lindre angst. Travelbee (2001, s.41) mener at behovene til pasientene som blir ivaretatt, opptrer av en sykepleier som anvender en intellektuell tilnæringsmåte til problemer, sammen med evnen til å bruke seg selv terapeutisk. Sykepleiere som har evnen til å bruke seg selv terapeutisk, bruker bevisst egen personlighet og egne kunnskaper med hensikt å skape forandring hos den syke (Travelbee, 2001, s.44).

Funn i studien til Jensen et al. (2013) viser at sykepleiernes pasientsentrerte tilnærming så ut til å gi mottakelighet for kols-pasientenes tanker og følelser, og opplevelsen av anerkjennelse og aksept for pasientenes situasjon. Hummelvoll (2012, s. 39-43) underbygger dette ved å fremheve åpenhet og innsikt. Han mener at når forholdet mellom sykepleier og pasient er trygt, vil åpenheten komme. Jensen et al. (2013) forklarer at kols-pasienter som ble innlagt på sykehus på grunn av akutt dyspné ofte følte seg svært utrygge, noe som forverret pustebesværet. Noe som viser seg å gi pasienter med kols følelse av trygghet er sykepleiere de kjente til fra tidligere (Jensen et al., 2013; Bjørslund et al., 2012). Det kan derfor sees i sammenheng at dersom sykepleieren kjente kols-pasienten fra tidligere, gjorde det lettere å hjelpe han til å mestre angst- og dyspnéanfall (Andersen et al., 2011). Det samsvarer med Travelbee (2001, s.41) sin sykepleieteori som fremhever et menneske-til-menneske-forhold i sykepleie involverer en eller flere opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og den syke, eller som har behov for sykepleierens tjenester. Dette forholdet har med hensikt å ivareta pasientens behov for sykepleie.

4.1.1 Nærhet og tid for å styrke sykepleier-pasient-relasjonen

Andersen et al. (2011) beskriver nærhet som det å være til stede hos pasienten, holde rundt ham, støtte godt opp om han, tilrettelegge, legge putene skikkelig, sette opp vinduet, stryke over ryggen slik at pasienten følte at han/hun ikke var alene. Når sykepleieren viser denne nærheten, vil dette kunne skape følelse av trygghet, som igjen

vil kunne bidra til å bryte angst-dyspnésirkelen. Ved nærhet og kommunikasjon opplevde flere av sykepleierne at pasientene åpnet opp for å dele sin bekymring for angst og dyspné. Dette samsvarer med Hummelvoll (2012, s. 39-43) hjørnestein møte/nærværenhet; Ved møte/nærværenhet vil sykepleieren kunne nå inn til pasientenes sykdomsinnsikt ved at sykepleieren lytter, og vil kunne gi opplevelse av et jeg-du-forhold. Jensen et al. (2013) fremhever sykepleiere som viser omsorg i form av nærhet og tid, vil bidra til å lindre dyspné og angst hos pasienter med kols. Dersom sykepleierne synliggjør at de har tid til kols-pasientene vil det bidra til følelse av lettelse og trygghet hos pasientene innlagt på sykehuset pga. akutt pustebesvær (Bjørnsland et al., 2012). Jeg har erfart lignende i praksis, i møte med en kols-pasient som plagdes med mye angst. Denne pasienten ønsket at jeg skulle sitte inne på rommet med han å se på TV da han hadde økende angst. Han uttrykte at han trengte noen sammen med han, noe som for han skapte følelsen av trygghet. Denne nærheten fra meg bidro til redusert angst hos denne pasienten.

Opplevelse av tidspress øker risikoen for eskalerende pustebesvær og angst for kols-pasienten (Jensen et al., 2013; Andersen et al., 2011). Mangel på tid blir formidlet som stress for pasienter med kols (Andersen et al., 2011). Kols-pasienter merker fort dersom sykepleiere har dårlig tid. Dette skaper en følelse av utrygghet, som kan forsterke angsten. Dersom angsten får dominerende, vil det kunne føre til eskalerende pustebesvær. Det tar tid til å hjelpe kols-pasienter, og det er derfor viktig at sykepleieren ikke lar seg påvirke og stresse av det (Andersen et al., 2011). Det kan tenkes at dette er vanskelig for sykepleieren å gjennomføre i praksis, ettersom at andre faktorer som travelhet i avdelingen og mangel på ressurser kan skape tidspress.

4.1.2 Kommunikasjon som styrker sykepleier-pasient-relasjonen

Betydningen av god kommunikasjon mellom sykepleieren og pasienten fremheves for å lindre angst (Andersen et al., 2011; Jensen et al., 2013; Jellington et al., 2016). Kommunikasjon er når det er en utveksling av verbale- og nonverbale tegn og signaler mellom to eller flere parter, og fysisk kontakt som berøring er et eksempel på nonverbal tegn/signal (Eide & Eide, 2017, s. 140). Sykepleietiltak med nonverbale tegn og signaler som berøring for å lindre angst blir fremhevet (Jellington et al., 2016; Andersen et al., 2011). Ved kommunikasjon med kols-pasienter er sykepleieren oppmerksom til stede for å unngå å provosere eller forverre pasientens dyspné (Jellington et al., 2016); strategien «manøvrering langs kanten» viser til to tilnærminger for å unngå å provosere eller forverre pasientens dyspné; implisitt og eksplisitt tilnærming. I den implisitte tilnærmingen blir det ikke diskutert sykepleierens tanker og handlinger for å lindre eller unngå forverring av dyspné, ettersom sykepleierne følte at pasienten var i mindre stand til å forholde seg til sykepleiernes tanker og handlinger under et dyspneisk anfall. Det var derfor mer effektivt å støtte, isteden for å forklare. Dersom kols-pasienten er så preget av angst og dyspné er det ikke alltid effektivt med verbal kommunikasjon. Da kan det hjelpe med blant annet nonverbale tegn og signaler som fremmer trygghet (Andersen et al., 2011). Denne nonverbale formidlingen fra sykepleieren vil kunne bidra til å bygge tillitt og trygghet (Eide & Eide, 2017, s. 137). Den eksplisitte tilnærmingen handlet om å forhandle og forklare sine handlinger for pasientene, som hvorfor det var av betydning å ha på maske under NIV-behandling da pasienten hadde akutt dyspné (Jellington et al., 2016). Samme tilnærming ble vist i Andersen et al. (2011), hvor sykepleieren måtte kommunisere og overtale for at kols-pasienten skulle ha på seg maske under NIV-behandling, da han hadde så lav en oksygenmetning. Sykepleieren hadde også tatt masken på seg selv for å vise hvordan den fungerte. Ifølge Bekkelund et al. (2016, s.

150) kan det å prate for kols-pasienter med akutt dyspné være anstrengende, og belyser at sykepleieren bør kun stille spørsmål som krever enstavelsesord til svar. I lys av dette kan en tenke seg at en implisitt tilnærming fører til at kols-pasienten kun trenger å fokusere på å mestre dyspnéen og angsten, uten å måtte kommunisere med sykepleieren. Med en eksplisitt tilnærming er det nærliggende å tro at kols-pasientens pust kan forverre seg, ettersom det kan kreve mer kommunikasjon.

Eide & Eide (2017, s.16-17) tar for seg at god profesjonell kommunikasjon er personorientert. Personorientert kommunikasjon omhandler blant annet å se og respektere hva pasienten opplever som verdifullt og viktig for egen del. Personorientert kommunikasjon innebærer å lytte aktivt, og ser det som viser seg indirekte via ordvalg, kroppsspråk, stemmebruk og ansiktsuttrykk (Eide & Eide, 2017, s. 16-17). Andersen et al. (2011) belyser at kommunikasjon er viktig for å få kontakt med pasienter under angst- og dyspnéanfall, og at sykepleierne opplevde at pasientene åpnet seg opp for å dele sin bekymring for angst og dyspné. Kommunikasjon ble også sett på som viktig for å planlegge dagen til pasienten. Gjennom god planlegging av dagens stell kunne det være med på å hjelpe pasienten til å mestre og redusere angst og dyspne, samt ha krefter til overs (Andersen et al., 2011; Jensen et al., 2013). Jeg har erfart lignende i praksis. Det var en pasient med kols som plagdes veldig med dyspné og angst. Han hadde i flere dager takket nei til hjelp av morgenstell, for bekymring for å forverre dyspnéen og dermed øke angsten ytterligere. Da pasienten var våken spurte jeg om han ønsket hjelp til morgenstell, og fortalte han på forhånd at morgenstellet skulle skje med respekt på hans ønsker. Han kunne bestemme om vi skulle på badet, eller om han ønsket å ligge i sengen. Jeg sa også til pasienten at han måtte si i fra dersom han trengte pauser igjennom stellet, og sa det også flere ganger under stellet. Jeg betrygget han om at vi skulle bruke den tiden vi trengte, og lot ikke tidspress presse. Morgenstellet ble dermed utført i seng, med hjelp av flere pauser. Pasienten uttrykte i etterkant av morgenstellet at han følte seg ivaretatt, trygg og respektert, samt at denne tryggheten bidro til lindring av pasientens angst. Ettersom at morgenstellet ble utført i seng, hadde han også krefter nok til å gå ut av rommet, og gå litt i avdelingen - første gang på flere dager. Det kan derfor tenkes at denne tilnærmingen funker for kols-pasienter med akutt dyspné med angst, ettersom at det skaper følelsen av trygghet, og derav redusert angst.

4.2 Pasientmedvirkning for å lindre angst

Bjørslund et al. (2012) viser til at kols-pasienter ønsker mer informasjon om egen sykdom og behandling for å selv kunne være med å medvirke. Det førte til at kols-pasienten følte at han hadde bedre kontroll på dyspnéen, og dermed taklet bedre angsten. Pasienter med kols har erfart å medvirke og ikke medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester (Bjørslund et al., 2012), selv om det er en lovfestet rettighet hos pasienter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Bjørslund et al. (2012) fremhever faktorer som fremmer og hemmer pasientmedvirkning. Faktorer som fremmer pasientmedvirkning, er at sykepleieren viser respekt, omsorg, tid og er kjent for pasienten. Faktorer som hemmer pasientmedvirkning, er travle sykepleiere, ukjente sykepleiere og opplevelsen av mangel på respekt. Dette fører til at pasientene ikke stiller spørsmål om egen sykdom og behandling. Opplevelsen av mangel på respekt kan sees i sammenheng med stigmatiseringen av kols-pasienter, ettersom at kols i flere tilfeller er røykebettinget. Dette kan gi kols-pasienten følelsen av skyldfølelse og skam (Andersen et al., 2011). Det kan derfor være nærliggende å tro at manglende respekt er et grunnlag for

en dårlig sykepleier-pasientrelasjon. Denne påstanden støttes opp av Haugan (2014, s. 206-208), hvor hun fremhever respekt som en sentral kvalitet i helsefremmende sykepleier-pasient-interaksjon.

Sykepleiere som kjente godt til pasientene var til hjelp og støtte til pasientene, hvor denne forståelse fremmet medvirkning. Pasientene opplevde at trygghet og forutsigbarhet gjorde det lettere å medvirke. Funn i studien til Jensen et al. (2013) viser at bruk av kartleggings skjema for vurdering av dyspné vil gi en pasientsentrert tilnærming, som vil skape en felles forståelse av pasientenes ønsker og behov, og opplevelsen av at stellet blir utført i samsvar med pasientens ønsker. Borg skala er et kartleggings skjema for vurdering av dyspné, som sykepleieren kan oppfordre pasienten til å bruke. Dermed kan pasienten selv vurdere grad av dyspné fra 0 til 12. Bruk av Borg skala kan fortelle om pasientens opplevelse av dyspné, hvor plagsom dyspnéen er, og hvor sliten pasienten føler seg her og nå (Bakkeland et al., 2016, s. 141). Jensen et al. (2013) belyser at når sykepleieren oppmuntrer kols-pasientene til å ta pauser under stell, vil det gjøre det mulig for pasientene å bidra på egne premisser, forbedring av dyspné, redusert angst og følelsen av selvbestemmelse. Ifølge selvbestemmelsesteorien til Deci & Ryan (2008) er behovet for autonomi, tiknytning og kompetanse tre grunnleggende psykologiske behov som styrker menneskes indre motivasjon, hvor behovet for selvbestemmelse/autonomi ivaretas gjennom kommunikasjon dersom sykepleieren lytter aktivt, finner ut hva pasienten selv tenker og anser som viktig, og tilrettelegger for medbestemmelse om mål og veien videre (Eide & Eide, 2017, s. 19-20).

Jellington et al. (2016) belyser at sykepleieren får et dilemma ved å ta hensyn til pasientmedvirkningen når de bruker en implisitt tilnærming i strategien «manøvrering langs kanten». Det baseres på at sykepleierne følte at pasientene var i mindre stand til å forholde seg til sykepleierens tanker og handlinger under et dyspneisk anfall, og derfor unngikk sykepleierne å reflektere med pasientene og å søke pasientenes egen vurdering av dyspnéen. Dermed kommer sykepleieren i en klemme hvor to motsatser fremtrer; Å involvere eller beskytte pasienten. Likevel har kols-pasienter individuelle behov (Andersen et al., 2011), og det kan være nærliggende å tro at sykepleieren kan spørre pasienten med enkle ja/nei spørsmål om han ønsker å bli inkludert i hennes tanker og reflektere sammen med henne under et dyspneisk anfall eller ikke.

4.3 Pasientopplæring, informasjon og veiledning for å lindre angst

Informasjon, veiledning og pasientopplæring blir vist i (Andersen et al., 2011; Bjørslund et al., 2012; Jellington et al., 2016; Jensen et al., 2013; Strang et al., 2014; Valenza et al., 2014; Long et al., 2014) som effektive sykepleietiltak for å lindre angst og dyspné.

Kristoffersen et al. (2016, s.19) fremhever at sykepleiere skal møte behovet for kunnskap og forståelse som er nødvendig for at pasienten skal kunne ivareta egen helse. Ved at sykepleieren gir informasjon og veiledning bidrar dette til læring, utvikling og mestring. Strang et al. (2014) belyser at pasientopplæring gjør at pasienten vil stole på sin egen evne, og bruke strategier som de har lært for å mestre dyspné og angst. Informasjon og pasientopplæring fører til at sykepleieren og pasienten sammen kan utvikle mestringsstrategier under akutte faser av dyspné og angst (Andersen et al., 2011). Dette samsvarer med Lazarus & Folkman (1980) sin mestringsteori. De tar for seg problemorientert mestring og emosjonelt orientert mestring som to strategier for å håndtere stressende situasjoner (Folkman & Lazarus, 1980). Problemorientert mestring

handler om å håndtere problemet som forårsaker stresset, ved hjelp av strategier som innhenting av informasjon, søke råd fra andre og tidligere erfaringer (Folkman, 2013). Ifølge Bakkellund et al. (2016, s. 118) kan informasjon og undervisning styrke ressursene til kols-pasienten slik at han selv i størst mulig grad kan ta ansvar for forebygging og behandling. Pasienter med kols som har tiltro til at de mestrer å kontrollere anfall med dyspné og tar ansvar for behandlingen ved forverringer, kan oppleve mindre dyspné, angst og depresjon. Sykepleieren har derfor et viktig ansvar å gi denne informasjonen til kols-pasienter; som informasjon om selve sykdommen, normalfysiologi og om virkning og bivirkninger av legemidler, samt undervisning og veiledning av leppepusteteknikker, dype inspirasjoner og forsert ekspirasjonsteknikker (Bakkellund et al., 2016, s. 170 - 171). Opplæring av disse teknikkene støttes opp av flere forskningsartikler; Valenza et al. (2014) fremhever viktigheten med pasientopplæring ved hjelp av informasjon og veiledning, og tar for seg mestringsstrategier som pusteteknikker som effektive tiltak som reduserer angst og dyspné. En annen studie viser til en palliativ tilnærming med både farmakologiske og ikke-medikamentelle tiltak for å lindre dyspne, angst og depresjon hos pasienter med kols. De ikke-medikamentelle tiltakene tok for seg opplæring av ulike puste- og hosteteknikker (Long et al., 2014). Det kan derfor tenkes at disse mestringsstrategiene gir kols-pasienten kontroll over pustingene, som derav vil bidra til å lindre angsten. Dette underbygges av Bjørslund et al. (2012), som viser til kols-pasienter som hadde fått opplæring om å være bevisste på symptomer og forverringer og justering av medikamenter etter behov, gav følelsen av kontroll, og førte til at de tidligere oppsøkte helsevesenet. Følelsen av kontroll fører til at kols-pasientens pust ble roligere, og derav mindre angst. Dette kan sees i sammenheng med at kols-pasienter får mer tiltro til seg selv når det gjelder å mestre og kontrollere dyspnéanfall når han har fått god opplæring fra sykepleieren vedrørende kols forverring (Bakkellund et al., 2016, s. 171).

Andersen et al. (2011) tar opp at sykepleierne kunne se hvilke pasienter som hadde vært på KOLS-skole, eller fått opplæring i å leve med KOLS. Disse pasientene hadde ofte bedre sykdomsinnsikt og hadde selv lært seg å mestre anfall på en bedre måte. Det blir fremhevet at kols-pasienter som mangler kunnskap om egen sykdom, er vanskelige å hjelpe enn pasienter som har tilegnet seg denne kunnskapen. Informasjon om sykdom og sykdomsforløp blir lite diskutert med kols-pasienter. Årsaken til dette kan være at forløpet og progresjonen til kols-sykdommen ikke er entydige og med uklare overganger mellom fasene. I tillegg kan en sette lys på om for mye informasjon kan gjøre kols-pasienten mer bekymret enn nødvendig, som derav kan skape mer angst (Andersen et al., 2011).

4.4 Styrker og svakheter med litteraturstudien

En styrke i denne litteraturstudien er at de inkluderte artiklene er publisert mellom 2011 – 2021, og representerer nyere forskning, dvs. Den nyeste kunnskapen. Alle de inkluderte artiklene er fagfellevurdert og publisert i tidsskrift på nivå 1 eller 2; dvs, at studiene er gransket, vurdert og kvalitetssikret av eksperter innenfor faget før publisering (Svartdal, 2021). Fem kvalitative forskningsartikler, en kvantitativ og en mixed-method forskningsartikkel er inkludert: de kvalitative studiene viser opplevelser og meninger fra både et sykepleieperspektiv og pasientperspektiv, som er en styrke ved denne litteraturstudien som hadde som mål å finne frem til kunnskap om pasientenes opplevelser som er vesentlig for at sykepleieren skal kunne gi best mulig omsorg.

Denne litteraturstudien anvender pensumlitteratur fra sykepleierutdanningen ved NTNU. Pensumlitteratur er i flere tilfeller sekundærlitteratur. Ifølge Dalland (2017, s. 162) er sekundærlitteratur tekst som har blitt oversatt av den primære kilden. Dette kan ha ført til at perspektivet som er i originallitteraturen er noe endret. En annen svakhet er fra studien til Strang et al. (2014); intervjuene av deltakerne ble utført på bare ett tidspunkt. Det var på grunn av at alvorlighetsgraden til pasientene var så alvorlig at det ikke var mulig å gjennomføre gjentatte intervjuer.

4.5 Implikasjoner for sykepleie/praksis

Implikasjoner for sykepleie/praksis er at sykepleiere har en viktig rolle i å bygge en god sykepleier-pasient-relasjon. Det er sentralt at sykepleiere viser nærhet og bruker god tid sammen med pasienter med kols. God kommunikasjon er viktig, og sykepleieren kan bidra til å lindre angst via nonverbale tegn som berøring. Sykepleiere har også en viktig rolle i fremme pasientmedvirkning, og bruk av borgskala kan være med på at pasienten føler at hans ønsker og tanker blir hørt. Det er viktig at sykepleieren tar ansvar for informasjon og veiledning, slik at pasienten selv får kunnskap om sykdommen og om ulike strategier han kan bruke som kan hjelpe mot dyspné og angst. Dette kan være informasjon og veiledning av ulike pusteteknikker. Det er viktig at sykepleiere ser sammenhengen mellom disse faktorene, ettersom at de er knyttet nært opp imot hverandre; og er bevisste på det når de er i møte med pasienter med kols som plages med angst.

4.6 Konklusjon

Denne litteraturstudiens hensikt var å finne kunnskap om hvordan sykepleieren ved hjelp av ikke-medikamentelle tilnærminger kan bidra til å lindre angst hos pasienter med kols som er innlagt i sykehuset grunnet kos forverring. Kols-pasienter representerer unike individer med ulike behov; det er derfor ikke mulig å definere «ett fasitsvar» på akkurat hva som bidrar til å lindre angst for denne pasientgruppen. Forskningslitteraturen fremhever noen sentrale faktorer som sykepleieren kan utøve for å kunne hjelpe kolspatientene på en best mulig måte; disse er en god sykepleier-pasient-relasjon, hvor sykepleieren viser omsorg med nærhet og tid, kommunikasjon i form av verbale- og nonverbale tegn, fremmer pasientmedvirkning og pasientopplæring med god informasjon og veiledning vil skape en følelse av trygghet og kontroll for kols-pasienten, som igjen vil bidra til å lindre angst.

Referanser

- Andersen, I. H., Ytrehus, S., & Grov, E. K. (2011). Palliativ sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). *Klinisk Sykepleje*, 25(01), 48–56.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1903-2285-2011-01-07>
- Bakkelund, J. B., Thorsen, B. H., Almås, H., Sorknæs, A. D., & Grønseth, R. (2016). Sykepleie ved lungesykdommer. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., Bd. 1, s. 117–182). Gyldendal akademisk.
- Bjørnsland, B., Wilde-Larsson, B., & Kvigne, K. (2012). Opplevelse av brukermedvirkning i sykehus. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 8(1), 20–33.
<https://doi.org/10.7557/14.2329>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 49(3), 182–185. <https://doi.org/10.1037/a0012801>
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Evans, D. (2002). SYSTEMATIC REVIEWS OF INTERPRETIVE RESEARCH: INTERPRETIVE DATA SYNTHESIS OF PROCESSED DATA. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 5.
- Folkehelseinstituttet. (2018, januar 29). *Nye beregninger: 150 000 har kols*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nyheter/2018/150-000-har-kols/>
- Folkman, S. (2013). Stress: Appraisal and Coping. I M. D. Gellman & J. R. Turner (Red.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (s. 1913–1915). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219–239.
<https://doi.org/10.2307/2136617>

- Haugan, G. (2014). Helsefremmende interaksjon. I T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 199–215). Cappelen Damm akademisk.
- Helsebiblioteket. (2016, juni 3). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.no; Helsebiblioteket.no.
/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Gyldendal akademisk.
- Jellington, M. O., Overgaard, D., & Sørensen, E. E. (2016). Manoeuvring along the edge of breathlessness: An ethnographic case study of two nurses. *BMC Nursing*, 15(27). <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0148-4>
- Jensen, A. L., Vedelø, T. W., & Lomborg, K. (2013). A patient-centred approach to assisted personal body care for patients hospitalised with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 22(7–8), 1005–1015.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12050>
- Kristoffersen, N. J. (2016). Stress og mestring. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende Sykepleie. Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., Bd. 3, s. 237–294). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I G.H Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (3. utg., Bd. 1, s. 15–27). Gyldendal akademisk.
- Long, M. B., Bekelman, D. B., & Make, B. (2014). Improving Quality of Life in Chronic Obstructive Pulmonary Disease by Integrating Palliative Approaches to Dyspnea, Anxiety, and Depression. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 16(8), 514–520.
<https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000111>
- NSD. (2021). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*.
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Pasient-og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient-og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

- Strang, S., Ekberg-Jansson, A., & Hensch, I. (2014). Experience of anxiety among patients with severe COPD: A qualitative, in-depth interview study. *Palliative & Supportive Care, 12*(6), 465–472. <https://doi.org/10.1017/S1478951513000369>
- Svartdal, F. (2021). Fagfelle vurdering. I *Store norske leksikon*.
<http://snl.no/fagfelle vurdering>
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal akademisk.
- Valenza, M. C., Valenza-Peña, G., Torres-Sánchez, I., González-Jiménez, E., Conde-Valero, A., & Valenza-Demet, G. (2014). Effectiveness of Controlled Breathing Techniques on Anxiety and Depression in Hospitalized Patients With COPD: A Randomized Clinical Trial. *Respiratory Care, 59*(2), 209–215.
<https://doi.org/10.4187/respcare.02565>
- World Health Organization. (2020, desember 9). *The top 10 causes of death*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Wyller, V. B. B. (2019). *Syk: Mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin* (4. utgave.). Cappelen Damm akademisk.

