

Christian Hjelme & Lasse Ødegård

# Hvordan kan sykepleier lindre engstelse hos hjemmeboende pasienter med kols?

10016 & 10101

Bacheloroppgave i SYA2900

Veileder: Lindis Kathrine Helberget

Medveileder: Kari-Janne Ljones Kulø

Juni 2023



Christian Hjelme & Lasse Ødegård

# Hvordan kan sykepleier lindre engstelse hos hjemmeboende pasienter med kols?

10016 & 10101

Bacheloroppgave i SYA2900  
Veileder: Lindis Kathrine Helberget  
Medveileder: Kari-Janne Ljones Kulø  
Juni 2023

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



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

**Bakgrunn:** Lungesykdommer, medregnet KOLS, er den fjerde hyppigste dødsårsaken i Norge. I tillegg til de fysiske symptomene, kan KOLS også føre med seg psykiske utfordringer som engstelse. Dette kan, ifølge Folkehelseinstituttet, medføre økt dødelighet. I tillegg til dette kan psykiske utfordringer og symptomer bidra til økt isolasjon og tap av funksjonsevne, noe som igjen fører til nedsatt livskvalitet. Derfor mener vi det er viktig at sykepleiere retter fokuset på de psykiske konsekvensene av KOLS.

**Hensikt:** Gjennom praksisperiodene i studiet har vi begge erfart at engstelse blant pasienter med KOLS er et aktuelt og gjentagende tema. Som fremtidige sykepleiere ønsker vi å innhente kunnskap og informasjon om hvordan vi kan lindre engstelsen disse pasientene har rundt sin diagnose og sine symptomer, for å kunne hjelpe dem på best mulig måte.

**Metode:** Vi har gjennomført en allmenn litteraturstudie hvor vi, ved hjelp av Evans (2002) metode, fant 9 forskningsartikler (1 kvalitative, 6 kvantitative og 2 systematiske litteraturstudier). Disse artiklene, og relevant faglitteratur, blir brukt for å svare på problemstillingen.

**Resultat:** Gjennom vår analyse av funnet forskning og litteratur, finner vi at lungerehabilitering, CBT, pusteteknikker, støtte, informasjon om diagnose og følelse av mestring kan bidra til å lindre engstelse.

**Konklusjon:** Sykepleier kan lindre engstelse hos pasienter med KOLS ved å gi informasjon, råd, støtte og veiledning rundt KOLS og symptomene diagnosen kan medføre. I tillegg viser forskning at lungerehabilitering og CBT er tiltak som kan bidra til å lindre engstelse hos pasienter med KOLS. Her må sykepleier jobbe i tverrfaglige team der det er mulig for å legge til rette for denne behandlingen. I tillegg til dette kan mestrings- og puste- og avslappingsteknikker også bidra til å lindre engstelse, og her kan sykepleier være til god støtte.

# Abstract

**Background:** Lung diseases including COPD is the 4th common cause of death in Norway. COPD also brings with it psychological challenges such as distress, which can increase mortality according to the Norwegian Institute of Public Health. Mental challenges and symptoms can contribute to increased isolation and loss of functional capacity, which in turn leads to reduced quality of life, so we believe it is important that nurses focus on these symptoms.

**Purpose:** We have both experienced through the internship periods in the study that distress among patients with COPD is a current and relevant topic. As future nurses, we want to obtain more knowledge and information about how we as nurses can relieve the distress these patients have about their diagnosis and their symptoms, in order to be able to help them in the best possible way

**Method:** We have carried out a systematic literature study, we included 9 research articles and relevant literature.

**Results:** Research and the literature show that pulmonary rehabilitation, CBT, breathing techniques, support, information and coping can help relieve distress.

**Conclusion:** Nurses can relieve distress in patients with COPD by providing information, advice, support and guidance about COPD and the symptoms it can cause. In addition, research shows that pulmonary rehabilitation and CBT are measures that can help relieve distress in patients with COPD, among other things. Nurses must work in multidisciplinary teams where its possible to facilitate this treatment. Breathing and relaxation techniques and coping beliefs can also help relieve distress.







# Innhold

1	Innledning .....	11
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	11
1.2	Problemstilling og avgrensing .....	12
1.3	Begrepsavklaringer.....	12
1.4	Oppgavens oppbygning.....	13
2	Teori .....	14
2.1	Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS).....	14
2.1.1	Engstelse og angst .....	15
2.2	Kronisk sykdom og følelsesmessig belastning .....	15
2.3	Lungerehabilitering.....	16
2.4	Sykpleieteori .....	16
2.4.1	Grunnleggende behov .....	16
2.4.2	Mestring.....	17
3	Metode .....	18
3.1	Valg av metode.....	18
3.2	Søkeprosessen.....	18
3.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	22
3.4	Analyse.....	23
4	Resultat.....	24
4.1	Artikkelmatrise .....	24
4.2	Engstelse og livskvalitet hos hjemmeboende kolspasienter .....	30
4.3	Lindring av engstelse .....	31
4.3.1	Velværefremmende tiltak .....	31
4.3.2	Pusteteknikker og rehabilitering .....	33
5	Diskusjon.....	34
5.1	Resultatdiskusjon .....	34
5.1.1	Engstelse hos hjemmeboende kolspasienter .....	34
5.1.2	Lindring av engstelse.....	35

5.2	Styrker og svakheter med oppgaven.....	39
5.3	Konklusjon .....	40
	Referanser.....	42
<b>Antall ord:</b> 7676		

# 1 Innledning

I dette kapittel presenteres bakgrunn for valg av tema for vår bacheloroppgave. Videre introduseres problemstillingen og avgrensninger for oppgaven, før sentrale begrep blir forklart. Avslutningsvis blir den videre oppbyggingen av oppgaven presentert.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er en progressiv lungesykdom som i liten grad er reversibel (Grundt & Mjell, 2016, s. 239). KOLS rammer seks til syv prosent av befolkningen over 40 år i Norge, og 10% av alle over 70 år (Grundt & Mjell, 2016, s. 239). Det forventes at antallet mennesker som er berørt av sykdommen vil fortsette å være høyt de kommende årene, som en konsekvens av økende levealder i befolkningen. Lungesykdommer, medregnet KOLS, var den fjerde hyppigste dødsårsaken i Norge i 2021. Pasienter med KOLS har også økt risiko for å få flere kroniske sykdommer (Nystad, 2022).

KOLS berører lungefunksjonen og/eller andre organer som påvirker respirasjonssystemet, og dette medfører økt luftveismotstand (Helsedirektoratet). Berørte kan få kronisk inflammasjon, noe som igjen kan føre til økt slimproduksjon, hoste og kortpustet (dyspne) (Bakkelund et al., 2016, s. 133). Dyspne kan gi pustebesvær, og en følelse av at det er trangt i brystet. Slike opplevelser kan påvirke de berørte psykisk, og føre til uro, frustrasjon og engstelse over å ikke klare å puste ordentlig (Bakkelund et al., 2016, s. 138).

Pasienter med KOLS som har symptomer på angst og depresjon har økt dødelighet. Det å redusere denne angsten, bidrar til lavere dødelighet (Nystad, 2022). Vi har derfor valgt å formulere en problemstilling som går nærmere inn på de psykiske symptomene. Vi har bemerket oss gjennom praksisperiodene i studiet at tiltak mot psykiske symptomer ikke vektlegges i like stor grad. Vi mener det er viktig å rette fokuset på de psykiske symptomene da disse kan bidra til økt dødelighet og nedsatt livskvalitet om de forblir ubehandlet (Nystad, 2022).

Sykepleieren som møter disse pasientene i hjemmene deres, kan være en god støttespiller. I rollen som sykepleier kan det være mulig å være en veileder for disse pasientene, og hjelpe dem med å mestre og lindre symptomene på engstelse. Dette kan ha en god helseeffekt. Som fremtidige sykepleiere ønsker vi å innhente kunnskap og

informasjon om hvordan vi som sykepleiere kan lindre engstelsen disse pasientene har rundt sin diagnose og sine symptomer, for å kunne hjelpe dem på best mulig måte.

For å snevre inn problemstillingen ønsker vi å fokusere på hvordan sykepleiere kan lindre engstelse hos hjemmeboende pasienter med KOLS. Årsaken til dette er at i rollen som sykepleier kommer man nær pasientene i sine hjem, og har en god mulighet til å berolige og oppmuntre på en arena hvor pasienten føler seg trygg. Ved å redusere engstelse hos denne pasientgruppen kan man forbedre livskvaliteten deres.

## 1.2 Problemstilling og avgrensing

Vi har valgt å fokusere på hvordan sykepleier kan lindre engstelse hos hjemmeboende pasienter med KOLS. Vi tar for oss både sykepleieperspektivet og noen artikler fra pasientperspektiv. Årsaken til dette er for å få en helhetlig forståelse av både hvordan sykepleiere kan lindre engstelse, og hvordan pasienten selv kan oppleve tiltak(ene) utført av sykepleieren. Vi har valgt å inkludere sykepleieteorier av Henderson, Orem, Lazarus, Benner og Wrubel, og Travelbee. Disse går inn på grunnleggende behov, mestring og eksistensielle forhold, og fremhever ulike ansvars- og funksjonsområder, tilnærminger og arbeidsnormer (Gonzalez, 2021b, s. 45). Videre har vi valgt å ikke ekskludere artikler som fokuserer på en spesifikk alder, og om de mottar medikamenter eller ikke. Etter vår erfaring møter man sjeldent yngre kolspasienter som mottar kommunal hjemmebasert omsorg knyttet til KOLS. I tilfelle det skulle være artikler som omhandler dette har vi dermed valgt å ta det med, for å utvide perspektivene våre.

På bakgrunn av dette har vi utformet følgende problemstilling:

*Hvordan kan sykepleier lindre engstelse hos hjemmeboende pasienter med KOLS?*

## 1.3 Begrepsavklaringer

### **Kognitiv atferdsterapi (CBT)**

Kognitiv atferdsterapi (CBT) har formålet med at pasienten skal kunne identifisere uhensiktsmessige tanker, lære å utfordre og deretter kontrollere dem, og til slutt tillate nyttige tanker/atferd, og dermed tilegne seg nye og bedre mestringsstrategier (Dahl, 2021, s. 21; Håkonsen, 2020, s. 206).

### **Lindre**

Å lindre er en av sykepleierens funksjoner, og det betyr å begrense omfanget av pasientens fysiske, psykiske og sosiale belastninger. Dette står alltid sentralt i omsorgen. Sykepleieren må rette oppmerksomheten mot pasientens livskvalitet, opplevelser og erfaringer knyttet til sykdom og lidelse (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22).

### **Spirometri**

En undersøkelse av lungene hvor man får et mål på volum luft som pustes ut, og strømningshastigheten for denne luften (Grundt & Mjell, 2016, s. 223).

### **Forced respiratory volume/ forsert ekspiratorisk volum (FEV1).**

FEV1 er en måling av den maksimale mengden luft en person kan puste ut med kraft i løpet av det første sekundet av prøvetakingen som gjøres med et spirometri (Bakkelund et al., 2016, s. 131).

## **1.4 Oppgavens oppbygning**

Oppgaven er delt inn i fem kapitler: Innledning, teori, metode, resultat og diskusjon. I teoridelen ser vi på KOLS, engstelse, mestring, lungerehabilitering og sykepleieteorier. I metodedelen skriver vi om valg av metode og artikkelsøk med presentasjon av artikler. I resultatkapitlet presenterer vi artikkelmatrisen, videre sammenfatter vi resultatene fra artiklene. I diskusjonsdelen diskuterer vi resultatene fra artiklene og annen relevant litteratur og teori. Vi setter fokus på betydningen disse resultatene har for en sykepleier. Videre skriver vi om styrker og svakheter ved metoden vår, før vi konkluderer oppgaven.

## 2 Teori

### 2.1 Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er en samlebetegnelse på sykdom som er forårsaket av luftveisobstruksjon (Bakkeland et al., 2016, s. 133). KOLS består av to hovedtyper, kronisk obstruktiv bronkitt og emfysem, og det er vanlig å se en kombinasjon av dem begge (Bakkeland et al., 2016, s. 134; Grundt & Mjell, 2016, s. 239).

Forekomsten av KOLS øker med alder, røyking, lav sosioøkonomisk status, og generell luftforurensning (Grundt & Mjell, 2016, s. 239). Risikofaktorer er eksponering for støv og kjemikalier (gasser, irriteranter og røyk), og forurensning fra fossile brennstoff (olje, kull gass) (Bakkeland et al., 2016, s. 134; Grundt & Mjell, 2016, s. 240).

For å få KOLS-diagnosen må individet oppleve symptomer på økt slimproduksjon og hoste de fleste dagene i minst tre måneder, og dette må ha pågått de siste to årene. KOLS-diagnosen blir satt når en person har under 75% forsert ekspirasjonsvolum (FEV1). Etter en spirometri undersøkelse kan KOLS deles inn etter fire alvorlighetsgrader, også kaldt fire stadium. Stadium 1 er mild og stadium 4 er svært alvorlig. Kriteriene er definert av The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD-kriterier) (Bakkeland et al., 2016, s. 134-135).

Ofte kontakter pasienter helsepersonell først når de blir tungpustne i hvile eller under anstrengelser, og da er lungefunksjonen allerede betydelig redusert. Pasientene kan være plaget med økt slimproduksjon i luftveiene, kronisk hoste og økt plager med bronkitter ved luftveisinfeksjoner (Bakkeland et al., 2016, s. 134-135). Slike symptomer kan føre til anstrengt respirasjon, «dyspne», noe som kan ha stor påvirkning på deres livskvalitet (Bakkeland et al., 2016, s. 138). Pasienten kan føle at det er en kamp å puste eller at det er trangt i brystet. Denne følelsen blir mer uttalt med en høyere alvorlighetsgrad av KOLS. Aktivitet forverrer også denne følelsen (Bakkeland et al., 2016, s. 134-135).

Målet for behandlingen av KOLS er å lindre symptomene, og forebygge forverring. Noen av de viktigste forebyggende tiltakene er undervisning, og god veiledning fra helsepersonell med kunnskap om sykdommen (Bakkeland et al., 2016, s. 136). Videre er endring av livsstil, f.eks. å slutte å røyke, eller unngå eksponering av skadelig partikler

og gasser, viktig for å redusere symptomforverring. Bruk av medikamenter kan lette på dyspne. Behandlinger kan variere fra alvorlighetsgrad og hvorvidt det finnes ressurser i nærmiljøet til kolspasienten (Bakkelund et al., 2016, s. 135-136).

### 2.1.1 Engstelse og angst

Engstelse er en generell følelse av uro og bekymring som kan være knyttet til hendelser, usikkerhet eller bekymringer ved ulike deler av livet. Kjentegn på engstelse er at pasienten er urolig, kortpustet, anstrengt, har konsentrasjonsvansker, og er bråsinnt (Håkonsen, 2020, s. 254).

Når intensiteten og mengden engstelse blir for omfattende at den ikke lenger er hjelpsom, er den et problem og det kan være snakk om angst. Angst er en fryktrespons på noe som ikke er tilknyttet en umiddelbar trussel, men som kan oppleves som mer generell og diffus (Håkonsen, 2020, s. 253). Ved angst er følelsene ofte strevsomme og ubehagelige, og oppleves ofte å være utenfor individets kontroll (Håkonsen, 2020, s. 298). På grunn av at begreper ofte brukes om hverandre og deres likhet i subjektiv opplevelse, inkluderer vi artikler som omhandler engstelse og angst i vår oppgave.

## 2.2 Kronisk sykdom og følelsesmessig belastning

Livet med kronisk sykdom er preget av langvarige helseproblemer som kan kreve kontinuerlig medisinsk oppfølging og behandling. Det kan oppleves som følelsesmessig belastende å leve med en kronisk sykdom, og dette kan føre til psykiske plager som engstelse, angst, depresjon og frustrasjon.

Engstelse for åndenød kan føre til at kolspasienter unngår situasjoner som kan innebærer risiko for dette, f.eks. dagligdagse aktiviteter og sosialisering (Bakkelund et al., 2016, s. 170). I hvor stor grad kolspasienter opplever belastningen kan påvirkes av hvor de ligger på GOLD-kriteriene (Bakkelund et al., 2016, s. 135-137).

Utvikling av psykiske lidelser øker ved sosial isolasjon og tap av funksjoner. Det at kolspasienter engster seg for situasjoner som kan føre til åndenød gjør at de holder seg hjemme, og de har derfor en forhøyet risiko for dette (Fjørtoft, 2019, s. 86).

Sykepleieren kan her spille en viktig rolle for å tidlig oppdagelse, kartlegge, og iverksette tiltak for pasientenes psykiske helse.

## 2.3 Lungerehabilitering

Lungerehabilitering kan spille en viktig rolle for å lindre engstelse, angst og psykososial funksjon hos kolspasienter.

Lungerehabilitering er en vitenskapsbasert behandling anbefalt av Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (Hjalmarsen, 2012, s. 7-8).

Lungerehabilitering deles inn i fire trinn hvor hensikten er å redusere symptomer, opprettholde og bedre funksjonsevne, fremme deltakelse og redusere helsekostnader. Denne rehabiliteringen reduserer antall akutte sykehusinnleggelser til halvparten (Hjalmarsen, 2012, s. 17-18)

## 2.4 Sykpleieteori

### 2.4.1 Grunnleggende behov

#### **Henderson sykepleiedefinisjon:**

*«Sykepleierens unike funksjon er å hjelpe den enkelte person, syk eller frisk, med de aktiviteter som medvirker til helse, bedring eller til å leve med sine begrensninger (eller til en fredfull død), noe han selv ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, vilje eller kunnskaper, og gjøre dette på en slik måte at han gjenvinner eller øker sin uavhengighet så raskt som mulig»* (Henderson, 1996, henvist i Gonzalez, 2021b, s. 45).

Henderson beskrev 14 behov som hun mener beskriver sykepleierens rolle i å hjelpe pasienter med å oppnå optimal helse. Viktige aspekter som tas med i denne teorien er hvordan individet utfører, eller ønsker å utføre, behovene, er privat og personlig, og må sees i sammenheng med individets kulturelle og sosiale miljø (Gonzalez, 2021b, s. 46). Henderson mener at sykepleierens mål er å hjelpe pasienten med å leve med sine begrensninger slik hen ville ha gjort om hen hadde hatt ressursene til det (Gonzalez, 2021b, s. 46).

Orem utviklet Hendersons 14 punkter til en teori om egenomsorg (Gonzalez, 2021b, s. 47). Orem's 8 trinns egenomsorgsteori omhandler at behovene er de viktigste og mest sentrale i et helse- og velvære perspektiv (Gonzalez, 2021b, s. 47). Oppgaven til sykepleieren vil være å kompensere for svikt i egenomsorgen eller å styrke pasientens ressurser (Gonzalez, 2021b, s. 47).



## 2.4.2 Mestring

*Mestring beskriver hvordan individet forholder seg til og løser en situasjon eller hendelse som medfører mistrivsel, ubehag eller trussel mot ens integritet (Håkonsen, 2020, s. 259).*

Å leve med kronisk sykdom kan forårsake engstelse, frykt eller andre psykologiske kjenninger som ofte knyttes til fortvilelse og misnøye. Dette kan resultere i redusert livskvalitet og et ønske om å forbedre egen helse for å oppnå bedre trivsel. I slike situasjoner kan negative psykologiske kjenninger skape en motivasjon for å tilstrebe bedre livskvalitet (Håkonsen, 2020, s. 259).

Det finnes flere tilnærminger for å få en dypere forståelse bak individets evne til å takle og håndtere stressende situasjoner, utfordringer, eller belastninger.

En av de mer kjente teoretikerne innenfor feltet er Lazarus to stressmestringsstrategier: Problemfokuset mestring og følelsesmessig fokusert mestring (Gonzalez, 2021b, s. 48; Håkonsen, 2020, s. 259). Problemfokuset mestring fokuserer på individets egen vurdering om mestringsevne til å håndtere situasjonen hen er i, og søker å endre, avslutte eller løse problemet/ene. Følelsesmessig fokusert mestring handler om at individet ønsker å redusere det ubehaget som har oppstått, eller revurdere meningsinnholdet i det uten å endre situasjonen (Gonzalez, 2021b, s. 48). Denne type mestring løser ikke problemet eller situasjonen, men kan hjelpe pasienter med å håndtere eller akseptere situasjonen, og redusere engstelse eller andre negative psykologiske reaksjoner (Håkonsen, 2020, s. 260-261).

I Benner og Wrubels omsorgsteori finner vi også et tydelig perspektiv på mestring, med fokus på styrke og forståelse i praksis (Benner og Wrubel, 1989, henvist i Gonzalez, 2021b, s. 48). Mennesket befinner seg i en kontekst, og må derfor forstås i den sosiale, kulturelle og historiske sammenhengen de er i (Benner og Wrubel, 2002, henvist i Gonzalez, 2021b, s. 50). Videre anser Benner og Wrubel at manglende tilhørighet i sosiale fellesskap er en stor trussel mot mestring (Gonzalez, 2021b, s. 50).

Joyce Travelbee vektlegger betydningen av relasjonen mellom sykepleier og pasient (Gonzalez, 2021b, s. 49). Hun var opptatt av viktigheten av sykepleiers rolle i å støtte og være empatisk overfor pasienten. Sykepleieren skal i hver pasientsituasjon tilpasse sin tilnærming, og bidra til å skape en terapeutisk relasjon (Gonzalez, 2021a, s. 57). I pasient-sykepleier relasjonen skal sykepleieren og pasienten ha et formål om endring, vekst og læring (Travelbee, 1972 henvist i Gonzalez, 2021b, s. 50).

## 3 Metode

Fremgangsmåten er definert i Thidemann (2019) som «metoden brukt for å få svar på problemstilling(er)». Dalland (2012) beskriver metode som et redskap vi bruker i søket etter ny kunnskap. I dette kapitlet beskriver vi fremgangsmåten vår, først ved valg av metode, hvordan vi gjennomførte artikkelsøk og prosessen rundt dette, og til slutt analysen av artiklene.

### 3.1 Valg av metode

Vi har valgt å bruke metoden allmenn litteraturstudie for å besvare vår problemstilling. En systematisk litteraturgransking hadde vært mest hensiktsmessig for å svare på vår problemstilling, men det stilles strenge krav til en slik studie, og gitt vår tidsramme ble det derfor for omfattende (Thidemann, 2019, s. 81-90). En litteraturstudies metode er å samle inn litteratur, gå igjennom denne kritisk og til slutt sammenfatte resultatene (Magnus & Bakketeig, 2000, henvist i Thidemann, 2019, s. 77). Mer spesifikt vil en allmenn litteraturstudie være en beskrivelse og analyse av studier i et begrenset utvalg, innenfor et bestemt område (Forsberg & Wengström, 2013, henvist i Thidemann, 2019, s. 79). I første omgang gjorde vi et oversiktssøk i ulike databaser. Dette var usystematisk for å gjøre oss kjent med omfanget av litteratur, og nøkkelord som kunne være relevante for vår problemstilling. Vi noterte oss hvordan nøkkelordene er oversatt fra norsk til engelsk, og hvordan søketeknikkene og søkestrategiene fungerer i de ulike databasene.

Vi har i denne oppgaven valgt å benytte oss av Evans (2002, s. 24-25) sin metode for litteraturstudier. Denne metoden består av fire steg. Steg en er å finne forskningsartikler, og er detaljert i seksjon 3.2 Søkeprosessen. Videre er steg 2, 3 og 4 henholdsvis å identifisere nøkkelfunn, relatere hovedfunnene på tvers av artiklene og gi en helhetlig vurdering av hovedfunnene. Steg 2, 3 og 4 er detaljert i 3.4 Analyse.

### 3.2 Søkeprosessen

Søkeprosessen startet med valg av databaser. Det er viktig at databasene som blir valgt ut er relevante for temaet, slik at man ikke går glipp av viktige studier. Databasene brukt i denne oppgaven er valgt basert på NTNU sine anbefalinger (NTNU, 2023), og er databaser som er sentrale for medisin, helsevitenskap og sykepleie. Databasene vi har brukt er Pubmed og SveMed+.

Vi startet søkeprosessen med et enkelt søk i databasen Pubmed med søkeordet KOLS. KOLS ble brukt for å finne engelske Medical Subject Headings (MeSH) termer som vi kunne bruke videre i søket vårt. Vi fant at "COPD" ville være et sentralt søkeord for oss for å finne studier om KOLS på engelsk. Dette enkle søket gav 51.058 treff i databasen. For å finne de studiene som var mer relevante for vår problemstilling, måtte vi derfor legge til flere søkeord for å avgrense søket. Vi fant at ordene "engstelse", "sykepleie", eller "distress/anxiety/coping/quality of life", "nurse/home care/home nursing", "strategies" og "intervention", var de MeSH-termene som resulterte i relevante treff. Vi fant få relevante artikler på norsk, og søkte dermed hovedsakelig på engelsk.

Søkeordene ble satt inn i et PICO-skjema for å få bedre oversikt over aktuelle søkeord, se tabell 1. PICO står for population, intervention, comparison og outcome. Dette skjemaet er utviklet for å sikre en systematisk tilnærming for å finne relevante studier (Helsebiblioteket, 2021). Søkeprosessen ble dermed mer strukturert og målrettet. PICO-skjemaet var utgangspunktet for alle søk vi foretok oss. Med søkeordene godt etablert, utvidet vi søke til databasene Pubmed og SveMed+.

Vi la inn søkene i en søkematrise for å holde oversikten, se Vedlegg 1. Oppsummert utførte vi søk med "COPD AND", og kombinasjoner av MeSH-termene "DISTRESS", "STRATEGIES", "QUALITY OF LIFE", "NURSE", "HOME CARE", "HOME NURSING" og "INTERVENTION" i perioden april-mai 2023, og søkene ble foretatt i databasene Pubmed og SveMed+.

Det viste seg at mange av søkene ga svært mange treff. Vi besluttet derfor fortløpende å ekskludere artikler som hadde overskrifter som viste at de var utenfor våre inklusjon- og eksklusjonskriterier (seksjon 3.2.1). Pubmed har også en funksjon hvor relevante artikler blir foreslått basert på hvilken artikkel du leser. En artikkel, Volpato et al. (2023) ble funnet ved bruk av denne funksjonen.

Artiklene vi så på som mulig relevante leste vi sammendraget til. Etter å ha lest sammendragene kunne vi velge oss ut hvilke artikler som så ut til å være mest relevante for vår problemstilling basert på de forhåndsbestemte kriteriene våre. Vi benyttet oss i tillegg av sjekklisten til Helsebiblioteket (2016) for å kvalitetsvurdere relevansen av artiklene for vår problemstilling. Vi gjennomgikk disse artiklene, og luket ut de som ikke var relevante for oss etter kriteriene vi hadde satt opp. Etter denne seleksjonsprosessen satt vi igjen 11 relevante artikler. Det ble senere utført et tilleggssøk hvor vi fulgte samme strategi, og fant 3 artikler.

<b>Patients/population/ problem HVEM?</b>	<b>Intervention/initiativ/ action HVA?</b>	<b>Comparison ALTERNATIV VER?</b>	<b>Outcome RESULTAT/EFFEKT?</b>	↑  O R ↓
<b>Beskriv typen pasienter (Vær spesifikk!)</b>	Hvilke tiltak vurderes? (Vær spesifikk!)	Hvilke alternativer finnes til tiltakene?	Hvordan kan tiltakene påvirke utfallet? Hvilke utfall er interessante?	
COPD/ chronic obstructive pulmonary disease with symptom of anxiety/distress in home care services or home health care or home healthcare.	Rehabilitation, pulmonary rehabilitation, breathing technics, knowledge/learning/education about COPD, psychological therapy, relaxation, self-efficacy, strategies.	Symptom relief with medicine. Physiotherapy. Relieve dyspnea.	Better life quality/ health-related quality of life (HRQL), quality of life (QoL), better understanding (knowledge) Distress/anxiety relief and symptoms.	
← <b>AND</b> →				

PICO-skjema Tabell 3.2.1

<b>Søkeord</b>	<b>Dato</b>	<b>Database</b>	<b>Evt. avgrensning</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Leste abstracter (antall)</b>	<b>Leste artikler (antall)</b>	<b>Inkluderte artikler (forfatter, årstall)</b>

COPD AND distress AND home care	05.04. 23	Pubmed	Full text 2013- 2023 Engelsk, Norsk, Dansk, Svensk	108	13	5	(Melhem et al., 2021)
COPD AND distress AND quality of life	06.04. 23	Pubmed	Full text 2013- 2023 Engelsk, Norsk, Dansk, Svensk	123	6	4	(Volpato et al., 2015) (Volpato et al., 2023)
COPD AND nurse AND intervent ion AND home	06.04. 23	Pubmed	Full text 2013- 2023 Engelsk, Norsk, Dansk, Svensk	101	7	3	(Steindal et al., 2019)
COPD AND distress AND strategie s	06.04. 23	Pubmed	Full text 2013- 2023 Engelsk, Norsk, Dansk, Svensk	112	9	6	(Norweg & Collins, 2013)
COPD AND nurse	03.04. 23	SveMed+	Peer- reviewed 2013- 2019	29	7	3	(Gustafss on & Nordeman , 2018)
COPD AND anxiety	03.04. 23	SveMed+	Peer- reviewed 2013- 2019	7	2	1	(Bentsen et al., 2013b)

Chronic obstructive pulmonary disease AND quality of life	03.04.23	SveMed+	Peer-reviewed 2013-2019	17	4	2	(Bentsen et al., 2013a)
---	----------	---------	-------------------------	----	---	---	-------------------------

Søketabell 3.2.2

### 3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi har brukt inklusjons- og eksklusjonskriterier for å spesifikt inkludere eller ekskludere visse kriterier for våre søk. Dette er for å få mest mulig relevante artikler i søkene. Eksklusjonskriteriene vil ekskludere artikler som vi ikke ønsker å benytte oss av på grunn av krav vi setter til året de er utgitt og språk. Vi begrunner dette med at vi ønsker å finne nyere og oppdatert forskning, og ikke lese artikler som er på språk vi ikke behersker, for å unngå feiltolking av innholdet i artiklene.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Studier fokusert på kolspasienter	Ikke fagfelleverdert
Sykepleieperspektiv	Pasienter under 18 år
Pasientperspektiv	
Publisert fra 2013	
Språk: Engelsk, norsk, dansk og svensk	

### 3.4 Analyse

Etter at søkeprosessen beskrevet i seksjon 3.2 var gjennomført satt vi igjen med 11 artikler. Neste steg i Evans metode er å foreta en strukturert analyse for å identifisere sentrale konsepter og temaer (nøkkelfunn) i artiklene. Vi startet med å lage artikkelmatriser til hver artikkel for å oppsummere nøkkelfunn. Disse ble oppsummert i Microsoft Excel. Vi oppdaget at 5 av artiklene falt utenfor vår problemstilling etter å ha gjennomført denne analysen. Dette førte til at vi måtte gjennomføre ytterligere søk etter forskningsartikler da minimumskravet til oppgaven var 7 artikler. Dette er dokumentert i søkematriksen. Vi fant 3 nye artikler som ble analysert, og vi har dermed totalt 9 artikler som vi skal benytte oss av i denne oppgaven. Videre, i steg 3 av Evans analyse, er å relatere hovedfunnene på tvers av studiene. Dette ble gjort ved bruk av en tabell. Det ble analysert likheter på tvers av artikler og deretter ulikheter. Vi noterte funnene i Excel-arket for å få en bedre oversikt. Disse resultatene er presentert i Kapittel 4: Resultat. Siste steg er en helhetlig vurdering av hovedfunnene. Disse blir presentert i Kapittel 5: Diskusjon, men er oppsummert i analysetabell 4.1.

<b>Hovedtema</b>	<b>Undertema</b>	<b>Artikkelnummer</b>
Engstelse hos hjemmeboende kolspasienter	Psykologiske faktorer  Kognitive atferdsmessige tiltak	1,2, 4, 6, 7
Lindring av engstelse	Velværefremmende tiltak  Pusteteknikker og rehabilitering	2,3, 4, 5, 8,9

## 4 Resultat

Oppsummert viser resultatene at flere tilnærminger og intervensjoner kan bidra til å lindre engstelse hos hjemmeboende pasienter med KOLS. Disse blir presentert i dette kapittelet. Først introduserer vi artikkelmatrisen, og videre er kapittelet delt i to deler. Først ser vi på rapportert engstelse hos kolspasienter, deretter på lindring av engstelse. Resultatene fra artiklene benyttes i dette kapittelet.

### 4.1 Artikkelmatrise

Analysetabell 4.1

Art. nr.	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/ konklusjon	Relevans
1	Studiens hensikt var å undersøke psykologiske faktorer som kan påvirke HRQL «Health-related quality of life» hos personer med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS).	Chronic obstructive pulmonary disease (COPD), health-related quality of life (HRQL), disability, comorbid somatic symptoms, causal illness attribution, internal locus of control	Det er en kvantitativ studie, data ble samlet inn fra mai til september i 2012 ved hjelp av nettbasert spørreundersøkels e. Analyse metoden for data ble det brukt av multiple lineære regresjoner, for å estimere den lineære relasjonen mellom en avhengig parameter og to eller flere parameterer. Studien var godkjent av det lokale etikk komité av «Department of	Ut ifra studiens konklusjon viste det seg at psykologiske faktorer som depresjon, engstelse og helhetsforståelse av helse var viktig Indikatorer for lav HRQL (livskvalitet).	Studien viser til at kolspasient er kan ha en økt risiko for å utvikle psykiske lidelser som engstelse og depresjon. Studien viser også at somatiske symptomer og depresjon var størst årsak til lav HRQL. Det kan styrke vår teori om å



			Psychology at the University»		lindre engstelse ved hjelp av rettet tiltak mot somatiske- og psykiske symptomer .
2	Hensikten til studien var å utforske erfaringer til sykepleier som spesialiserte å ta vare på astma og kolspasienter i primærhelsetjenesten.	Asthma, COPD nursing, chronic obstructive pulmonary disease, nursing, primary health care, qualitative research	Studien brukte en kvalitativ metode. Dataen ble samlet inn av semistrukturerte intervjuer med 10 sykepleiere sine erfaringer som varte fra 30 til 50 minutter. Dataanalysen ble utarbeidet av systematisk tekstkondensering «STC». Metoden og studien er godkjent av det etiske vurdering fra «The Regional Ethical Review» i Göteborg.	Resultatet fra studien viser til at det å ta vare på pasienter med KOLS er en utfordring for sykepleier. Det var forskjellige hinder som utfordringer for individuell tilrettelegging, mangel på tid, samarbeid hos andre aktører, overveldende ansvar, pasient-relasjon og ressurstilgjengelighet. For å kunne utøve god sykepleie er disse faktorer nødvendige.	Den viser til utfordringer som sykepleier kan møte på hos kolspasienter og hvordan en kan støtte disse pasientene .
3	Studiens hensikt var å analysere vitenskapelige litteratur om effekten av avslapningsteknikker på kolspasienter og om det kunne ha en positiv effekt på livskvalitet.	Relaxation, relaxation training, relaxation technique, relaxation therapy, progressive muscle relaxation, progressive relaxation, meditation, guided imagery, distraction	Studien brukte kvantitativ meta-analyse for å samle inn 25 studier som var innom deres kriterier. Dataen ble hentet fra litteratursøk i ni forskjellige databaser, Cochrane's metode ble brukt. Studien ble hentet fra et	Meta analysen fra artikkelen viser til bruk av avslappingsteknikker for angst og depresjon hadde en liten positiv effekt på 0,26 og 0,33. Livskvalitet viste seg på 0,38 med moderat til liten effekt. Det vises 63% forbedring fra kandidater og 37% fra kontrollgruppen.	Artikkelen viser til ved bruk av avslappingsteknikker hadde en liten positiv effekt på angst og depresjon hos kolspasienter. Kan

		therapy, biofeedback, anxiety, depression, quality of life (QoL)», sammen med søkeordet «COPD».	fagfellevurdert vitenskapelig tidsskrift som er underlagt av fagfellevurdering.		styrke vår teori ved bruk av avslappingsteknikker for å lindre engstelse hos kolspasienter.
4	Hensikten ved studien var å evaluere endringer og prediktive faktorer for depresjon og angst hos pasienter med KOLS før og opp mot 3 måneder etter lunge rehabilitering.	COPD, pulmonary rehabilitation, predictors, anxiety, depression, exercise capacity, self-efficacy.	Kvantitativ metode. Det ble utført en spørreundersøkelser i numerisk skala for å måle endringer av depresjon og angst, før, rett etter og 3 måneder etter lungerehabilitering av 100 deltakere. Studien er godkjent av Norwegian Social Science Data Services og anbefalt av Regional Committee for Medical Research Ethics.	Av 100 deltakere var det 41 pasienter som gjennomførte alle T1-T4 undersøkelser. Resultatet viser før og rett etter rehabilitering hadde tendens til lavere depresjon og angst, men endringene var små. Når de undersøkte faktorer som fysisk form og mestringstro fant de bedring av fysisk form og mestringstro var viktige tiltak for å kunne lindre depresjon og angst/engstelse.	Studien viser ved bruk av lungerehabilitering kan det lindre engstelse hos pasienter med KOLS. Studien kan bidra til å svare på problemstillingen.
5	Å kritisk gjennomgå og syntetisere funnene fra studier som evaluerte effektiviteten av sykepleieintervensjoner for å forbedre pusten hos voksne med KOLS.	Breathlessness, COPD, dyspnoea, literature review, meta-analysis, nursing intervention, shortness of breath, systematic review	Cochrane-metodikk ble brukt for å undersøke risiko for skjevhet, datautvinning og meta-analyse. Det ble brukt GRADE-tilnærming for å vurdere kvaliteten på bevisene.	Det var en signifikant effekt av sykepleieiltak som ble utført i hjemmet, en meta-analyse og to studier viste til dette. Sykepleieiltak som ble utført i klinikker med hjemmeoppfølging hadde også en signifikant effekt. Beviskvaliteten ble vurdert til å være lav til moderat. Konklusjonen viser til at sykepleieiltak utført i hjemmet og på sykehus med oppfølging forbedrer	Studien viser til at sykepleieiltak for å forbedre pusten hos pasienter med KOLS har noe effekt på pusten, og har god effekt på

				pusten hos kolspasienter.  Sykepleietiltakene var effektive for å forbedre livskvaliteten.	livskvalitet .
6	Hensikten med denne studien var å evaluere forskjeller i HRQOL (livskvalitet) mellom norske pasienter med KOLS grad 2 til grad 4, som venter på å starte et lungerehabiliteringsprogram og den generelle norske befolkning.	Chronic obstructive pulmonary disease; general population; health-related quality of life; pulmonary rehabilitation.	En sammenlignende undersøkelsesmetode ble brukt. 100 pasienter med KOLS som ventet med å starte med lungerehabilitering ble undersøkt sammen med 3594 mennesker fra den generelle norske befolkningen. Spørreskjemaet SF-36 ble brukt for å evaluere HRQOL (livskvalitet).  Studien er utført i henhold til Helsinkierklæringen. Studien er godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk.	kolspasienter hadde lavere score på alle SF-36-punktene og på fysisk og psykisk helse sammenlignet med den friske generelle norske befolkningen.  Å ha KOLS påvirker HRGQOL betydelig hos pasienter som venter på lungerehabilitering. Det bør også iverksettes tiltak for å støtte pasienter med KOLS.	Studien er gjennomført i Norge. Den viser til at pasienter med KOLS som venter på lungerehabilitering har betydelig lavere livskvalitet enn den generelle norske befolkning har og tiltak bør iverksettes .
7	Hensikten med studien var å kartlegge symptomburden hos pasienter med KOLS med tanke på frekvens, alvorlighetsgrad og symptomplager.	Chronic obstructive pulmonary disease (COPD); Symptom assessment; Symptom burden; Symptoms.	Et beskrivende, tverrsnittundersøkelssdesign ble brukt. Symptomburden ble målt ved hjelp (MSAS). Deltakerne var 214 pasienter med KOLS, rekruttert fra et	Pasientene opplevde en median på 13 symptomer. De mest belastende symptomene var kortpusthet, energimangel, søvnvansker, bekymring, munntørrehet, nervøsitet og irritasjon. Symptombelastningen	Studien er relevant da den viser til engsteligheten knyttet til symptomer og hvilke symptombelastninger pasienter

			<p>universitetssykehus i Irland.</p> <p>Den institusjonelle vurderingskomiteen ved det deltakende sykehuset godkjente denne studien. Deltakerne fikk muntlig og skriftlig informasjon før de ga skriftlig informert samtykke.</p>	<p>var høyere for psykologiske symptomer enn fysiske symptomer.</p> <p>Artikkelen konkluderer med at det er behov for tidlig utredning og behandling av både fysiske og psykiske symptomer hos alle pasienter med KOLS.</p>	<p>med KOLS har.</p>
8	<p>Hensikten med studien var å undersøke om kognitiv adferdsstrategier var effektive for å lindre dyspne hos pasienter med KOLS.</p>	<p>Anxiety; chronic obstructive pulmonary disease; distractive auditory stimuli; dyspnea; self-management; slow breathing.</p>	<p>Det ble gjennomgått 23 KOLS-studier for å undersøke bevisene for effektiviteten av kognitive adferdsstrategier for å lindre dyspne ved KOLS.</p>	<p>Kognitiv-atferdsmessige tiltak lindrer dyspne ved KOLS. Kognitiv adferdsstrategier som er fokusert spesifikt på dyspne-eksponering og kognitiv restrukturering kan være spesielt nyttige for å lindre dyspne-nød.</p> <p>Ved å lindre dyspne og relatert angst kan tiltak fremme overholdelse av treningsprogrammer og tilpasse en livsstilsendring.</p>	<p>Studien kan være relevant da den kommer frem til at dyspne hos kolspasienter kan lindres ved bruk av kognitiv adferdsstrategier. Dyspne (tungpust) kan være årsak til engstelighet hos pasienter med KOLS.</p>
9	<p>Hensikten med studien var å undersøke ikke-medikamentelle tiltak for psykiske symptomer/plager hos pasienter med KOLS.</p>	<p>Ikke oppgitt.</p>	<p>Artikkelen presenterer en gjennomgang av instrumenter for å oppdage psykiske plager ved KOLS. Den går gjennom</p>	<p>Artikkelen viser til at lungerehabilitering og kognitive atferdsmessige tiltak har det sterkeste bevisgrunnlaget for å forbedre depresjon og</p>	<p>Studien kan være relevant da den viser til de tiltakene som har de</p>

			en oversikt over ulike ikke-medikamentelle tiltak med vitenskapelig bevis som har antatte gode resultater for pasienter med KOLS.	angstsymptomer hos pasienter med KOLS.  Det er viktig å rutinemessig screene pasienter for psykiske plager og diskutere med pasient og helsepersonell for å vurdere psykiske plagene.	beste bevisgrunnlagene for å forbedre/linde psykiske symptomer.
<p>1) Mewes, R., Rief, W., Kenn, K., Ried, J. &amp; Stenzel, N. (2016). Psychological predictors for health-related quality of life and disability in persons with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). <i>Psychol Health</i>, 31(4), 470-486. <a href="https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1111369">https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1111369</a></p> <p>2) Gustafsson, T. &amp; Nordeman, L. (2018). The nurse's challenge of caring for patients with chronic obstructive pulmonary disease in primary health care. <i>Nurs Open</i>, 5(3), 292-299. <a href="https://doi.org/10.1002/nop2.135">https://doi.org/10.1002/nop2.135</a></p> <p>3) Volpato, E., Banfi, P., Rogers, S. M. &amp; Pagnini, F. (2015). Relaxation Techniques for People with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review and a Meta-Analysis. <i>Evid Based Complement Alternat Med</i>, 2015, 628365. <a href="https://doi.org/10.1155/2015/628365">https://doi.org/10.1155/2015/628365</a></p> <p>4) Bentsen, S. B., Wentzel-Larsen, T., Henriksen, A. H., Rokne, B. &amp; Wahl, A. K. (2013). Anxiety and depression following pulmonary rehabilitation. <i>Scand J Caring Sci</i>, 27(3), 541-550. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01064.x">https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01064.x</a></p> <p>5) Steindal, S. A., Torheim, H., Oksholm, T., Christensen, V. L., Lee, K., Lerdal, A., Markussen, H. Ø., Gran, G., Leine, M., &amp; Borge, C. R. (2019). Effectiveness of nursing interventions for breathlessness in people with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. <i>Journal of advanced nursing</i>, 75(5), 927-945. <a href="https://doi.org/10.1111/jan.13902">https://doi.org/10.1111/jan.13902</a></p> <p>6) Bentsen, S. B., Rokne, B., &amp; Wahl, A. K. (2013). Comparison of health-related quality of life between patients with chronic obstructive pulmonary disease and the general population. <i>Scandinavian journal of caring sciences</i>, 27(4), 905-912. <a href="https://doi.org/10.1111/scs.12002">https://doi.org/10.1111/scs.12002</a></p> <p>7) Melhem, O., Savage, E., &amp; Lehane, E. (2021). Symptom burden in patients with chronic obstructive pulmonary disease. <i>Applied nursing research : ANR</i>, 57, 151389. <a href="https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151389">https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151389</a></p> <p>8) Norweg, A., &amp; Collins, E. G. (2013). Evidence for cognitive-behavioral strategies improving dyspnea and related distress in COPD. <i>International journal of chronic obstructive pulmonary disease</i>, 8, 439-451. <a href="https://doi.org/10.2147/COPD.S30145">https://doi.org/10.2147/COPD.S30145</a></p> <p>9) Volpato E, Farver-Vestergaard I, Brighton LJ, Peters J, Verkleij M, Hutchinson A, Heijmans M, von Leupoldt A. Nonpharmacological management of psychological distress in people with COPD. <i>Eur Respir Rev</i>. 2023 Mar 22;32(167):220170. doi: 10.1183/16000617.0170-2022. PMID: 36948501; PMCID: PMC10032611.</p>					

## 4.2 Engstelse og livskvalitet hos hjemmeboende kolspasienter

Flere av studiene viser til at å leve med KOLS byr på psykologiske utfordringer knyttet til engstelse/angst og depresjon, og at dette påvirker livskvaliteten i negativ grad.

Mewes et al. (2016) viser til at pasienter med KOLS har økt risiko for å utvikle psykiske lidelser som angst og depresjon. Alvorlighetsgraden på KOLS spilte en stor rolle på hvor mye livskvaliteten ble berørt. Personer med høy alvorlighetsgrad hadde betydelig lavere livskvalitet (Mewes et al., 2016) (Mewes et al., 2016; Bentsen et al., 2013).

Luftveissymptomer hadde den sterkeste innvirkningen på livskvalitet i studien (Mewes, et.al, 2016). De fant også ut at depresjon og angst spilte en stor rolle på den mentale livskvaliteten (Mewes, et.al, 2016).

Bentsen, et al. (2013) undersøkte i artikkelen *Anxiety and depression following pulmonary rehabilitation* endringer og prediktive faktorer for angst og depresjon hos pasienter med KOLS, før og opptil 3 måneder etter lungerehabilitering.

Lungerehabiliteringen var poliklinisk og varte i 6 uker. Kolspasientene fikk undervisning, psykososial støtte og øvelsestrening (Bentsen et al., 2013b).

For å måle angst og depresjon nyttet de spørreskjemaet Hospital and Anxiety scale (HADS), som måler selvrapportert angst. Spørreskjemaet COPD self-efficacy ble videre brukt for å måle mestringstroen til pasientene. De brukte spirometer for å undersøke lungekapasiteten til pasientene, og treningskapasitet ble målt ved bruk av Incremental Shuttle Walking Test (ISWT). ISWT evaluerer og måler den maksimale kapasiteten og utholdenheten til en person ved å se på den maksimale gangavstanden testpersonen legger bak seg til de ikke kan fortsette pga. symptomer eller utmattelse (Bentsen et al., 2013b).

Studien viste at angstnivået hadde en tendens til å avta etter lungerehabiliteringsprogrammet, sammenlignet med før programmet, men dette funnet var ikke signifikant. Depresjonsnivået var høyst før programmet med en tendens til å avta etter programmet. Dette funnet var heller ikke signifikant.

Videre viste prediktorene for angst og depresjon at kvinner hadde høyere angstnivå enn menn. Kolspasienter som presterte bedre under treningstesten, hadde høyere forekomst av depresjon. De som rapporterte høy mestringstro hadde både mindre angst og depresjon, både før og opptil 3 måneder etter lungerehabiliteringen (Bentsen et al., 2013b). Avslutningsvis viste studien at kvinner, og de med høyere treningskapasitet hadde mer angst, og de med høy mestringstro hadde mindre angst og depresjon.

Bentsen et al. (2013) undersøkte helserelatert livskvalitet (HRQOL) for kolspasienter i stadium 2 og 4, og sammenlignet dette med den generelle populasjonen, og de med

andre kroniske tilstander i artikkelen *Comparison of health-related quality of life between patients with chronic obstructive pulmonary disease and the general population*. HRQOL er individets subjektive opplevelse av deres fysiske, mentale og sosiale velvære, knyttet til deres helserelaterte opplevelser (Bentsen et al., 2013a).

Resultatene til Bentsen et al. (2013) viser at kolspasientene hadde betydelig dårligere HRQOL sammenlignet med den generelle befolkningen, og de med andre kroniske tilstander. Dette resultatet samsvarer med Bentsen et al. (2012). Dette gjaldt alle skårene, utenom kroppslig smerte. Kolspasienter i stadium 4 hadde den laveste HRQOL skåren, noe Mewes et al. (2016) også fant i sin studie.

Melhelm, et al. (2021) undersøkte symptombelastningen hos kolspasienter i ulike stadier på GOLD-kriteriene, i studien *Symptom burden in patients with chronic obstructive pulmonary disease*. De brukte spørreskjemaet Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) for å evaluere symptombelastningen. Melhelm, et al. (2021) fant at symptombelastningen fra psykologiske symptomer er høyere enn de fysiske symptomene hos pasienter med KOLS med en gjennomsnittsalder på 68 år. Studiens undersøkelse viser at av de 214 deltakerne med ulike grader av KOLS, opplever 71% at de er bekymret, 62% føler seg nervøse, 62% føler seg irritable, og 53% føler seg triste. Søvnvansker, konsentrasjonsvansker, tristhet, nervøsit, bekymringsfull og irritabilitet var de seks vanligste symptomene pasientene i denne studien skåret som svært alvorlig (Melhelm, et.al 2021).

## 4.3 Lindring av engstelse

### 4.3.1 Velværefremmende tiltak

I artikkelen *Effectiveness of nursing interventions for breathlessness in people with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis* utførte Steindal et al. (2019) en litteraturstudie. De undersøkte sykepleieintervensjoner i hjemmet til kolspasienter, klinikkintervensjoner og klinikk med oppfølging i hjemmet i etterkant. I denne teksten vil kun artikkelens fokus på sykepleietiltak utført i hjemmet bli inkludert, da det er kun dette som er relevant for valgt problemstilling.

I studien brukte de to spørreskjemaer; St. George's Respiratory (SGQR) og Chronic Respiratory (CRQ). SGQR spørreskjemaet måler tungpusthet, aktivitet og effekt. CRQ måler dyspne, utmattelse, emosjonell fungering og mestring (Guyatt et al., 1987).

Sykepleietiltak utført hos hjemmeboende pasienter fokuserte i hovedsak på støtte av pasientens egenbehandling. Støtten ble gitt til pasientene i deres hjem, over telefon, videosamtaler eller e-post. Sykepleietiltak inkluderte blant annet informasjon om KOLS og behandling, pusteteknikk øvelser, fysisk trening og oppmuntring av røykeslutt.

Steindal et al. (2019) fant gjennom SGQR en signifikant effekt på symptomskåren blant de som mottok sykepleieintervensjoner hjemme.

Norweg og Collins (2013) undersøkte flere faktorer som kan bedre dyspne og stressrelaterte symptomer hos kolspasienter i artikkelen *Evidence for cognitive-behavioral strategies improving dyspnea and related distress in COPD*. De så på artikler som tar for seg selvrapporterte spørreskjemaer av pasientens egen opplevelse av dyspne. I studien fokuserte de på kognitivatferdsterapi (CBT) og egenbehandling (SM) som en tilføyelse til øvelsestrening og medisinske behandlinger (Norweg & Collins, 2013). De analyserte meditasjonsteknikker, CBT, pusteteknikker, egenbehandling av dyspne, og distraherende auditive stimuli (DAS) (Norweg & Collins, 2013).

I studien ser forfatterne at det forekommer forbedringer hos kolspasienters symptomer når alternative tilnærminger for symptomlindring utføres i tillegg til øvelsestrening.

Norweg og Collins (2013) var varsomme med å trekke en konklusjon basert på deres studie, da det er få eksperimenter utført innenfor dette feltet.

Gustafsson og Nordeman så på utfordringer sykepleieren kan ha i møte med kolspasienter i primærhelsetjenesten; *The nurse's challenge of caring for patients with chronic obstructive pulmonary disease in primary health care* (Gustafsson & Nordeman, 2018). Gjennom en kvalitativ metode hvor de intervjuet sykepleiere som arbeidet med kolspasienter i primærhelsetjenesten, fant de to hovedkategorier: pasient-sykepleier relasjonen og tilgjengelige ressurser (Gustafsson & Nordeman, 2018).

Pasient-sykepleier relasjonen hadde påvirkning på om sykepleieren oppfattet møtene som positive og effektive. Hvis sykepleier opplevde at relasjonen til pasienten var positiv, var det større mulighet for å dele informasjon og diskutere hvordan livet med KOLS kunne være. Alvorlighetsgraden av KOLS spilte også inn, hvor lav alvorlighetsgrad gjorde at sykepleierne synes det var lettere å skulle motivere pasienten. Oppmuntring til røykeslutt fant både de med gode og dårlige relasjoner til kolspasienten utfordrende.

Tilgjengelige ressurser gjaldt blant annet kursing og innhenting av ny informasjon om KOLS, lite tid hos pasientene, manglende samarbeid med andre helseinstanser og en følelse av for mye ansvar.

Flere av sykepleierne i studien følte de hadde for lite tid, dette gjaldt både til å erverve seg ny kunnskap om KOLS og tid hos pasienten. Dette kunne resultere i at sykepleieren følte at de ikke rakk til, og dermed la andre ta ansvaret for pasienten. Til tross for manglende tid, anså sykepleierne det viktig å vise interesse for pasientene når de først var hos dem.



Det var forskjeller i hvorvidt sykepleierne opplevde samarbeid med andre helseinstanser som suksessfullt. De som opplevde samarbeid som fungerende hadde muligheter for oftere å diskutere og finne løsningen på problematiske situasjoner som kunne oppstå. Sykepleierne som opplevde samarbeid som manglende, følte de fikk mer ansvar for pasientene, noe som kunne være overveldende (Gustafsson & Nordeman, 2018). Noen av sykepleierne synes mer ansvar var positivt, mens andre synes at for mye ansvar i kombinasjon med manglende kompetanse og ressurser var frustrerende (Gustafsson & Nordeman, 2018).

#### 4.3.2 Pusteteknikker og rehabilitering

I *Relaxation Techniques for People with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review and a Meta-Analysis* utførte Volpato et al. (2015) en litteraturstudie på effekten av avslapningsteknikker på kolspasienters livskvalitet, både innlagte og polikliniske pasienter. De studerte livskvalitet (QoL) og Forced Expiratory Volume (FEV), både før og etter behandling. I denne studien undersøkte de det første sekundet, FEV1.

Avslapningsteknikker hadde en liten positiv effekt på predikert FEV1, og de rapporterer at avslapningsteknikker kan bidra til en forbedring av kolspasienters lungefunksjon. Videre fant de at avslapningsteknikker kan påvirke kolspasientenes mentale helse positivt (Volpato et al., 2015). Det var dog individuelle forskjeller på hvor mye avslapningsteknikker gav en effekt.

I studien *Nonpharmacological management of psychological distress in people with COPD* hadde Volpato et al. (2023) et mål om å gi en oppdatert oversikt over ikke-farmalogiske mestringsstrategier for psykisk belastning blant pasienter med KOLS. For å inkludere ulike nivåer av lidelse valgte forskerne å anvende et overordnet begrep for psykisk belastning som omfattet flere aspekter. Dette gjaldt blant annet «passerende» psykiske reaksjoner som kan komme ved å leve med KOLS (eks. engstelse ved akutt symptomforverring), også de som ikke skårer høyt nok på spørreskjema til å få en angst eller depresjons diagnose (Volpato et al. (2023).

Mestringsstrategiene studien undersøkte var kognitiv atferdsterapi (CBT), velværeteknikker (mindfulness, meditering og meta-kognitive terapier), avslapningsteknikker, bevegelsesbasert terapi med fokus på sinn-kropp forbindelse (qigong, tai chi og yoga), musikkterapi og sang, lungerehabilitering, og til slutt fokus på støtte og mestringsstroen til pasienten/e (Volpato et al. (2023).

I sin litteraturgjennomgang konkluderte Volpato et al. (2023) med at CBT og lungerehabilitering har den sterkeste sammenheng når det gjelder å redusere psykisk belastning hos kolspasienter. Det er imidlertid ukjent hvilke omsorgsmodeller som best kan tilby vedvarende støtte til personer med KOLS over tid på tvers av kulturer.

## 5 Diskusjon

I dette kapittelet diskuterer vi hvordan våre funn kan bidra til å svare på vår problemstilling: Hvordan kan sykepleier lindre engstelse hos hjemmeboende pasienter med KOLS? Våre funn viser at lindring av symptomer, deltakelse på lungerehabilitering, kognitiv atferdsterapi og pusteteknikker er viktige tema. Vi skal nå se nærmere på våre funn i lys av relevant teori. Deretter blir styrker og svakheter ved vår metode presentert, før vi konkluderer oppgaven.

### 5.1 Resultatdiskusjon

#### 5.1.1 Engstelse hos hjemmeboende kolspasienter

Vi har begge erfart i praksisperiodene gjennom studiet at pasienter med KOLS opplever engstelse. Pasientene vi har hatt samtaler med beskriver at de har engstelse rundt sosiale aktiviteter, dagligdagse gjøremål, ikke få puste skikkelig, sykdommen i seg selv, og dens potensielle utvikling.

Livskvaliteten berøres i ulik grad hos pasientene, men våre hovedinntrykk er at de fleste pasientene har fått en redusert livskvalitet grunnet diagnosen sin. Dette kommer også tydelig frem i litteraturen. Mewes et al. (2016), konkluderer med at luftveissymptomer, depresjon og angst som følge av KOLS påvirker livskvaliteten negativt (Mewes, et.al, 2016). Det kan også være andre årsaker til disse pasientenes nedsatte livskvalitet. Imidlertid har KOLS, med høy sannsynlighet, en stor innvirkning på dette, da det å leve med kronisk sykdom gir opplevelse av engstelse, angst, depresjon og frustrasjon (Bakkelund et al., 2016, s. 135-137).

Bentsen et al. (2013) viser til at pasienter med KOLS har betydelig dårligere livskvalitet enn den generelle, norske befolkningen. Det vises også til at pasienter med KOLS stadium 4 har dårligere livskvalitet enn de med stadium 3 og under. Disse funnene viser at KOLS, og dens alvorlighetsgrad, påvirker livskvaliteten til berørte i betydelig grad (Bakkelund et al., 2016, s. 135-137).

En kan diskutere om de fysiske eller psykiske symptomene av KOLS som påvirker livskvaliteten mest, men slik det kommer frem i Melhelm, et.al (2021) er symptombelastningen høyere for psykologiske symptomer enn fysiske. I denne studien kommer det fram at søvnevansker, konsentrasjonsvansker, tristhet, nervøsitet, bekymring

og irritabilitet er de seks vanligste symptomene som pasientene påpekte var de mest alvorlige for dem. Engstelsen for å oppleve disse symptomene vil derfor i all sannsynlighet være til stede, derfor mener vi det er viktig at sykepleier utfører tiltak for disse symptomene.

Slik Travelbee skriver, skal sykepleier og pasient ha et formål om endring (Travelbee, 1972, henvist i Gonzales, s. 57). For å kunne gjøre en endring som å lindre engstelse er det derfor viktig at sykepleieren undersøker og kartlegger pasientens symptomer som kan føre til eller forsterker engstelse, for å kunne sette i gang tiltak mot dette.

Forskningsartiklene gjennomgått i denne oppgaven viser at det er ingen tvil om at pasienter med KOLS opplever engstelse, og at livskvaliteten deres er berørt som følge av dette. I neste kapittel skal vi diskutere nærmere hvilke tiltak som kan utføres for å lindre engstelse..

### 5.1.2 Lindring av engstelse

Engstelse er en vanlig utfordring blant hjemmeboende pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), og kan ha en betydelig innvirkning på pasientens livskvalitet og evne til å håndtere sykdommen. Gitt forskningen presentert i denne oppgaven, er det tydelig at engstelse er en vesentlig faktor som kan by på både fysiske og psykiske utfordringer for kolspasienter. For å tilby helhetlig omsorg og forbedre pasientens velvære, anser vi det dermed som avgjørende at sykepleieren fokuserer på å lindre engstelse for disse pasientene.

Henderson, Orem, Lazarus, Benner og Wrubel, og Travelbees teorier kan være med å bidra til å gi et rammeverk for å forstå og håndtere engstelse hos kolspasienter. Disse sykepleieteoriene setter fokus på å anerkjenne kolspasientens egne erfaringer og behov, for deretter å tilpasse omsorgen. Sentralt er relasjonen mellom sykepleier og pasienten, hvor forholdet må være basert på tillit, respekt og empati (Gonzalez, 2021b, s. 45-50).

Som det fremkommer tidligere i teksten kan sykdommen i seg selv, og den potensielle utvikling, skape engstelse hos kolspasientene. En sentral tilnærming for å lindre engstelse hos kolspasienter kan dermed være å øke kunnskapen deres om deres egen diagnose. Dette innebærer å gi relevant og oppdatert informasjon om sykdommens utvikling og symptomer, og hvordan dette kan påvirke hver enkel individuell hverdag. Dette kan gjøres ved at sykepleieren gir individuell veiledning, gruppeundervisning, og deler ut brosjyrer. Det kan også være å gi informasjon til de pårørende, og være tilgjengelig dersom det oppstår spørsmål underveis. Å hjelpe kolspasienter å forstå deres symptomer, forutsi og takle de utfordringene som kan komme, og vite når de skal søke hjelp, kan være med å lindre engstelse for sykdommen og dens potensielle utvikling.

Dette kommer tydelig frem i studien til Bentsen et al. (2013b), Steindal et al. (2019), Norweg og Collins (2013) og Gustafsson og Nordeman (2018).

Kognitiv atferdsterapi (CBT) kan være en del av behandlingen for å lindre engstelse hos kolspasienter. I artikkelen av Norweg & Collins (2013) ser man at CBT kan bidra til å endre negative tankemønstre og engstelse knyttet til dyspne.

Volpato et al. (2015) og Steindal et al. (2019) observerer at avpenningsteknikker og pusteteknikker kan være effektive for å redusere engstelse, og gi en følelse av kontroll over dyspne hos kolspasienter. Viktigheten av pust og pustefunksjonen nevnes også i første punkt i Henderson (Gonzalez, 2021b, s. 46) 14 punkter for sykepleiers rolle. For å hjelpe på engstelse kan sykepleieren derfor veilede kolspasientene i bruk av velværeteknikkene, eksempelvis dyp pusting eller progressiv muskelavslapning, da disse kan redusere følelsen av engstelse, og gi ro og velvære til pasienten.

Søvnvansker var en av de seks vanligste symptomene rapportert av kolspasienter. Det kan være engstelse som forstyrrer søvnkvaliteten, dyspne, eller en kombinasjon av disse. Viktigheten av søvn kommer frem i Hendersons sjettede punkt. Sykepleieren kan bidra med ulike tiltak for å hjelpe kolspasienten med søvnvansker. For eksempel kan sykepleieren dele kunnskap om hva som utgjør et godt sovemiljø, og kan i samarbeid med pasienten etablere en regelmessig søvn- og hvilerutine. Sykepleieren kan også bidra med kartlegging og vurdering av pasientens søvnmønster. Dette kan bidra til å identifisere potensielle årsaker til engstelse og søvnvansker, og tilrettelegge deretter. I tillegg kan sykepleieren utføre velværefremmende teknikker for å hjelpe pasienten å slappe av.

Sosial støtte anses også som en viktig faktor for å lindre engstelse hos kolspasienter. For eksempel kan sykepleieren anbefale, og tilby, deltagelse i støttegrupper eller lungerehabiliteringsprogram, hvor pasienten kan oppleve å redusere følelsen av en eventuell isolasjon, og få en følelse av å være med i et fellesskap. Blant sykepleieteoriene er det stor enighet om at sosial støtte vil spille en stor rolle for å redusere engstelse og forbedre trivsel. Et eksempel er Lazarus problemfokuserende mestring, hvor deltagelse i støttegrupper hvor man kan få kontakt med andre i lik situasjon er sentralt. Fra omsorgsteorien vil en helhetlig tilnærming inkludere kolspasientens sosiale støttesystem. I studien til Bentsen et al. (2012) understreker de viktigheten av støtte og mestringstro for å lindre blant annet engstelse hos kolspasienter.

Kolspasienter som deltar på lungerehabilitering, kan få økt mestring ved å øke evnen til å håndtere sykdommen på en bedre måte. I Henderson 4 punkt beskriver hun viktigheten av bevegelse En sykepleier kan bidra til dette ved å veilede og oppmuntre kolspasienter

til dette. Dette kan være med på å redusere fysisk ubehag. Ifølge Orems egenomsorgsteori kan det å delta aktivt i egen omsorg være motiverende, og det å gjennomføre en slik rehabilitering vil etter denne teorien være nyttig. Ifølge Benner og Wrubels omsorgsteori, er vaner over tid viktig. I disse rehabiliteringsprogrammene vil pasientene lære seg nye vaner som skal lette hverdagen deres.

Lungerehabiliteringprogrammet blir derfor støttet av disse teoriene.

Det å hjelpe kolspasienter å lære pusteteknikker, som flere av studiene inkludert i denne oppgaven har vist å gi god effekt, er også i tråd med både Henderson, Orems og Benner og Wrubels. Dette fordi slike teknikker er noe som pasienten aktivt kan jobbe med (Orems), og pusten er en av de 14 punktene til Henderson Dette er også en vane som pasienten kan ha over tid, noe som oppfyller Benner og Wrubels. Det kan tenkes at en pusteteknikk har vært effektiv for en pasient i lang tid, men at den blir mindre effektiv om tilstanden forverres. Det er derfor viktig å forstå kolspasientens unike ståsted, ta hensyn til individuelle preferanser, samt involvere pasienten i beslutninger, om sykepleieren skal bidra med å endre tilegnede vaner.

Vi har gjennom denne litteraturgjennomgangen sett at det i teorien er mange verktøy sykepleieren kan ta i bruk for å hjelpe kolspasienter på hjemmebane. På en annen side kan realiseringen av strategiene for å lindre engstelse hos kolspasienter by på utfordringer. En utfordring som kan oppstå er begrensede ressurser og tid til hjemmebasert sykepleietiltak, slik det ble påpekt i studien av Gustafsson & Nordeman (2018). Denne begrensningen kan påvirke flere aspekter av omsorgen. For det første kan det gå utover sykepleier-pasientrelasjonen hvor sykepleiers mulighet for å gi tilpasset informasjon, opplæring og støtte avgrenses. Dette kan gå utover sykepleiers mulighet til å ta hensyn til de individuelle variasjonene blant kolspasienter (Gustafsson & Nordeman, 2018; Steindal et al., 2019). Flere av sykepleieteoretikerne påpeker viktigheten av en god mellommenneskelig relasjon for å kunne etablere en god kommunikasjon. Ifølge Henderson, Orem, og spesielt Travelbee (Gonzalez, 2021b) er en god kommunikasjon grunnleggende for å skape tillit, noe som deretter åpner opp for å dele og forstå pasientens bekymringer, behov og ønsker. God kommunikasjon kan føre til en reduksjon av engstelse hos pasienten gjennom støttende samtaler om man får tid til dette. Tidsbegrensninger kan påvirke den mellommenneskelige relasjonen mellom sykepleier og pasient negativt, da det i tilfeller rett og slett ikke kan være tid til å etablere den gode dialogen.

Det at samarbeid mellom pasient og sykepleier er viktig blir videre understreket i Orems egenomsorgsteori for å oppnå egenomsorg. Kolspasienten må inkluderes aktivt i planer som angår hen. Å delta i beslutninger kan være med å lindre engstelse. Det er da viktig

med en god pasient-sykepleier relasjon, siden dette har stor betydning for selvomsorgen til pasienten. I Orems omsorgsteori er videre støtte og veiledning til å kunne håndtere engstelse, med på å ta ansvar for egen helse. Ved å lære pasienten mestringsstrategier, pusteteknikker eller ved å oppmuntre til å delta i (lunge)rehabiliteringsprogram, bidrar sykepleier til et samarbeid med pasienten hvor hen inkluderes. Dette kan også bare skje om sykepleier og pasienten får nok tid sammen.

Videre kan tilgjengelighet av spesialiserte tjenester og helseinstitusjoner, som CBT og lungerehabiliteringsprogram, være en utfordring i noen områder. Dette kan bidra til å redusere mulighetene som sykepleieren kan tilby av støtte og lindring av engstelse til disse pasientene. I følge Orems omsorgsteori kan da kolspasienter som ikke får mulighet til å delta på potensielt nyttige tiltak føle på engstelse over de begrensede muligheter for forbedring av egen helse.

Samarbeid mellom sykepleiere og andre helsetjenester kan også påvirke hvordan sykepleieren utøver helsehjelp. Som det ble nevnt i artikkelen til Gustafsson og Nordeman (2018), er det tilfeller hvor sykepleier føler på for mye ansvar, og dette kan føre til stress og, i verre tilfeller, utbrenthet av sykepleier. Orems egenomsorg tar ikke bare for seg omsorg for pasienten, men også for sykepleieren. Det kan tenkes at for at sykepleieren skal kunne gi omsorg av høy kvalitet, må sykepleier kunne ta vare på seg selv også.

Alternative tilnærminger for kolssymptomhåndtering kan være nyttig og oppleves som positivt for mange, men det er individuelle forskjeller i respons og preferanser. Det blir derfor vanskelig med en standardisert tilnærming (Bentsen et al., 2012; Volpato et al., 2016; Volpato et al. 2023). Dette synet fremmes i Travelbees teori, hvor hun understreker viktigheten av å forstå pasienten i sin kulturelle og sosiale kontekst (Gonzales, s. 49). Det kan forekomme kulturelle preferanser og verdier som må tas med i tilpasningen, og, så langt det lar seg gjøre, i behandlingen. I Lazarus teori legges det også vekt på individuell tilpasning av mestringsstrategier. Det kan være at kolspasienten opplever økt engstelse ved utførelse av pusteteknikker, men sammen med sykepleier kan de finne ut at andre avspenningsteknikker passer for hen.

Ikke minst kan de ulike strategiene ikke gi den ønskede effekten for alle kolspasienter. Det kan være utfordrende for kolspasienter å ikke oppleve forbedring etter lungerehabiliteringsprogram. Det kan også gå utover deres opplevelse av støtte dersom de opplever at andre i programmet forbedrer sin helse og livskvalitet, mens de selv ikke har fått samme effekt. Det er derfor viktig at sykepleier har kjennskap til pasienten, som nevnes i flere av sykepleierteoriene, f.eks. Henderson, Orem og spesielt Travelbee, for å opprettholde motivasjon og gi dem andre meningsfulle tiltak.

Økt bevissthet på ulike strategier og tiltak kan virke mot sin hensikt. Lungerehabilitering kan gjøre pasientene mer oppmerksom på egne symptomer og begrensninger knyttet til lungesykdommen. For eksempel kan pasientene bli bevisst på potensiell forverring av symptomer eller sykdommen, noe som kan utløse mer engstelse. Det kan derfor ikke understrekes nok at det er viktig å tilby individuell oppfølging og støtte for å kunne fange opp og redusere engstelse hos disse individene. Fra Lazarus følelsesmessig fokusert mestring kan sykepleier tilby støttende samtaler, veiledende avslapningsteknikker, mindfulness og/eller andre teknikker som kan bidra med å hjelpe kolspasienten å regulere følelser og redusere engstelse.

Det kan tenkes at noen av pasientene har behov for en mer spesialisert tilnærming eller tiltak innen både fysiske og psykiske behov. Fra Lazarus problemfokuserede mestringsstrategi kan CBT eller uformelle samtaler med likt fokus på identifisering av negative tankemønstre og endring av dem, være hjelpsomt. Sykepleier kan oppmuntre kolspasienten til å reflektere over bekymringer og utfordre dem, både gjennom motargumenter og ved å undersøke bedre alternativer. Videre påpekes det i omsorgsteorien at man må se på pasienten i et helhetlig perspektiv; hvilket kan innebære å vurdere om pasients emosjonelle tilstand/fysiske tilstand er for alvorlig for hjemmebasert pleie. Sykepleieren må ta stilling og vurdere pasientens individuelle behov, og om det er nødvendig å henvise hen til andre fagpersoner eller andre spesialiserte tjenester (Gustafsson & Nordeman, 2018).

## 5.2 Styrker og svakheter med oppgaven

Vi brukte noen ulike søkeord i våre søk etter forskningsartikler, dette kan ses på som en svakhet med tanke på systematikken i litteraturstudiet. Vi begrunner vår avgjørelse med at vi ikke fant nok relevante artikler knyttet til vår problemstilling med standardiserte søkeord. Vi måtte legge til eller endre søkeord for å få flere treff som var relevante for vår oppgave. Videre i søkeprosessen brukte vi også databasen Cinahl, der vi fant noen artikler, men etter analysen konkluderte vi med at disse artiklene falt utenom oppgaven og ble derfor ikke inkludert.

En annen svakhet med oppgaven er at den kunne hatt kun fokus på sykepleieperspektiv, men vi så det på som en styrke å også inkludere pasientperspektiv da det vil bidra til en bredere forståelse og bedre svar rundt vår problemstilling. En annen styrke er at vi har foretatt en systematisk analyse av artiklene ved bruk av Evans (2002) metode.

## 5.3 Konklusjon

Vi har sett på hvordan sykepleier kan lindre engstelse hos hjemmeboende kolspasienter. Gjennom analyse av relevante artikler, og perspektiver fra flere sykepleieteoretikere, har vi identifisert flere viktige tiltak som kan bidra til å lindre engstelse hos hjemmeboende kolspasienter.

I samsvar med Hendersons teori om grunnleggende behov, er det viktig at sykepleieren fokuserer på pasientens behov for trygghet. Sykepleieren kan gjennomføre dette ved å gi grundig informasjon og opplæring om KOLS og mestringsstrategier. Pasientopplæring og kunnskap om KOLS kan bidra til å redusere usikkerhet og engstelse.

Egenomsorgsteorien av Orem nevner viktigheten av at pasienten deltar aktivt i egen omsorgsprosess. Sykepleieren kan oppmuntre kolspasienten til å lære og praktisere pusteteknikker, delta på lungerehabilitering og utforske andre mestringsstrategier.

Lazarus teori fremhever betydningen av kognitive og emosjonelle tilnærminger for å redusere engstelse. CBT kan være nyttig for å identifisere og endre negative tankemønstre. Sykepleieren kan veilede kolspasientene til å utforske og utfordre bekymringer, og bidra til utvikling av mer effektive mestringsstrategier.

Tilstedeværelse og emosjonell støtte understrekes som noe av det viktigste i Benner og Wrubels omsorgsteori. Sykepleieren kan blant annet tilby støttende samtaler, veiledning i velværeteknikker, og tilrettelegge for deltagelse i sosialt fellesskap. Fellesskap kan gi kolspasientene en følelse av tilhørighet, og redusere isolasjon.

Til slutt legger Travelbees omsorgsteori vekt på forståelsen av pasientens kulturelle og sosiale kontekst. Det er viktig at sykepleieren er oppmerksom på de forskjellige verdier og preferanser kolspasientene har fra sine individuelle og kulturelle bakgrunner.

Felles for alle sykepleieteoretikerne er samarbeidet mellom sykepleier og pasient. Sykepleieren må arbeide for å etablere et tillitsfullt forhold, hvor også pasienten selv involveres i beslutninger som omgås deres omsorg. Sykepleierens rolle er sentral for å skape et støttende og trygt miljø for kolspasientene.

Viktige utfordringer som må tas med er begrensede ressurser og tid i hjemmebasert omsorg. Dette kan påvirke både kvaliteten og muligheten for individuelt tilpasset omsorg. Videre kan tilgjengeligheten av helsespesialiserte tjenester og institusjoner være begrenset i noen områder. Dette kan påvirke mulighetene for ulike typer tiltak.



Samlet sett er sykepleiers rolle viktig for å lindre engstelse hos hjemmeboende kolspasienter. Sykepleier kan bidra med informasjon, veiledning, støtte og tilrettelegging, noe som kan hjelpe kolspasienter med å redusere engstelse, og øke livskvalitet og mestringsevnen.

Ytterligere forskning og utvikling av de ulike tiltakenes effektivitet, kan gi sykepleieren et enda bedre grunnlag for å tilby optimal omsorg for kolspasienter som mottar hjemmebasert omsorg.

# Referanser

- Bakkeland, Jon, Thorsen, Bernt Henrik, Almås, Hallbjørg, Sorknæs, Anne Dichmann & Grønseth, Randi. (2016). Sykepleie ved lungesykdommer. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie : 1* (5. utg., Bd. 1, s. 117-182). Gyldendal akademisk.
- Bentsen, S. B., Rokne, B. & Wahl, A. K. (2013a). Comparison of health-related quality of life between patients with chronic obstructive pulmonary disease and the general population. *Scand J Caring Sci*, 27(4), 905-912.  
<https://doi.org/10.1111/scs.12002>
- Bentsen, S. B., Wentzel-Larsen, T., Henriksen, A. H., Rokne, B. & Wahl, A. K. (2013b). Anxiety and depression following pulmonary rehabilitation. *Scand J Caring Sci*, 27(3), 541-550. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01064.x>
- Dahl, Alv A. (2021). Psykiske lidelser - teoretiske forståelsesmodeller. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser : faglig forståelse og terapeutisk tilnærming : sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utg., s. 8-13). Gyldendal.
- Dalland, Olav. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Aust J Adv Nurs*, 20(2), 22-26.
- Fjørtoft, Ann-Kristin. (2019). *Hjemmesykepleie : ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Fagbokforl.
- Gonzalez, Marianne Thorsen. (2021a). Relasjonsarbeid - sykepleieprosessens mellommenneskelige del. I *Psykiske lidelser : faglig forståelse og terapeutisk tilnærming : sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utg., s. 57-67). Gyldendal.
- Gonzalez, Marianne Thorsen. (2021b). Sykepleiefaglige perspektiver ved psykiske lidelser. I *Psykiske lidelser : faglig forståelse og terapeutisk tilnærming : sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utg., s. 44-56). Gyldendal.
- Grundt, Heidi & Mjell, Johnny. (2016). Sykdommer i respirasjonsorganene. I E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 239-252). Gyldendal akademisk.
- Gustafsson, T. & Nordeman, L. (2018). The nurse's challenge of caring for patients with chronic obstructive pulmonary disease in primary health care. *Nurs Open*, 5(3), 292-299. <https://doi.org/10.1002/nop2.135>

- Håkonsen, Kjell Magne. (2020). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Helsebiblioteket. (2016). *Sjekklistet*. Helsebiblioteket. Hentet 03.04.2023 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistet>
- Helsebiblioteket. (2021). *PICO*. Helsebiblioteket. Hentet 02.04.2023 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#2sporsmalsformulering-21-pico>
- Hjalmarsen, Audhild. (2012). *Lungerehabilitering : KOLS og andre lungesykdommer*. Cappelen Damm akademisk.
- Melhem, O., Savage, E. & Lehane, E. (2021). Symptom burden in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Appl Nurs Res*, 57, 151389. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151389>
- Mewes, R., Rief, W., Kenn, K., Ried, J. & Stenzel, N. (2016). Psychological predictors for health-related quality of life and disability in persons with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Psychol Health*, 31(4), 470-486. <https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1111369>
- Nortvedt, Per & Grønseth, Randi. (2016). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie : 1* (5. utg., Bd. 1, s. 17-40). Gyldendal akademisk.
- Norweg, A. & Collins, E. G. (2013). Evidence for cognitive-behavioral strategies improving dyspnea and related distress in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 8, 439-451. <https://doi.org/10.2147/copd.S30145>
- NTNU. (2023). *Databaser/Artikler*. Hentet 02.04.2023 fra [https://www.ntnu.no/blogger/ub-mh/finn-litteratur/databaser-artikler/?fbclid=IwAR2Q\\_8Yw2JN2Ks7a9A6cekvFSW-4oN3vMhz4BW-h\\_-xSJV3XKzxFYDYqSE](https://www.ntnu.no/blogger/ub-mh/finn-litteratur/databaser-artikler/?fbclid=IwAR2Q_8Yw2JN2Ks7a9A6cekvFSW-4oN3vMhz4BW-h_-xSJV3XKzxFYDYqSE)
- Nystad, Wenche. (2022, 09.11.2014). *Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) i Norge*. Folkehelseinstituttet. Hentet 07.04.2023 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kols>
- Steindal, S. A., Torheim, H., Oksholm, T., Christensen, V. L., Lee, K., Lerdal, A., Markussen, HØ, Gran, G., Leine, M. & Borge, C. R. (2019). Effectiveness of nursing interventions for breathlessness in people with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*, 75(5), 927-945. <https://doi.org/10.1111/jan.13902>
- Thidemann, Inger-Johanne. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Volpato, E., Banfi, P., Rogers, S. M. & Pagnini, F. (2015). Relaxation Techniques for People with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review and a Meta-Analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2015, 628365.

<https://doi.org/10.1155/2015/628365>

Volpato, E., Farver-Vestergaard, I., Brighton, L. J., Peters, J., Verkleij, M., Hutchinson, A., Heijmans, M. & von Leupoldt, A. (2023). Nonpharmacological management of psychological distress in people with COPD. *Eur Respir Rev*, 32(167).

<https://doi.org/10.1183/16000617.0170-2022>



