

Hvilke sykepleietiltak kan øke mestring hos KOLS-pasienter med angst og depresjon?

Kandidatnummer: 601 og 640
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie
BSY-500

Antall ord: 8964
Dato: 03.01.2023



Lovisenberg
diakonale høgskole

Tittel: Hvilke sykepleietiltak kan øke mestring hos KOLS-pasienter med angst og depresjon?

Innledning

I denne delen av oppgaven presenteres bakgrunn for valg av tema og sykepleiefaglig relevans for vår problemstilling. Deretter vil vi avgrense og presisere problemstillingen, samt presentere målgruppe og kontekst. Til slutt legger vi frem begrepsavklaring på nøkkelbegreper i litteraturstudien.

Metode

Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie som bygger på resultater fra fire forskningsartikler og annen eksisterende forsknings- og faglitteratur som belyser vår problemstilling. De fire forskningsartiklene har blitt funnet gjennom ulike søkeord i databasene CINAHL og PubMed.

Resultat:

Resultatene av forskningsartiklene presenteres i en matrise. Deretter presenteres en samlet syntese av hovedresultatene i forskningsartiklene, med ulike elementer som påvirker mestring og KOLS-pasientens angst og depresjon. Elementer som blir presentert er blant annet helsekompetanse, 'opplevelse av sammenheng', resiliens og sosial støtte.

Diskusjon

Det teoretiske grunnlaget blir drøftet opp mot resultatene i forskningsartiklene samt annen fag- og forskningslitteratur. Det belyses flere faktorer som påvirker angst og depresjon hos KOLS-pasienten og hvilke sykepleietiltak som styrker pasientens forutsetninger for mestring. Vi diskuterer først hvordan det kan oppleves å leve med KOLS og sykdommens relasjon med angst og depresjon. Deretter ser vi på begrepet mestring i lys av forskningsutvalget og Lazarus og Folkmans mestringsteori. Videre ser vi nærmere på sykepleietiltak som kan fremme mestring, samt hvilke rammebetingelser og barrierer som kan hemme sykepleieutøvelsen. Til slutt trekkes undervisning og helsekompetanse inn som påvirkende faktor på KOLS-pasientens angst, depresjon og mestring.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Sykepleiefaglig relevans	2
1.3 Hensikt og problemstilling	2
1.4 Avgrensning	2
1.5 Begrepsavklaring	3
2.0 Teoretisk kunnskapsgrunnlag	5
2.1 KOLS-pasienten	5
2.2 Mestring	7
2.3 Helsekompetanse og brukermedvirkning	8
2.4 Sykepleiers rolle	10
2.5 Ethiske og juridiske perspektiver	12
3.0 Metode	14
3.1 Litteraturstudie	14
3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler	14
3.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier	15
3.4 Øvrig fag- og forskningslitteratur	18
4.0 Resultater	19
4.1 Presentasjon av artiklene i matrise	19
4.2 Syntese av resultatene	21
5.0 Diskusjon	22
5.1 Å leve med KOLS	22
5.2 Mestring	23
5.3 Sykepleietiltak, rammebetingelser og barrierer	24
5.4 Undervisning og helsekompetanse	28
5.5 Metodediskusjon	30
6.0 Konklusjon	33
Referanseliste	34
Vedlegg	43

1 Innledning

KOLS er en forkortelse for kronisk obstruktiv lungesykdom. En stor del av denne pasientgruppen opplever angst og depresjon som en sekundærtilstand til sykdommen, noe som påvirker deres evne til mestring. I tillegg til angst og depresjon kan pasientgruppen oppleve påkjenninger som respirasjonsproblemer, søvnevansker og ernæringsproblematikk (Borge, 2021, s. 104; Grønseth et al., 2022, s. 164, 166, 195). Det kliniske omfanget av KOLS er ofte undervurdert, og flere opplever tilbakefall av sykdommen med episoder av akutt forverring. Dette medfører hyppige sykehusinnleggelseser og pasientene flyttes mellom ulike nivåer i helsevesenet. Dette er en slitsom prosess for pasientene og også belastende for samfunnet i form av ressurser og kostnader (Nielsen et al., 2011, s. 485; Oksholm, 2019, s. 255). På bakgrunn av KOLS-pasientens psykiske og fysiske belastninger er det viktig at sykepleier iverksetter tiltak som kan bidra til helsekompetanse og mestring over egen sykdom. Temaet for vår oppgave er mestring av psykososiale aspekter ved KOLS, hvor vi vil se på hvordan sykepleier kan iverksette tiltak for å fremme mestring hos KOLS pasienter med angst og depresjon.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

På verdensbasis er KOLS den sykdommen som øker raskest og er den tredje hyppigste dødsårsaken globalt (World Health Organization, 2022). Estimerer fra befolkningsundersøkelser tyder på at minst 200 000 har KOLS i Norge. Man kan forvente enda høyere forekomst siden diagnosen er underdiagnostisert (Leivseth et al., 2017, s. 55). KOLS-pasienter representerer 6% av alle akuttinnleggelseser og utgjør en av de største pasientgruppene som får behandling i norske sykehus (Leivseth, 2017, s. 45). Forskning viser at KOLS-pasienter med angst og depresjon har høyere sannsynlighet for sykehusinnleggelse, lengre sykehusopphold og høyere mortalitet etter utskrivelse (Pooler & Beech, 2014, s. 315). Ved å iverksette tiltak kan sykepleier hjelpe pasienten med å mestre aspekter ved egen sykdom og dermed redusere reinnleggelseser.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Oppgavens kontekst er møtet mellom sykepleier og pasient på sengepost i spesialisthelsetjenesten i forbindelse med KOLS-forverring. Samhandlingsreformen har medført kortere liggetid i sykehus og et større ansvar er overført til primærhelsetjenesten. Møtet mellom sykepleier og pasient blir dermed tidsmessig begrenset (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, s. 3). Det stilles derfor større krav til sykepleier å iverksette gode behandlingstiltak, sikre kontinuitet og god oppfølging til en pasientgruppe med hyppige reinnleggelser. Innenfor gitte rammebetingelser har sykepleier en sentral oppgave i å hjelpe pasienten med å mestre konsekvenser av egen sykdom, behandling og helsesvikt (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 7). Dette inngår i den personsentrerte omsorgen hvor sykepleier møter KOLS-pasienten som et medmenneske og ser pasienten bak sykdom og funksjonsnedsettelse (Johansen, 2020). Dersom sykepleieren ser pasienten i lys av sykdommen og eventuelt lar egne fordommer mot KOLS påvirke pasientbehandlingen kan det true den personsentrerte omsorgen (Grønseth et al., 2022, s. 164-165). Det er viktig at sykepleieutøvelsen ikke påvirkes av egne fordommer, særlig da KOLS-pasienter med angst og depresjon har behov for psykososial støtte. Ved å ha en personsentrert tilnærming setter man pasienten i sentrum og kan dermed hjelpe pasienten å gjenvinne funksjon, selvstendighet og fremme mestring (Johansen, 2020).

1.3 Hensikt og problemstilling

Den overordnede hensikten med denne litteraturstudien er å kartlegge hvilke tiltak sykepleier kan utføre for å øke mestring og dermed redusere KOLS-pasienters angst og depresjon. Basert på oppgavens hensikt er følgende problemstilling formulert: Hvilke sykepleietiltak kan øke mestring hos KOLS-pasienter med angst og depresjon?

1.4 Avgrensning

Problemstillingen tar for seg KOLS-pasienter med angst og depresjon. Forskningsartiklene i artikkelutvalget avgrensner ikke etter pasientenes GOLD-stadium, derfor avgrensnes det heller ikke i denne litteraturstudien. Likevel er det høyere prevalens av angst og depresjon hos pasienter i GOLD-stadium 3 (alvorlig) og 4 (meget alvorlig) og disse pasientene har hyppigst

kontakt med spesialisthelsetjenesten ved sykdomsforverring (GOLD, 2018, s. 29, 31; Lee et al., 2013, s. 473). Hovedfokuset for oppgaven vil derfor bli på KOLS-pasientene med mer alvorlig og utviklet sykdom. Det er heller ingen avgrensning i forhold til kjønn, da problemstillingen er relevant for begge kjønn og det ikke er noen vesentlig kjønnsforskjell i forekomsten av KOLS-forverring (Nystad et al., 2018). Litteraturstudien inkluderer kun KOLS-pasienter over 40 år da majoriteten av de som rammes av sykdommen er i denne aldersgruppen (Leivseth et al., 2017, s.11). Oppgaven ekskluderer pasienter med kognitiv funksjonsnedsettelse da denne pasientgruppen krever andre tiltak og en annen kommunikasjonstilnærming. Oppgavens kontekst fokuserer på møte med KOLS-pasienter på sengepost i spesialisthelsetjenesten.

1.5 Begrepsavklaring

KOLS

KOLS er forkortelse for kronisk obstruktiv lungesykdom, og er en samlebetegnelse for kronisk lungesykdom som fører til redusert luftstrøm i luftveiene. KOLS klassifiseres i fire GOLD-stadier basert på pasientens luftstrøm og symptombyrde. Hvilket GOLD-stadium pasienten befinner seg i påvirker prevalensen for angst og depresjon (GOLD, 2018, s. 117).

Angst

Angst er et tvetydig begrep som både omfavner en gruppe psykiske lidelser, men er også et symptom i seg selv. I denne oppgaven bruker vi begrepet angst som et symptomatisk fenomen fremfor de psykiske lidelsene begrepet omfavner. Angst karakteriseres av engstelse, uro, panikk og frykt, og pasienten opplever ofte bekymring og katastrofetenkning (Ebrahimi, 2020).

Depresjon

Depresjon er en stemningslidelse som preges av nedstemthet, depressive tanker og manglende evne til å føle på glede (Norsk Helseinformatikk [NHI], 2022a). I denne oppgaven brukes begrepet depresjon med fokus på de depressive symptomene og ikke depresjon som en klinisk diagnostisert psykiatrisk lidelse. Dette er fordi mange av pasientene opplever dette uten at det er diagnostisert, og at symptomene kommer som en naturlig sekundærtilstand til kronisk somatisk sykdom.

Mestring

Mestring blir ofte omtalt i forbindelse med håndtering av stressende opplevelser, problemer og utfordringer (Svartdal, 2018). Det er mange faktorer som påvirker mestring, blant annet personlighetstrekk, pasientens mestringstro og karakteristika ved stressituasjonen. Pasienten kan anvende ulike mestringsstrategier presentert i 2.2 som påvirker utfallet av KOLS-pasientens stressituasjon.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

2.1 KOLS-pasienten

KOLS

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er et samlebegrep for irreversible kroniske tilstander som medfører økt luftmotstand i luftveiene og redusert gassutveksling i lungene. Pasientgruppen tar stor plass i norsk helsevesen og sykdommen forårsaker 10 000 innleggelses i året (Grundt, 2022, s. 229). Innleggelsene er hovedsakelig relatert til KOLS-forverring. Sykdomsårsaken er primært inhalering av skadelige partikler eller gass som gir kronisk inflammasjon og dermed ødelegger bronkier og perifere luftveier (Grundt, 2022, s. 228). Det er tobakksrøyk som er hovedårsaken i to tredjedeler av tilfellene i Norge (NHI, 2022b). Forekomsten øker med alder og antall røykeår, og begge faktorene har forsterkende effekt på sykdomsutviklingen (Grønseth et al., 2022, s. 160). Det kan ta mange år før diagnosen stilles da tidlige symptomer som redusert fysisk funksjon og dyspné kan misoppfattes som normale aldersforandringer. KOLS er en progredierende sykdom der symptomene stadig blir mer fremtredende ved lavere aktivitetsnivå (Grundt, 2022, s. 230). Det er likevel et skiftende forløp hvor symptomene er mer fremtredende i noen perioder, men oppleves bedre i andre (Borge, 2021, s. 103). Symptomene består hovedsakelig av hoste, økt slimproduksjon i lungene og dyspné. Dyspné er et symptom som ofte oppleves svært plagsomt, og kan føre til engstelse, panikkfølelse, frustrasjon og frykt. På denne måten påvirker dyspné KOLS-pasientens forutsetninger for mestring (Borge, 2021, s. 104).

En rekke av pasientens grunnleggende behov kan bli truet av sykdommen. Sirkulasjon og respirasjon påvirkes gjennom økt puls og respirasjonsfrekvens, da kroppen forsøker å kompensere for lavt oksygeninnhold i blodet (Grønseth et al., 2022, s. 162). Diagnostikken består av klinisk undersøkelse, spirometri og anamnese. Å utelukke differensialdiagnoser som astma, hjertesvikt og lungekreft er også sentralt (Grundt, 2022, s. 231; Helsedirektoratet, 2022c, s. 6). Behandlingen består oftest av en kombinasjon av medikamenter, rehabilitering, trening og motivering til røykeslutt for å bremse sykdomsutviklingen (Grønseth et al., 2022, s. 161-162). Det er ingen helbredende behandling for KOLS, og derfor viktig å redusere risikofaktorer som kan forverre tilstanden, undervise og veilede pasienten for å fremme mestring.

Angst og depresjon

Denne oppgaven fokuserer på angst og depresjon som fenomener og symptomer sekundært til somatisk sykdom. Pasienter med KOLS har høyere forekomst av angst og depresjon enn den øvrige befolkningen (Grønseth et al., 2022, s. 164). Dette kan medføre fysiske begrensninger og sosial isolasjon som videre reduserer livskvaliteten og gir tidligere død (Helsedirektoratet, 2012, s. 106). Angst er en følelse av uro, anspenhet og frykt som typisk medfører kroppslig sympatikusaktivering. Kjentegn på dette er hjertebank, takykardi og subjektiv opplevelse av å ikke få puste (Oksholm, 2019, s. 255). Ofte omtales angst som en irrasjonell frykt, men hos KOLS-pasienter er denne frykten reell, da KOLS kan være en livstruende tilstand (Oksholm, 2019, s. 255). KOLS kan hemme pasientens livsutfoldelse, noe som gjør at mange KOLS-pasienter med angst utvikler depresjon senere i sykdomsforløpet (Skre, 2020). Depresjon er karakterisert ved senket stemningsleie, interesse- og gledesløshet, energitap, søvnevansker, samt vanskeligheter med å ta beslutninger (NHI, 2022a).

KOLS-pasientenes opplevelse av å ikke få puste er årsaken til at mange med sykdommen utvikler angst (Grundt, 2022, s. 231). Det er også vanlig at pasientene utvikler angst for fremtidige sykdomsforverring, fordi dyspné og angst gjensidig forsterker hverandre (Grønseth et al., 2022, s. 164). Dette gjør KOLS-pasienten med angst mer utsatt for tilbakefall enn de KOLS-pasientene som ikke har angstproblematikk (Oksholm, 2019, s. 255). For mange er røyking en løsning som demper angst, og det kan dermed være utfordrende å slutte å røyke selv om det er noe av det viktigste i KOLS-behandlingen (Grønseth et al., 2022, s. 164). Angst og depresjon er ikke bare til stede på grunn av symptombyrden, for mange vil det også være relatert til det faktum at sykdommen er progredierende og uten helbredende behandling (Grundt, 2022, s. 132). Det er særlig pasientene med alvorlig dyspné og hyppige sykdomsforverring som opplever psykiske plager (Oksholm, 2019, s. 255). Et annet aspekt ved KOLS som kan føre til depresjon og nedsatt livskvalitet er hoste, da dette kan oppleves som sosialt belastende (Grønseth et al., 2022, s. 164).

2.2 Mestring

Lazarus & Folkman definerer mestring som “et kontinuerlig skifte av kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke ytre og/eller indre krav som vurderes til å beslaglegge eller utarme ressursene til personene” (1984, s. 141). Behovet for mestring oppstår i mellomrommet mellom forandring og tilpasning (Tveiten, 2016, s. 19). Evne til mestring utvikles gjennom hele livsløpet og er en viktig ressurs for å takle utfordrende situasjoner og er en viktig forutsetning for læring. Mestring og stress er nært relatert, hvor pasientens oppfattelse av stresssituasjonen påvirker hvorvidt det er sunt eller usunt stress. Å endre oppfattelse av situasjonen forutsetter sosial støtte og kunnskap om hvordan selvregulering kan gi andre perspektiver på stressituasjonen (Helsedirektoratet, 2017b, s. 5). Stresserfaringer kan gi ulike utfall, enten i form av fysiologiske (respirasjonsproblemer) eller psykologiske belastningsopplevelser (angst og depresjon). Et utfall er også mestring som følge av at en erfarer å håndtere stressituasjonen (Helsedirektoratet, 2017b, s. 7).

Lazarus og Folkmans mestringsteori danner grunnlaget for oppgavens sykepleiefaglige perspektiv. Mestringsteorien beskriver mestring som en prosess som foregår mellom individet og situasjonen, hvor individet kan oppleve en uoverensstemmelse mellom kravene til situasjonen og individets biologiske, sosiale og psykiske ressurser (Helsedirektoratet, 2017b, s. 5). Dette kan være en situasjon hvor en med KOLS får pustebesvær og ikke vet hvilke ressurser som kan anvendes for å mestre situasjonen. Hvordan pasienten tolker og vurderer den aktuelle hendelsen har stor betydning for hvilke reaksjoner som oppstår i etterkant. Lazarus og Folkman har derfor delt tolknings- og vurderingsprosessen inn i tre stadier: primær-, sekundær- og retolkning (1984, s. 305). I det første stadiet beskriver modellen hvordan personlige og situasjonelle forhold påvirker pasientens primærtolkning av situasjonen. Primærtolkningen kan anses som pasientens umiddelbare forståelse av hvordan situasjonen vil påvirke hans eller hennes liv. Videre i sekundærtolkningen vil pasienten underbevisst velge en mestringsstrategi for å redusere eller fjerne stressorer. Disse strategiene kan være problemfokuserte, emosjonsfokuserte eller en unngåelsesstrategi (Lazarus & Folkman, 1984, s. 135, 150).

Sekundærtolkningen av stressituasjonen bestemmer hvordan pasienten mestrer situasjonen (Lazarus & Folkman, 1984, s. 305). Under en KOLS-forverring velger individet en

mestringsstrategi for å redusere eller fjerne dyspnéen og uroen man opplever. Da anvender pasienten en problemfokusert, emosjonsfokusert eller en unngåelsesstrategi.

Sekundærtolkningen bestemmer de kortsiktige og langsiktige resultatene av stressituasjonen (Lazarus & Folkman, 1984, s. 305). For eksempel kan det kortsiktige resultatet være at KOLS-pasienten opplever negative følelser og angst, som vil gi en fysisk endring ved å forverre dyspnéen. Da KOLS-symptomene øker i takt med sykdommen kan det på lang sikt medføre depresjon, nedsatt livskvalitet, sosial isolasjon og dårligere somatisk helse (Grønseth et al., 2022, s. 164).

En problemfokusert strategi er en mestringsstrategi der pasienten identifiserer stressoren og aktivt prøver å løse situasjonen handlings- og resultatrettet. Dette kan for KOLS-pasienten eksempelvis være å ta inhalator-medisin eller å benytte pusteteknikker for å redusere dyspné. Den emosjonsfokuserte mestringsstrategien forklarer hvordan pasienten kan mestre stressituasjonen ved å regulere følelsene sine som videre kan redusere angst og uro (Lode, 2016, s. 42). Dette er relevant fordi symptomene på angst og pustebesvær bør ses i en sammenheng. Det er like viktig å forebygge angst og uro som det er å behandle pasientens pustebesvær (Grønseth et al., 2022, s. 171-172). Pasienten kan også benytte unngåelsesstrategi, denne brukes når pasienten ønsker å unngå eller fornekte stressituasjonen. Det krever handling å redusere KOLS-forverringene, å fornekte eller å unngå situasjonen kan derfor være uhensiktsmessig (Lazarus & Folkman, 1984, s. 135; Lode, 2016, s. 43). Unngåelsesstrategi kan begrense en å få et best mulig liv med sykdommen, spesielt da KOLS er en progredierende og ikke-reversibel sykdom. Siste stadiet i Lazarus og Folkmans tolknings- og vurderingsprosess er retolkningen. I retolkningen evaluerer pasienten om den valgte mestringsstrategien var den mest hensiktsmessige (Lazarus & Folkman, 1984, s. 53).

2.3 Helsekompetanse og brukermedvirkning

Helsekompetanse og brukermedvirkning er to begreper som stadig får mer oppmerksomhet i helsetjenesten. I 2019 publiserte Helse- og omsorgsdepartementet en strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen. Denne strategien introduserte begrepet helsekompetanse offisielt for første gang og at dette er noe som behøver å belyses for å nå Regjeringens mål om en likeverdig helsetjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019; Le et al., 2021, s. 3). Helsekompetanse omhandler individets forståelse, vurdering og anvendelse av

helseinformasjon, og gir en forutsetning for å mestre og behandle sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 6, 9). Helsekompetanse er dynamisk, og en person kan ha ulik helsekompetanse relatert til ulike tematikker eller kontekster (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 5). KOLS-pasienten kan eksempelvis ha mer kompetanse om medisin håndtering enn håndtering av psykisk belastende situasjoner. Redusert helsekompetanse resulterer ofte i redusert helse, oppfølging av egen sykdom og bruk av forebyggende helsetjenester og dermed økt risiko for akutte sykehusinnleggelser og død (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 8; Tveiten, 2020, s. 52). Personer med redusert helsekompetanse har også en tendens til å stille helsepersonell færre spørsmål. Helsepersonellet kan dermed få en misoppfatning om at pasienten har tilstrekkelig kunnskap og innsikt i sykdommen.

På grunn av samfunnets utvikling er helsekompetanse et tema som øker i aktualitet. Dagens helsevesen er mer digitalisert og komplekst enn tidligere, noe som setter krav til økt kunnskap om digital kompetanse og språkferdigheter hos pasientene. Migrasjon har medført et flerkulturelt samfunn, noe som kan påvirke den generelle helsekompetansen på bakgrunn av eventuelle språkbarrierer og annen helseforståelse (Tveiten, 2020, s. 52). Forskning innen sykdom og behandling har også medført et mye større felt å navigere seg innenfor enn tidligere. Det kan være særlig utfordrende for KOLS-pasienter da de hovedsakelig tilhører generasjonen hvor digitalisering ikke var like omfattende.

Lav helsekompetanse er mer utbredt hos de med høy alder, kronisk sykdom, lavt utdanningsnivå, kognitiv svikt, lav digital kompetanse og annen kulturell bakgrunn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 8-9). Økt grad av helsekompetanse vil være hensiktsmessig for samfunnsøkonomien og bærekraft. Lav helsekompetanse kan øke helseutgiftene i det totale nasjonale helsebudsjettet med omtrent 3-5% ved feil medikamentbruk, overdiagnostisering og overbehandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 9). Helsekompetanse oppstår i en kombinasjon mellom individets egenskaper og eksterne forhold. Det at informasjon er lett tilgjengelig, forståelig og at helsepersonellet kommuniserer tydelig og tilpasser kommunikasjonen kan fremme pasientens helsekompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 12-13, 20; Le et al., 2021, s. 3). Helsekompetanse har ikke vært et begrep som har vært i bruk før Helse- og omsorgsdepartementets strategi kom ut i 2019. Artikkene bruker begrepet sykdomskompetanse, men i norsk kontekst inngår dette som

en underkomponent av helsekompetanse og vi vurderer de som like relevante. Vi velger derfor å bruke helsekompetanse videre i oppgaven.

Helsekompetanse er en forutsetning for brukermedvirkning, som er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1). Loven presiserer at pasient eller bruker har rett til å medvirke ved valg av behandling, undersøkelser og tjenester innenfor det som er tilgjengelig og forsvarlig. Brukermedvirkning og samvalg forsikrer også sykepleier om at pasienten har forstått innholdet av informasjonen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

Brukermedvirkning kan deles inn i ulike nivåer. På individnivå omhandler brukermedvirkning retten og muligheten til å ha innflytelse på egen behandling og hjelp, noe som kan øke motivasjon for etterlevelse av behandling og en opplevelse av integritet. Her spiller samvalg sin rolle som er en prosess der KOLS-pasienten sammen med helsepersonell tar beslutninger om hva som er best for pasienten (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 6). På klinikknivå og systemnivå er brukermedvirkning mer rettet mot at brukeren av helsetjenesten gjennom råd, utvalg og organisasjoner får innflytelse på organisering, utforming og gjennomføring av behandlingstilbud, noe som er sentralt for kunnskapsbasert praksis (Bahus, 2022; Helsedirektoratet, 2022a). Denne oppgaven fokuserer primært på brukermedvirkning på individnivå. På individnivå vil brukermedvirkning sikre viktige prinsipper som autonomi og selvbestemmelse, noe som kan gi pasienten eller brukeren en opplevelse av at behandlingen foregår på deres premisser og med respekt for deres verdighet (Helsedirektoratet, 2022a). Informasjon, undervisning og veiledning er viktige komponenter for brukermedvirkning på individnivå og er derfor en forutsetning for mestring (Vågan, 2022).

2.4 Sykepleiers rolle

Sykepleie er en profesjon med et bredt og variert spekter av arbeidsoppgaver. De første sykepleieteoretikerne fokuserte på sykepleie som å hjelpe pasienten med å håndtere sin opplevelse og konsekvenser av sykdom (Holter, 2015, s. 110). Dette innebar å følge opp medisinsk behandling og konsekvenser av den, implementere målrettede tiltak, veilede pasienten til bedring og god sykdomshåndtering, samt tilrettelegge for en verdig død (Rotegård et al., 2015, s. 246).

For å utøve god sykepleie må sykepleieren forstå og ta hensyn til at alle pasienter har individuelle ulikheter og behov, og derfor ikke kan behandle alle på samme måte. Sykepleieren må ha tilstrekkelig situasjonsbasert forståelse og kunnskap om anatomi, fysiologi og patofysiologi for å kunne gjøre gode observasjoner og vurdere symptomer (Holter, 2015, s. 112-113). Nightingale hevdet også at gode kunnskaper om fysiologi og patofysiologi var grunnleggende for å hjelpe pasienten til å føle på mestring (Holter, 2015, s. 110-111). Denne kunnskapen er en viktig del av kartleggings- og dokumentasjonsprosessen og videre pasientbehandling hvor målet er å iverksette hensiktsmessige tiltak. Psykologiske og sosiologiske kunnskaper er også viktig for å kunne vurdere og forstå pasientens verbale og fysiske uttrykk (Holter, 2015, s. 113). I tillegg er etisk kunnskap sentralt for å lykkes i den asymmetriske maktrelasjonen mellom pasient og pleier (Lillemoen, 2015, s. 297). De nevnte kunnskapsfaktorene, i kombinasjon med verdier og praktisk erfaring utgjør det profesjonelle skjønnet som er viktig for å sikre personsentrert sykepleie (Holter, 2015, s. 113).

Sykepleierens funksjon er en dynamisk helhet der faktorer som tid, sted og situasjon påvirker hvilke av funksjonsområdene som er mest fremtredende (Stubberud, 2018, s. 13).

Sykepleierens helsefremmende og undervisende funksjon er det mest essensielle i denne oppgaven da disse funksjonene er rettet mot sykdomsmestring. Den helsefremmende funksjonen omhandler å styrke pasientens ressurser slik at pasienten kan opprettholde sine normale funksjoner. I tillegg belyser den ulike tiltak som omhandler å forhindre komplikasjoner og forebygge nye helseproblemer (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 8). Den undervisende funksjonen omhandler informasjon, undervisning og veiledning av pasienter, samt pårørende, medarbeidere og studenter. Den undervisende funksjonen er viktig for pasientens evne til mestring (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 9). For å sikre et helhetlig og kvalitetssikkert pasientforløp er også sykepleiers funksjon i team essensielt. Samarbeid og samhandling mellom ulike yrkesgrupper og nivåer av helsetjenesten er her sentralt (Kristoffersen et al., 2021, s. 23).

Hvilken kontekst sykepleieren befinner seg i er avgjørende for hvilke rammebetingelser som påvirker sykepleieutøvelsen. Rammebetingelser kommer hovedsakelig fra systemiske hold, og omhandler blant annet helseøkonomien. Innføringen av Samhandlingsreformen er et eksempel på dette som medførte reduksjon av antall senger i sykehus og endring av finansieringsordninger. Dette har igjen ført til økt press for å redusere behandlingstid på sykehus og rask utskrivning av pasienter til primærhelsetjenesten (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2011; Oksholm, 2021, s. 78). Spesialisthelsetjenesten preges av korte liggetider og sykepleiere som opplever at tid og ressurser ikke strekker til i forhold til oppgavene som skal utføres (Kleiven et al., 2016, s. 318). Dette kan innebære både underbemanning, tidspress og mangel på utstyr. En studie viste at sykepleiere opplevde at medisiner og fysiologiske behov ble prioritert, mens psykososiale behov og aktivisering ofte ble nedprioritert. Den samme studien viste også at ledere i helsetjenesten opplevde at ressursene de var tildelt ikke stod i forhold til lovpålagte krav og retningslinjer (Kleiven et al., 2016, s. 318-319).

2.5 Etske og juridiske perspektiver

Det sykepleiefaglige rammeverket består av aktuelle lovverk, retningslinjer for praksis og etiske aspekter. Utøvelse av sykepleie til KOLS-pasienter stiller krav til etisk og kunnskapsbasert kompetanse. Ifølge yrkesetiske retningslinjer har sykepleier et ansvar for å ivareta pasientens helhetlige omsorg og lindre lidelse (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2019). Hos KOLS-pasienten kan dette innebære å redusere angst og depresjon. Det er også nedfelt at sykepleien skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene som underbygger sykepleierens etiske og moralske ansvar (NSF, 2019). Etisk kunnskap og kompetanse dekker et stort område av sykepleierrollen og består av persepsjon, dømmekraft og handling, noe som krever emosjonelle og kognitive ferdigheter (Lillemoen, 2015, s. 300). Det stilles forventninger til teori, verdier og normer, men også evne til å vurdere og håndtere etiske problemstillinger i praksis (Lillemoen, 2015, s. 299). Faglig forsvarlighet er også viktig for å sikre personsentrert sykepleie, noe som er nedfelt i helsepersonelloven §4: «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen forøvrig» (1999). I lys av dette har sykepleier et ansvar for å videreutvikle profesjonen i henhold til krav om faglig forsvarlighet. For KOLS-pasienter kan dette innebære å skape et større fokus på psykososial helse (Holter, 2015, s. 114).

Sykepleieren i spesialisthelsetjenesten møter KOLS-pasienter i en sårbar situasjon hvor opplevelser av avmakt og liten mestringstro kan være til stede. Sykepleier må derfor være bevisst på pasientenes rett til å medvirke ved valg av behandling og tjenester, som går under Pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 (1999). På grunn av oppgavens kontekst er

spesialisthelsetjenesteloven særlig relevant. Lovens formål er blant annet å fremme folkehelsen og motvirke sykdom, sikre kvalitet på helsetjenesten, bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientens behov og bidra til at ressursene utnyttes best mulig (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §1-1). Samlet sett er det en rekke lovverk og etiske føringer som bygger fundamentet for yrkesutøvelsen og som sykepleieren må ta med i sitt arbeid.

3 Metode

3.1 Litteraturstudie

En litteraturstudie er en teoretisk metode der en utfører en syntese og analyse av eksisterende forskning og litteratur på et spesifikt tema (Popenoe et al., 2021, s. 175). For at litteraturstudien skal være valid må metoden være etterprøvable og innhenting av forskningslitteratur gjøres ved et systematisk søk i database (Booth et al., 2022, s. 2-3). Til denne oppgaven er databasen for sykepleieforskning CINAHL brukt som hoveddatabase, med supplement fra andre databaser og litteratur.

3.2 Søkeprosessen og utvalgelse av artikler

Oppgaven baseres på fire forskningsartikler som utgjør det vitenskapelige grunnlaget i litteraturstudien. Ved siden av de fire hovedartiklene anvendes også annen faglitteratur og teori som grunnlag for drøfting i diskusjonsdelen av oppgaven. Det strukturerte litteratursøket ble utført i databasene CINAHL og PubMed, hvor tre av artiklene er fra CINAHL og en er fra PubMed. Søkeprosessen startet i CINAHL, ut fra problemstillingen "Hvilke sykepleietiltak kan øke mestring hos KOLS-pasienter med angst og depresjon?". Søkeordene er basert på nøkkelordene i problemstillingen vår: "Pulmonary Disease, Chronic Obstructive", "Coping", "Depression" og "Anxiety". Ved å kun benytte disse søkeordene fikk vi et begrenset antall med artikler og utvidet derfor søket med andre relevante søkeord relatert til livskvalitet, psykososiale aspekter og pasientundervisning. Vi søkte i flere runder med ulike kombinasjoner med (AND) og (OR) før vi ble tilfredsstillt med søket. Søkeordene satt vi et PICO-skjema for å strukturere søket. Vi brukte også søkeordet "AB (COPD)" for å kun få artikler som nevnte COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) i abstraktet, dette var et søkeord som hjalp for å få opp flere relevante artikler. Etter å ha avgrenset språk og årstall fikk vi et treff på 164 artikler. Etter søk i CINAHL endte vi opp med tre artikler, vi søkte dermed videre i databasen PubMed. Der anvendte vi samme metode som i CINAHL og søkte med nøkkelordene våre i rekkefølgen: "COPD", "coping", "anxiety", "depression", med tilsvarende avgrensning som i CINAHL. Da fikk vi et resultat på totalt 64 treff, der den ene forskningsartikkelen var særlig relevant og falt innenfor våre kriterier.

Blant de tre utvalgte artiklene som ble funnet i CINAHL er to av de av asiatiske opprinnelse, en kinesisk og en sør-koreansk. Vi er bevisst på at kulturforskjellene kan ha betydning for vårt arbeid for å besvare problemstillingen, men på bakgrunn av begrenset søkeresultat og artiklenes relevans for vår oppgave er de etter kritisk vurdering med i hovedutvalget. Vår vurdering blir tydeligere beskrevet under 5.5 metodediskusjon.

3.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Kriterier	Inkludert	Ekskludert
Publiseringstidspunkt	Etter år 2012	Før år 2012
Språk	Engelsk og norsk	Øvrige språk
Artikkeltype	Forskningsartikler	Fagartikler eller annen litteratur
Fagfellevurdering	Fagfellevurderte artikler fra anerkjente tidsskrift	Ikke-fagfellevurderte artikler
Fagområde	Omhandler psykososiale aspekter ved KOLS-pasienter Sykepleiefaglig perspektiv i spesialisthelsetjenesten	Øvrige pasientgrupper Artikler som ikke har helsefaglig fokus

I selve søket avgrenset vi etter språk og publiseringsår, for å ikke få opp irrelevante treff i databasen. Vi inkluderte kun artikler publisert de siste 10 årene for å unngå utdatert forskning. Vi valgte også å kun inkludere norsk- og engelskspråklige artikler. Videre tok vi en vurdering av søkeresultatet og ekskluderte artikler som ikke falt inn under våre kriterier knyttet til tematikk, relevans og kvalitet (Dalland, 2020, s. 203-204). Det første kriteriet vi tok hensyn til i utvelgelsen av artikler var at det skulle være forskningsartikler og ikke fagartikler eller annen litteratur. Dette gjorde vi ved å se at den hadde en IMRAD-oppbygning og tydelig metode. Vi var også bevisst på at artiklene skulle være fagfellevurderte og publisert i anerkjent tidsskrift for å vite at innholdet var valid (Dalland, 2020, s. 145; Thidemann, 2019, s. 83-84). Artiklene inkluderer KOLS-pasienter med respondenter innenfor alle GOLD-stadiene, med fokus på påvirkende psykososiale faktorer tilknyttet pasientenes angst og depresjon. Vi fokuserer på pasienter innlagt på sengepost i spesialisthelsetjenesten, men velger å ikke ekskludere artikler fra primærhelsetjenesten. Dette er fordi mye av den

eksisterende forskningen omtaler tiltak for mestring hos KOLS-pasienter både i primær- og spesialisthelsetjenesten. I artikkelutvalget var det en kombinasjon av artikler rettet mot spesialisthelsetjenesten og artikler som inkluderte både primær- og spesialisthelsetjenesten. Vi vurderer de utvalgte artiklene som relevante og at de har nytteverdi for oppgaven selv om de ikke utelukkende fokuserer på spesialisthelsetjenesten som kontekst.

Tabell for søkehistorikk og utvalg av artikler

Database og dato for søk	Cinahl, 28/10-22	Pubmed, 28/10-22
Søkeord og kombinasjoner	(Pulmonary Disease, Chronic Obstructive) OR AB (COPD) AND (Coping OR Self-management OR Quality of life OR Self-Efficacy OR Patient education) AND (Depression OR Anxiety OR Psychosocial Aspects of Illness OR Psychological Well-Being”)	COPD, coping, anxiety, depression
Avgrensninger i søket	Siste 10 år (2012-2022) Engelsk og norsk språk	Siste 10 år (2012-2022) Engelsk og norsk språk
Antall treff totalt	164	64
Antall gjennomleste titler	164	64
Antall gjennomleste abstrakt	14	11
Antall gjennomleste fulltekstartikler	6	3

Database og dato for søk	Cinahl, 28/10-22	Pubmed, 28/10-22
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	3	1
Ytterligere inklusjons- eksklusjonskriterier	Inkludere spesialisthelsetjenesten. Inkludere fagfelleverderte forskningsartikler publisert i anerkjent tidsskrift. Ekskludere fagartikler eller annen litteratur og artikler som ikke er fagfelleverderte.	Inkludere spesialisthelsetjenesten. Inkludere kun fagfelleverderte forskningsartikler publisert i anerkjent tidsskrift. Ekskludere fagartikler eller annen litteratur og artikler som ikke er fagfelleverderte.
Antall artikler inkludert i litteraturstudien	3	1
Inkludert artikkel nummer 1	Lee, H., Yoon, J. Y., Kim, I. & Jeong, Y. H. (2013). The effects of personal resources and coping strategies on depression and anxiety in patients with chronic obstructive pulmonary disease. <i>Heart & Lung</i> , 42(6), 473-479.	Keil, D. C., Vaske, I., Kenn, K., Rief, W. & Stenzel, N. M. (2017). With the strength to carry on. <i>Chronic respiratory disease</i> , 14(1), 11–21.
Inkludert artikkel nummer 2	Siltanen, Aine, T., Huhtala, H., Kaunonen, M., Vasankari, T. & Paavilainen, E. (2020). Psychosocial issues need more attention in COPD self-management education. <i>Scandinavian Journal of Primary Health Care</i> , 38(1), 47–55.	

Database og dato for søk	Cinahl, 28/10-22	Pubmed, 28/10-22
Inkludert artikkel nummer 3	Zhang, Q., Liao, J., Liao, X., Wu, X., Wan, M., Wang, C. & Ma, Q. (2014). Disease knowledge level is a noteworthy risk factor of anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a cross-sectional study. <i>BMC pulmonary medicine</i> , 14(1), 1-6.	

3.4 Øvrig fag- og forskningslitteratur

I tillegg til valgte forskningsartikler har vi primært anvendt faglitteratur som er hentet fra Lovisenberg Diakonale Høgskoles pensumlister fra tidligere emner i bachelorstudiet i sykepleie. Vi anser litteraturen her som kvalitetssikret og oppdatert. Til supplement er det anvendt noe selvvalgt litteratur som er ansett som relevant. Til å underbygge teorien vår anvendte vi *Stress, Appraisal, and Coping* av Lazarus og Folkman (1984), som er primærkilden til teorien vår. *Lungesykepleie* av Oksholm og Borge (2021) er også hyppig anvendt da den omhandler sykepleie til lungesyke pasienter, og helseveiledning og mestring for KOLS-pasienter. *KOL: sykdom, behandling og organisation* av Dahl et al. (2011) er brukt for å drøfte en undersøkelse som tok for seg forhold som kan øke kvalitet og redusere reinnleggelser blant KOLS-pasienter. Videre er Leivseth et al. (2017) sin rapport om KOLS mye brukt, som vi vurderer som valid ettersom den ble publisert etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Nord RHF. Rapporten hadde som formål å gi ny kunnskap om KOLS-pasienters anvendelse av helsetjenester. I tillegg har vi brukt et utvalg av artikler fra Idunn, sykepleien.no og oria, samt andre relevante rapporter og strategier som er tidsaktuelle og relevante for vårt tema.

4 Resultater

4.1 Presentasjon av artiklene i matrise

Database	Forfatter/årstall/land	Tittel	Hensikt	Design/Metode	Funn	Kvalitetsvurdering
CINAHL	Zhang, Q., Liao, J., Liao, X., Wu, X., Wan, M., Wang, C. & Ma, Q. (2014). Kina	Disease knowledge level is a noteworthy risk factor of anxiety and depression in patients with chronic pulmonary disease: a cross-sectional study	Å undersøke hvorvidt helsekompetanse er en risikofaktor for angst, depresjon, redusert funksjonsevne og nedsatt livskvalitet hos KOLS-pasienter.	Tverrsnittstudie med 359 deltakere ble inkludert i studien og rekruttert fra fire polikliniske klinikker i Kina.	Deltakere med høyere prevalens for angst og depresjon var mer sannsynlig for å ha lavere kunnskap om egen KOLS-diagnose og håndterte sykdommen sin dårligere.	Score sjekklisterprevalensstudie: 10/11 Kanalregister score: Nivå 1
CINAHL	Lee, H., Yoon, J. Y., Kim, I. & Jeong, Y-H. (2013). Sør-Korea	The effects of personal resources and coping strategies on depression and anxiety in patients with chronic obstructive pulmonary disease.	Å undersøke personlige ressursers effekt på mestringsstrategier og psykologiske responser. I tillegg ser artikkelen på mestringsstrategiers rolle i forbindelsen mellom personlige ressurser, angst og depresjon hos KOLS-pasienter.	Kvantitativ metode. Sekundæranalyse til en RCT-studie.	Pasienter med mer kunnskap om KOLS, mestringstro eller mer problemfokuseret mestringsstrategi hadde færre depressive symptomer. Pasienter som brukte mindre emosjonsfokuserede mestringsstrategier og hadde høyere grad av mestringstro uttrykte lavere nivå av angst.	Score sjekklisterprevalensstudie: 8/11 Kanalregister score: Nivå 1

CINAHL	Siltanen, H., Aine, T., Huhtala, H., Kaunonen, M., Vasankari, T. & Paavilainen, E. (2020). Finland	Psychosocial issues need more attention in COPD self-management education.	Å finne ut hvor regelmessig undervisningsaspekter relatert til mestring blir dekket i KOLS-pasienters pasientundervisning.	Kvantitativ tverrsnittstudie. 237 informanter.	Pasientene ble undervist i høyere grad av medisinske problemstillinger knyttet til røykeslutt, trening og farmakologisk behandling enn det de ble undervist til mestring og psykisk belastning.	Score sjekkliste prevalensstudie: 9/11 Kanalregister score: Nivå 1
PubMed	Keil, D. C., Vaske, I., Kenn, K., Rief, W. & Stenzel, N. M. (2017). Tyskland	With the strength to carry on: The role of sense of coherence and resilience for anxiety, depression and disability on chronic obstructive pulmonary disease	Å undersøke om 'opplevelse av sammenheng', resiliens og sosial støtte kan være beskyttende faktorer og dermed redusere angst, depresjon og funksjonsnedsettelse hos KOLS-pasienter.	Kvantitativ prevalensstudie med 531 deltakere.	Høyere grad av 'opplevelse av sammenheng', og resiliens ble assosiert med mindre opplevd funksjonsnedsettelse, angst og depresjon. Sosial støtte hadde effekt på depresjon.	Score sjekkliste prevalensstudie: 9/11 Kanalregister score: Nivå 1

4.2 Syntese av resultatene

De fire forskningsartiklene er relevante og legger frem ulike perspektiver som besvarer vår problemstilling. Elementer som blir diskutert er blant annet hvordan helsekompetanse, 'opplevelse av sammenheng', resiliens, sosial støtte og andre personlige ressurser påvirker angst og depresjon. Funnene viser at høyere grad av 'opplevelse av sammenheng' og resiliens ble assosiert med mindre opplevd funksjonsnedsettelse, angst og depresjon, mens sosial støtte kun hadde reduserende effekt på depresjon. Helsekompetanse hadde dominerende effekt på angst og depresjon samt opplevelse av mestring. Funnene viser at deltakere med høyere prevalens for angst og depresjon var mer sannsynlig å ha lav helsekompetanse og dermed mestre sykdommen dårligere. Dette understøttes av andre funn hvor deltakere med mer helsekompetanse hadde mindre depresjon. Resultatene belyser også hvordan problemfokuset mestringsstrategi hadde reduserende effekt på depresjon mens KOLS-pasienter som anvendte emosjonsfokuset mestringsstrategi hadde mer angst samt lav mestringstro. KOLS-pasientens angst, depresjon og mestring har sammenheng med helsekompetanse og undervisning. Funnene viser at KOLS-pasienter i høyere grad ble undervist i medisinske problemstillinger knyttet til røykeslutt, trening og farmakologisk behandling enn psykososiale aspekter som mestring og psykisk belastning.

5 Diskusjon

Problemstillingen i denne oppgaven er “Hvilke sykepleietiltak kan øke mestring hos KOLS-pasienter med angst og depresjon?”. Dette kapittelet diskuterer problemstillingen på bakgrunn av resultatene fra forskningsartiklene som presentert i kapittel 4, sett i sammenheng med det teoretiske, juridiske og etiske grunnlaget som er presentert i kapittel 2. Strukturen på diskusjonskapittelet er basert på en kombinasjon av innholdet i teorikapittelet og problemstillingen, og er rangert i en prioritert rekkefølge, der det mest sentrale kommer først. Den første delen av kapittelet ser nærmere på hvordan det er å leve med KOLS og sykdommens relasjon til angst og depresjon, da det gir et innblikk i hvordan de psykiske symptomene og andre individuelle faktorer påvirker pasientens forutsetning for sykdomsmestring. Videre ser vi nærmere på mestring hvor vi trekker Lazarus og Folkmans mestringsteori opp mot personlige ressurser og ulike mestringsstrategier. Deretter ser vi på sykepleietiltak som kan fremme mestring, samt hvilke rammebetingelser og barrierer som kan hemme sykepleieutøvelsen. Til slutt trekkes undervisning inn og hvordan det påvirker helsekompetanse som et viktig tiltak.

5.1 Å leve med KOLS

For å iverksette tiltak som kan hjelpe pasienten med å oppnå mestring er det hensiktsmessig at sykepleieren har kunnskap om hvordan det er å leve med KOLS (Grov, 2015, s. 44). Det kan likevel være vanskelig for en utenforstående å sette seg inn i hvordan det er å leve med en progredierende og kronisk sykdom. Etersom evnen til å puste er et av menneskets mest grunnleggende behov kan man forstå at pustebesvær kan oppleves svært slitsomt, angstfylt og skremmende. Den psykiske belastningen i tillegg til den generelle symptombyrden påvirker for mange hverdagsaktiviteter som å komme seg ut av huset, stelle seg selv og kunne være i jobb. Det å være hjelpetrengende kan medføre nedstemthet, nedsatt livskvalitet og sosial isolasjon (Grov, 2015, s. 43).

KOLS-pasienter er særlig utsatt for psykisk belastning på bakgrunn av symptomene, prognosen, forverringer og sosial belastning grunnet skam og stigma (Grønseth et al., 2022, s. 164; Grundt, 2022, s. 132, 231; Oksholm, 2019, s. 255). Dette underbygges i Lee et al. (2013) som har sett på hvilke faktorer som kan bidra til utvikling av angst og depresjon hos KOLS-

pasienter. Artikkelen presiserer at pasientens prognose og sosioøkonomiske bakgrunn kan ha sammenheng med pasientens sårbarhet for utvikling av angst og depresjon (Lee et al., 2013, s. 475). Sosioøkonomiske faktorer som alder, kjønn, sivilstatus, utdanning, inntekt og arbeidsstatus har sammenheng med utvikling av depresjon, mens angst på en annen side påvirkes av sivil-, arbeids- og røykestatus (Lee et al., 2013, s. 475). Tilstrekkelig søvn er også viktig for å være rustet mot psykisk uhelse og andre belastninger og dermed en forutsetning for mestring (NHI, 2020). Opptil 50% av pasienter med KOLS sliter med søvnevansker, ofte fordi symptomene er sterkere om natten (Grønseth et al., 2022, s. 166; Christensen et al., 2016, s. 853). Basert på denne kunnskapen har sykepleier en større forståelse for faktorer som påvirker utvikling av angst og depresjon hos KOLS-pasienter og kan dermed tilpasse tiltak med mål om å fremme mestring.

Mange KOLS-pasienter er uføre eller engster seg for å forlate hjemmet, noe som kan bidra til sosial isolasjon (Grønseth et al., 2022, s. 166). Pasientens sivilstatus og sosiale nettverk er essensiell i form av praktisk og emosjonell støtte, som kan bidra til at en mestrer stress i livet (Eriksen, 2015, s. 894). Støtten kan også gi en positiv regulerende effekt dersom de pårørende er oppmuntrende og har helsefremmende holdninger og råd (Eriksen, 2015, s. 894-895). På en annen side kan pasientens sosiale nettverk ha en negativ innvirkning hvis røyking og annen helseskadelig oppførsel er utbredt i pasientens sosiale nettverk. Nettverkets holdninger og væremåte har stor påvirkning på pasientens motivasjon til å gjennomgå nødvendige livsstilsendringer (Eriksen, 2015, s. 895).

5.2 Mestring

Sykepleier har en viktig oppgave med å hjelpe pasienten med å mestre konsekvenser av sykdom, behandling og helsesvikt. Dette innebærer blant annet å understøtte pasientens personlige ressurser, mestringsevne og håp under forverring av sykdom (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 7). Både Keil et al. (2017) og Lee et al. (2013) presiserer hvordan KOLS-pasientens personlige ressurser kan ha en innvirkning på angst og depresjon. Keil et al. (2017, s. 15) viser til at høyere grad av personlige ressurser som 'opplevelse av sammenheng' og resiliens er assosiert med mindre angst, depresjon og funksjonsnedsettelse. I tillegg viser sosial støtte å ha positiv effekt på pasientens depresjon (Keil et al., 2016, s. 15). Dette samsvarer med Lee et al. sine resultater der sosial støtte, i tillegg til helsekompetanse og

mestringstro bidro til å redusere angst og depresjon (2013, s. 473). Støtte i eget nettverk og evnen til å be om hjelp er viktige forutsetninger for å oppleve mestring og redusere angst og depresjon (Fønhus & Dahm, 2015). Til tross for dette opplever mange KOLS-pasienter negative holdninger og har ikke et nettverk de kan søke støtte i. Derfor er et viktig tiltak å informere pasienten om ulike arenaer en kan møte andre med KOLS, samt oppmuntre til deltakelse i mestringskurs og rehabilitering (Borge, 2021, s. 163).

Folkman og Lazarus teori tar for seg hvordan å styrke pasientens personlige ressurser, som for eksempel mestringstro, kan øke evnen til å mestre stressende situasjoner (Lazarus & Folkman, 1984, s. 68, 157-158). I likhet med å styrke pasientens personlige ressurser har bruk av problemfokuset mestringsstrategi vist å være mer effektivt under akutt forverring sammenlignet med unngåelses- og emosjonsfokuset mestringsstrategi (Lazarus & Folkman, 1984, s. 155; Lee et al., 2013, s. 476). Problemfokuset mestringsstrategi har også hatt mest reduserende effekt på angst og depresjon (Lee et al., 2013, s. 476). Det kan indikere at en med høyere helsekompetanse og andre personlige ressurser har bedre forutsetninger for å mestre sykdomsforverring ved å være handlings- og resultatrettet fremfor å unngå, fornekte eller å regulere følelser. Regulering av følelser gjennom emosjonsfokuset mestringsstrategi er likevel en viktig forutsetning for å redusere angst og uro, da angstsymptomer kan fremkalle KOLS-forverringer (Lazarus & Folkman, 1984, s. 151; Lode, 2016, s. 42). Til tross for dette er det ofte nødvendig for KOLS-pasienten å være handlings- og resultatrettet under forverring for å oppleve bedring. Ved problemfokuset mestringsstrategi prøver KOLS-pasienten aktivt å løse situasjonen ved å eksempelvis ta i bruk inhalator-medisin, benytte pusteteknikker, endre kroppstilling som letter respirasjonen eller tilkalle hjelp (Lazarus & Folkman, 1984, s. 152). Dette er ulike verktøy KOLS-pasienten ofte har lært ved undervisning fra helsepersonell og øker deres helsekompetanse til å mestre forverring ved egen sykdom.

5.3 Sykepleietiltak, rammebetingelser og barrierer

Hvilke sykepleietiltak som er relevante må vurderes ut fra den aktuelle situasjonen KOLS-pasienten befinner seg i. Systematisk kartlegging er vesentlig for å få oversikt over pasientens helsetilstand og gir en indikasjon på hvilke sykepleietiltak som må iverksettes (Borge, 2021, s. 105). Møtet med KOLS-pasienten på sengepost er ofte i forbindelse med akutt forverring hvor det å lette pasientens respirasjon er sentralt. Tiltak som å administrasjon av

medikamenter, leiring av pasient i høyt thoraxleie og veilede gjennom ulike pusteteknikker hvor sykepleier formidler ro og trygghet er derfor prioritert (Borge, 2021, s. 176; Oksholm, 2019, s. 239).

Når den akutte situasjonen er stabilisert og pasienten er mer mottakelig for informasjon og delaktighet kan sykepleier motivere, og fremme psykososiale tiltak. For å kartlegge KOLS-pasientens grad av angst og depresjon kan man bruke kartleggingsverktøyet Hospital Anxiety and Depression Scale, som et hyppig brukt kartleggingsverktøy hvor høyere score reflekterer høyere symptombyrde (Zigmond & Snaith, 1983, s. 344). Et annet kartleggingsverktøy er Health Literacy Population Survey og Bristol COPD Knowledge Questionnaire som kartlegger helse- og sykdomskompetanse og gir en indikasjon på hvor mye tiltak i form av undervisning og veiledning KOLS-pasienten har bruk for (White et al., 2006; Le et al., 2021, s. 98-106). Resultatet av kartleggingen kan påvirkes negativt av underrapportering, eksempelvis ved at KOLS-pasienten unnlater å rapportere om viktige helseopplysninger eller ved mangelfull dokumentasjon fra helsepersonell.

KOLS som diagnose kan være belastende og redusere fysisk og psykisk velvære (Grønseth et al., 2022, s. 164). Psykososiale tiltak er derfor sentrale, da det å dempe de psykiske symptomene kan ha effekt på de somatiske symptomene ved KOLS. Under forverring av sykdom kan KOLS-pasienten ha vanskeligheter for å se muligheter til hvordan de skal klare å ivareta egne behov. Sykepleierens innsikt og kunnskap kan her komme til nytte. Det kan likevel være vanskelig å ha en åpen samtale om hvordan pasienten påvirkes av KOLS. Derfor vil det være hensiktsmessig å etterspørre tidligere behandlingserfaring, hva pasienten trenger av kunnskap eller hjelp til for å føle seg tryggere (Grønseth et al., 2022, s. 195). Å lytte til pasienten og deres behov, samt la KOLS-pasienten gi uttrykk for følelser og eventuell frykt kan bidra til 'opplevelse av sammenheng' som omtalt i Keil et al. (Eriksen, 2015, s. 901; Keil et al., 2016, s. 15). Ved hjelp av psykososiale samtalebaserte intervensjoner eller gjennom de uformelle møtene kan sykepleier gi støtte og styrke pasientens personlige ressurser som har en reduserende effekt på angst og depresjon (Grønseth et al., 2022, s. 194-195; Keil et al., 2016, s. 15; Lee et al., 2013, s. 476).

KOLS er en livsstilssykdom og krever derfor livsstilsendringer for å oppnå bedring og bremse progrediering av sykdommen (Leivseth, 2017, s. 74). Motivering er et sentralt psykososialt tiltak, men påvirkes av hvilken helsetilstand KOLS-pasienten befinner seg i. Motivering kan

styrke pasientens personlige ressurser som mestringsstro ved å ta tak i egne helseproblemer og å mestre stressende situasjoner (Lazarus & Folkman, 1984, s. 360-361; Lee et al., 2013, s. 476). Sykepleier kan motivere KOLS-pasienten på flere måter. Under sykdomsforverring kan dette for eksempel være gjennom veiledning av pusteteknikker hvor pasienten kan oppleve mestrings og kontroll over respirasjonen (Grønseth et al., 2022, s. 194). Ulike pusteøvelser som diafragmausting eller leppeblåspusting i kombinasjon med egnede hvilestillinger kan ha god effekt under forverring (Borge, 2021, s. 176). Når KOLS-pasienten er i en mer stabil fase er det viktig å motivere til røykeslutt da det er det mest effektive tiltaket for å forhindre nedadgående utvikling i lungefunksjon (Grønseth et al., 2022, s. 146, 162; Helsedirektoratet, 2016). Røyking kan være et middel for å dempe angst og uro, likevel har nikotin som regel motsatt effekt (Helsedirektoratet, 2016). Abstinenssymptomene ved nikotinavhengighet kan blandes med angstsymptomer knyttet til KOLS, røykingen kan derfor oppleves som symptomdempende. Det kan derfor være vanskelig for pasientene å slutte, selv om det kan virke som et enkelt og åpenlyst tiltak for utenforstående (Grønseth et al., 2022, s. 164). Det kan være hensiktsmessig å diskutere hva pasientens motiverende faktorer er, samt konsekvensene av røyking som for eksempel helsepåvirkningene og økonomiske kostnader. Det kan også være motiverende å sette en sluttdato som er noe målrettet pasienten kan forholde seg til. I perioden KOLS-pasienten skal forsøke å stoppe er det viktig å informere om ulike nikotinlegemidler som demper abstinenssymptomer og nikotinsug (Borge, 2021, s. 180). Utover dette er det viktig å oppmuntre pasienten til helsefremmende tiltak som vaksinasjon, melde seg på lærings- og mestringscenter og fremme fysisk aktivitet og sunt kosthold (Grønseth et al., 2022, s. 161-162).

Under sykdomsforverring har KOLS-pasienten økt ernæringsbehov på grunn av dyspnéen (Grønseth et al., 2022, s. 195). Riktig ernæring kombinert med fysisk aktivitet er viktig for å bygge opp respirasjonsmuskulaturen og har reduserende effekt på angst og depresjon (Helsedirektoratet, 2022b, s. 24; Nordkvelle & Oksholm, 2021, s. 187). Tilstrekkelig ernæring og fysisk aktivitet har vist effekt på KOLS-pasientens funksjonsnedsettelse, sykdomsforverringer og sykehusinnleggelse (Grønseth et al., 2022, s. 195, 204). Sykepleier har en viktig motiverende rolle for å fremme aktivitet og kosthold hos denne gruppen, da det er sentralt for mestrings og velvære.

Muligheten for å iverksette de nevnte tiltakene må ses i sammenheng med gitte rammebetingelser for den aktuelle sengepost. Krav om effektivitet og korte sykehusopphold

kan medføre negative konsekvenser for pasienten. Knapphet på tid og harde prioriteringer kan på en side medføre at sykepleieren ikke føler at de har mulighet til å utføre holistisk og helhetlig sykepleie (Eriksen, 2015, s. 897). Det kan også påvirke kvaliteten på dokumentasjon, som igjen bidrar til å svekke kvaliteten og kontinuiteten i pasientforløpet. Ved å jobbe med en strukturert og kunnskapsbasert tilnærming kan sykepleier sikre kontinuitet og forhindrer slitne og medtatte KOLS-pasienter som stadig må gjenta sykehistorien og hjelpebehovet sitt ved hver reinnleggelse (Oksholm, 2021, s. 82). Sykepleier kan forbedre dette ved å oppsøke og oppdatere behandlingsplaner, sikre tverrfaglig samarbeid og god dokumentasjon ved eventuell overflytting. Dette er en del av sykepleieprosessen hvor sykepleier gjør en systematisk datainnsamling, kartlegger, identifiserer problemer og iverksetter, evaluerer og korrigerer tiltak (Kirkevold, 2022).

En dansk undersøkelse fra 2006 undersøkte avdelinger som klarte å holde reinnleggelsene blant KOLS-pasienter lave. Det ble identifisert tre overordnede forhold hvor avdelingens prosedyre og tverrsektoriell kommunikasjon i forbindelse med innleggelse og utskrivelse var essensielt. Deretter kom viktigheten av en stabil personalgruppe som er kompetente og har erfaring med behandling av KOLS-pasienter frem. Siste forhold som viste god effekt på å holde reinnleggelsene lave var at KOLS-pasientene følte seg godt informert og opplevde trygghet gjennom innleggesforløpet (Wulff et al., 2011, s. 230). Imidlertid er ikke dette gjennomførbart på mange sengeposter, hvor rammebetingelser som lav bemanning, stor pasientpågang og utilstrekkelig kompetanse blant personale kan hemme forsvarlig og kvalitetssikker sykepleie (Helljesen & Roang, 2015). Dette er forhold som kan forbedres både på systemnivå og individnivå hos personalet. I norsk kontekst er lignende forhold tilstede ved for eksempel innføring av pakkeforløp for kreftpasienter, som har sikret økt fokus på tverrfaglig kontinuitet, dokumentasjon og oppfølging (Iversen & Bjertnæs, 2020, s. 7).

Sykepleiers holdninger kan være en barriere i yrkesutøvelsen og påvirke kvaliteten på pasientbehandlingen (Grønseth et al., 2022, s. 146). Mange KOLS-pasienter kan oppleve fordommer i form av negative kommentarer, dårlig behandling eller lite støtte på grunn av diagnosens tilknytning til røyking (Grønseth et al., 2022, s. 164-165). Det er derfor viktig at sykepleier er oppmerksom på i kommunikasjonen å ikke påføre KOLS-pasienten ytterligere skamfølelse (Oksholm, 2021, s. 82). Dette inngår som en del av sykepleierens profesjonelle rolle, som er nedfelt i yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2019). Etersom flere KOLS-pasienter med angst og depresjon har et særlig behov for psykososial støtte, er det viktig sykepleier ikke

lar fordommer farge sin atferd mot pasienten. Selv om sykdommen kan bli ansett som selvforskyldt er det viktig pasienten føler de fortjener hjelp på lik linje med andre pasienter. Dersom pasienten opplever fordommer eller negative holdninger kan det medføre sosial isolasjon og bidra til ytterligere skamfølelse i frykt av å møte disse holdningene flere steder (Grønseth et al., 2022, s. 165). Dette kan bli tolket som en motsetning til personsentrert sykepleie hvor man ser sykdommen fremfor personen bak og kan medføre uetisk, mangelfull og dårlig kvalitet på pasientbehandlingen (Johansen, 2020).

5.4 Undervisning og helsekompetanse

Pasientundervisning og opplæring er et tiltak som bør bli inkludert i all KOLS-behandling og er lovfestet i Spesialisthelsetjenesteloven (1999, §3-8) som en av de fire oppgavene sykehusene har et særlig ansvar for å utføre. Siltanen et al. (2020, s. 50) kom frem til at ivaretagelse av psykososiale behov var dårlig dekket i den eksisterende pasientundervisningen til KOLS-pasienter. Økt undervisning om psykososiale aspekter ved KOLS kan derfor ha en forebyggende effekt på angst og depresjon, samt være viktig for mestring. Man skal likevel ikke se bort ifra at de eksisterende undervisningselementene rundt røykeslutt, trening, medisinadministrasjon og pusteteknikk er like viktige (Grønseth et al., 2022, s. 162).

Pasientundervisning kan bidra til å styrke pasientens personlige ressurser som problemløsning, beslutningstaking og ressursutnyttelse. Siltanen et al. (2020, s. 48) viser at hvis en mestrer dette styrker det pasientens evne og motivasjon til selvledelse, øker livskvalitet og beskytter mot KOLS-forverring. Ved å gi pasientene nødvendige verktøy har pasienten bedre forutsetninger for å ivareta seg selv og kunne ta egne valg. Pasienten kan da opprettholde autonomi og myndiggjøring og er for mange KOLS-pasienter et mål på mestring av sykdommen (Eriksen, 2015, s. 901). Mestring avhenger derfor ikke av sykdommens alvorlighetsgrad, men at undervisningen, veiledningen og informasjonen helsepersonell gir styrker KOLS-pasientens helsekompetanse, ressurser og forutsetninger for å mestre sykdom (Grønseth et al., 2022, s. 146).

Studien til Zhang et al. (2014, s. 3) viste at KOLS-pasienter med angst og depresjon har mindre helsekompetanse og mer dyspné enn pasientene uten de psykiske plagene. Dette tyder på at KOLS-pasienter med angst og depresjon kan ha et større behov for informasjon og

undervisning enn pasientgruppen for øvrig. Den samme studien viste at rundt 85% av informantene ikke hadde utdanning på høyskolenivå eller høyere (Zhang et al., 2014, s. 3). Det kan derfor diskuteres om det er en sammenheng mellom angst, depresjon, utdanningsnivå og helsekompetanse. Lee et al. (2013) i likhet med Zhang et al. (2014) viste resultater hvor KOLS-pasienter med lavere helsekompetanse hadde høyere prevalens for angst og depresjon og dermed dårligere forutsetninger for å mestre egen diagnose (Lee et al., 2013, s. 475-476).

Å oppsøke kunnskap er en problemfokusert mestringsstrategi, og fremstår som den mest effektive mestringsstrategien i lys av Lazarus og Folkmans teori (1984, s.152). KOLS-pasienter som anvendte problemfokusert mestringsstrategi søkte mer helsekompetanse og hadde mindre angst og depresjon, samt høyere grad av mestringstro (Lee et al., 2013, s. 476). Som flere av studiene underbygger har økt helsekompetanse positiv virkning på angst og depresjon. Det kan tenkes at KOLS-pasienter med angst og depresjon hyppigere anvender unngåelses- og emosjonsfokusert mestringsstrategi på bakgrunn av utilstrekkelig helsekompetanse til å mestre sykdomsforverring.

Undervisning og helseveiledning må tilpasses den enkelte KOLS-pasient, også de med annen etnisk bakgrunn eller eventuelle språkbarrierer (Tveiten, 2020, s. 52). Data fra Statistisk sentralbyrå viser at innvandrergupper fra Kosovo, Tyrkia og Irak har høyere forekomst av KOLS enn den norske befolkningen for øvrig (Vrålstad & Wiggen, 2017, s. 196). God kommunikasjon er vesentlig i undervisning og helseveiledning og det er viktig at sykepleier vurderer behov for tolk, som er lovfestet i Tolkeloven §6 (2021). Bruk av tolk er det sett underforbruk av i helse- og omsorgstjenesten og kan prege pasientens prognose, etterlevelse av behandling, brukervedvirkning og forutsetning for mestring (Regjeringen, 2014, s. 42-44). Bruk av tolk for KOLS-pasienter er også viktig for brukervedvirkning og samvalg, hvor sykepleier forsikrer seg om at pasienten har forstått innholdet av informasjonen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5).

Undervisning og informasjon er viktige forutsetninger for brukervedvirkning og samvalg. Ved brukervedvirkning og samvalg i pasientundervisning tilegner KOLS-pasienten seg mer kunnskap og velger dermed mer hensiktsmessige tiltak (Oksholm, 2021, s. 79; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Rapport fra Helsedirektoratet anbefaler økt bruk av samvalg og brukervedvirkning (Helsedirektoratet, 2017a, s. 8). Det forutsetter samhandling basert på sykepleiers profesjonelle kunnskap og KOLS-pasientens erfaringskunnskap, hvis

dette er lagt til rette styrker det pasientens evne for mestring (Tveiten, 2016, s. 19). Det kan likevel vanskeliggjøre samhandlingen dersom KOLS-pasienten er utmattet og ikke orker å involvere seg, særlig i forbindelse med forverring (Oksholm, 2021, s. 79). En annen faktor som kan hemme samhandling er hvis pasienten er redd for å uttrykke misnøye eller stille seg uenig til det helsepersonellet har bestemt eller mener. Det er av den grunn en underliggende maktforskjell mellom sykepleier og pasient hvor sykepleieren møter med profesjonskunnskap og pasienten befinner seg i en sårbar situasjon (Eriksen, 2015, s. 900). Det er derfor viktig sykepleieren bruker sin maktposisjon klokt og legger til rette for brukermedvirkning da det er en viktig forutsetning for mestring (Oksholm, 2021, s. 79; Tveiten, 2020, s. 17-18).

5.5 Metodediskusjon

Ved bruk av litteraturstudie har vi tilegnet oss kunnskap om et tema vi anser som viktig. Litteraturstudie som metode har både styrker og svakheter. På en side kan litteraturutvalget være selektivt dersom forfatteren velger forskning som understøtter sin subjektive mening og forståelse. På en annen side er det en fordel at man får et vidt blikk på den eksisterende litteraturen angående et spesifikt tema (Booth et al., 2022, s. 5).

I starten av søkeprosessen var problemstillingen formulert med et fokus på livskvalitet fremfor mestring. Etter ulike søk og diskutering fant vi ut at å oppnå livskvalitet gjennom sykepleietiltak på sengepost var for ambisiøst med tanke på det korte møtet mellom pasient og sykepleier. Vi valgte derfor å omformulere problemstillingen med fokus på mestring som begrenset søkeresultatet. Dette ledet til at vi fikk utfordringer med å finne relevante artikler som falt innenfor våre inklusjonskriterier. Vi ønsket primært å ta i bruk kvalitative forskningsartikler for å oppnå dybde i det valgte temaet. Etter en lang søkeprosess erfarte vi at det var utfordrende å finne kvalitative forskningsartikler som passet vår problemstilling og vi endte opp med fire prevalensstudier. Artikkelen er kvalitetssjekket ved bruk av Helsebibliotekets sjekklister for prevalensstudier, og vi vurderer dem som valide. En annen styrke er at tre av prevalensstudiene dekker KOLS-pasienters perspektiv, og man får dermed et stort utvalg respondenter som gir viktig erfaringsbasert kunnskap og innsikt i opplevelsen av å leve med KOLS. Den siste artikkelen dekker sykepleierens perspektiv ved å kartlegge deres oppfatning på sin pasientundervisning til KOLS-pasienter. Ved å inkludere både artikler

relatert til sykepleiers og pasientens perspektiv gir dette et helhetlig bilde på hvilke tiltak som kan fremme mestring hos KOLS-pasienter med angst og depresjon.

Det som derimot viste seg å være utfordrende var å finne fire artikler som kun tok for seg spesialisthelsetjenesten. Artikkellutvalget endte derfor opp med å omhandle en kombinasjon av primær- og spesialisthelsetjenesten eller kun spesialisthelsetjenesten. Etter diskutering frem og tilbake mener vi dataene kan anvendes til tross for ulik kontekst, det er da viktig å skille de ulike rammebetingelsene for primær- og spesialisthelsetjenesten og hvordan det påvirker sykepleier til å iverksette tiltak for å fremme mestring. Sengepost og poliklinikk går innenfor spesialisthelsetjenesten, men vi besvarer oppgaven kun i henhold til sengepost. Vi vurderer likevel at tiltakene er like relevante uavhengig av om man møter pasient på sengepost eller poliklinikk. Vi velger å fokusere på sengepost da KOLS-pasienter med angst og depresjon har økt sannsynlighet for innleggelse i sykehus, lengre sykehusopphold, samt høyere mortalitet etter utskrivelse. Dette tatt i betraktning så vi viktigheten av å belyse helsefremmende tiltak som leder til mestring da pasienten er i en mer ustabil og krevende fase av sykdommen (Pooler & Beech, 2014, s. 315).

To av artiklene i utvalget er av asiatisk opprinnelse. Vi erkjenner begrensningene dette kan ha for vår studie, da helsevesenet, behandlingstilnærmingen, kulturen og sykdomsforståelsen i forhold til KOLS er annerledes enn i Norge, noe som kan påvirke respondentenes resultater (Zhang et al., 2014, s. 5). En annen svakhet med artikkellutvalget er kjønnsfordelingen blant respondentene. Lee et al. (2013) og Zhang et al. (2014) har betydelig høyere andel av menn enn kvinner, og er derfor ikke representativt for den generelle populasjonen med KOLS-pasienter. Dette kan også påvirke resultatene da det er vist at kvinner har en tendens til å velge emosjonsfokusert mestringsstrategi hyppigere enn menn (Lee, 2013, s. 478). Pålitelighet ved bruk av prevalensstudie kan også være noe begrenset. Keil et al. (2016) brukte nettbasert spørreundersøkelse der man må stole på respondentenes kunnskap om egen KOLS-diagnose og GOLD-stadium. På en side kan nettbasert spørreskjema gjøre at en når ut til et større utvalg KOLS-pasienter da mange i pasientgruppen har redusert funksjon og mobilitet. Lee et al. (2013) og Zhang et al. (2014) har derimot et mer pålitelig respondentutvalg der en spirometriundersøkelse bekreftet pasientenes KOLS diagnose. Zhang et al. sin studie ble utført gjennom spørreskjema, mens Lee et al. sin studie bygger på intervju som samlet informasjon om pasientenes sosioøkonomiske bakgrunn, kartlegging relatert til angst og depresjon, helsekompetanse, mestringstro, sosial støtte, mestringsstrategier og annen

medisinsk informasjon. Studien av Siltanen et al. (2020) tar sykepleiers perspektiv på problemstillingen i motsetning til resten av utvalget. Dette tolker vi som en styrke da det presenterer sykepleieperspektivet og de mest sentrale tiltakene for mestring. Samlet sett vurderer vi artikkelutvalget vårt hensiktsmessig for å besvare problemstillingen, til tross for deres svakheter.

6 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien er å besvare hvilke tiltak sykepleier kan iverksette for å fremme mestring hos KOLS-pasienter med angst og depresjon. Litteraturstudien er kun basert på et lite utdrag av den eksisterende litteraturen på temaet, og resultatene bør dermed tolkes med forsiktighet. Våre resultater sett i lys av Lazarus og Folkmans teori viste at KOLS-pasienten kunne anvende ulike mestringsstrategier under sykdomsforverring. Man kan tyde fra resultatene at problemfokuset mestringsstrategi er mer hensiktsmessig for å oppnå mestring under sykdomsforverring, da konkrete tiltak kan føre til at pasienten har mer kontroll over sykdommen. Funnene viste at KOLS-pasientens personlige ressurser hadde en sammenheng med mestring, angst og depresjon. Sykepleier kan tilrettelegge for pasientens sosiale støtte og styrke personlige ressurser der resiliens, 'opplevelse av sammenheng' og mestringstro var sentralt. Det som derimot viste best effekt på å redusere angst og depresjon samt fremme mestring var økt helsekompetanse. Kartlegging, veiledning og undervisning, motivering og samtale er viktige sykepleietiltak for å styrke disse personlige ressursene.

Rammebetingelser og barrierer har vist å ha en stor påvirkning på sykepleiers yrkesutøvelse og pasientforløpet. Implikasjoner for praksis i framtiden kan være å sikre et mer systematisk og organisert pasientforløp for KOLS-pasienter, slik en ser med de standardiserte pakkeforløpene for kreft som har vist positiv brukererfaring (Iversen & Bjertnæs, 2020, s. 31). Målet er å sikre systematisk oppfølging som også omhandler kommunen og dermed bidrar til forutsigbarhet og trygghet, samt fremme mestring. Sett i lys av at KOLS-pasienter tar opp stor plass i norsk helsevesen i form av reinnleggelser og økonomiske kostnader kan en slik ordning ha stor nytte både på individnivå og systemnivå. Ved en helhetlig oppfølging har dermed sykepleier et viktig ansvarsområde i form av ledende, koordinerende, tverrfaglig, veiledende og undervisende funksjon for å sikre personsentrert sykepleie.

Referanseliste

- Bahus, M. K. (2022, 14. oktober). *Brukermedvirkning i helsetjenesten*. Store norske leksikon. https://snl.no/brukermedvirkning_i_helsetjenesten
- Booth, A., Clowes, M., Sutton, A., & James, M, S-J. (2022). *Systematic Approaches to a Successful Literature Review* (3. utg). SAGE.
- Borge, C. R. (2021). Astma og kols. I T. Oksholm & C. R. Borge (Red.), *Lungesykepleie* (s. 91-113). Fagbokforlaget.
- Borge, C. R. (2021). Helseveiledning og mestring ved lungesykdom. I T. Oksholm & C. R. Borge (Red.), *Lungesykepleie* (s. 162-186). Fagbokforlaget.
- Christensen, V. L., Holm, A. M., Cooper, B., Paul, S. M., Miaskowski, C. & Rustøen, T. (2016). Differences in Symptom Burden Among Patients With Moderate, Severe, or Very Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(5), s. 849–859. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.12.324>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal akademisk.
- Ebrahimi, O. V. (2020). *Angst*. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/angst>
- Eriksen, S. (2015). Menneskets psykososiale behov. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 887-907). Cappelen Damm Akademisk.
- Fønhus, M. S. & Dahm, K. K. (2015, 18. juni). *Mestringstiltak kan bedre livskvaliteten*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2015/mestringstiltak-kan-betere-livskvaliteten/>

- GOLD. (2018). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf
- Grov, E. K. (2015). Å bli pasient og hjelpetrengende. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5 utg., s. 37-55). Cappelen Damm Akademisk.
- Grundt, H. (2022). Sykdommer i respirasjonsorganene. I S. Ørn & E. Bach-Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (3. utg, s. 205-244). Gyldendal akademisk.
- Grønseth, R., Bakkelund, J. & Thorsen, B. H. (2022). Sykepleie ved lungesykdommer. I D-G Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg, s. 145-212). Gyldendal akademisk.
- Grønseth, R. & Nortvedt, P. (2022). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D-G Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg, s. 1-22). Gyldendal akademisk.
- Helljesen, V. & Roang, C. (2015, 15. juni). *Overfylte sykehus og lav bemanning årsaken til feil*. <https://www.nrk.no/norge/-overfylte-sykehus-og-lav-bemanning-arsaken-til-feil-1.12406953>
- Helsedirektoratet. (2012, november). *Kols. Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging* (IS-2029). Helsedirektoratet. <https://www.keff.no/uploads/Faktaark/Medisinske-diagnosertilstander/Kols-%E2%80%93-Nasjonal-faglig-retningslinje-og-veileder-for-forebygging-diagnostisering-og-oppf%C3%B8lging.pdf>
- Helsedirektoratet. (2016, 13. desember). *Røykeavvenning*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/roykeavvenning/strukturert-hjelp-til-roykeavvenning/roykeslutt-for-pasienter-med-psykiske-lidelser>

Helsedirektoratet. (2017a, august). *Primærhelseteam: Kvalitet, Ledelse og Finansiering*. (IS-2656). Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/primaerhelseteam-kvalitet-ledelse-og-finansiering>

Helsedirektoratet. (2017b, august). *Stress og mestring* (IS-2655). Helsedirektoratet.

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/_attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf

Helsedirektoratet. (2022a, 11. april). *Brukermedvirkning*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

Helsedirektoratet. (2022b, 18. november). *Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*.

Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling>

Helsedirektoratet. (2022c, 15. februar). *Kols - diagnostisering og behandling*.

Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kols>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011, 1. november). *Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonal-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019, mai). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen*. Regjeringen.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Holter, I. M. (2015). Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1; Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 107-118). Cappelen Damm Akademisk.

Iversen, H. H. & Bjertnæs, Ø. A. (2020, desember). *Pakkeforløp for kreft. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser i befolkningen, blant pasienter og blant fastleger* (PasOpp-rapport 2020:840). Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/contentassets/15888267a51b4a04828e9c0875739920/pakkeforlop-for-kreft.pdf>

Johansen, H. (2020, 20. januar). Personsentrert tilnærming må omfatte alle. *Sykepleien forskning, 2020;108(80196)*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80196>

Keil, D. C., Vaske, I., Kenn, K., Rief, W. & Stenzel, N. M. (2017). With the strength to carry on: The role of sense of coherence and resilience for anxiety, depression and disability in chronic obstructive pulmonary disease *Chronic respiratory disease, 14(1)*, s. 11–21.

<https://doi.org/10.1177/1479972316654286>

Kirkevold, M. (2022, 30. august). *Sykepleieprosessen*. Store medisinske leksikon.

<https://sml.snl.no/sykepleieprosessen>

Kleiven, O. T., Kyte, L., & Kvigne, K. (2016). Sykepleieverdier under press? *Nordisk sygeplejeforskning, 6(4)*, s. 311–326. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-04-03>

Kristoffersen, N. J., Skaug, E-A., Steindal, S. A. & Grimsbø, G. H. (2021). Introduksjon til sykepleie som fag og tjeneste. I Kristoffersen, N. J., Skaug, E-A., Steindal, S. A. & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Fag og profesjon* (4. utg, bind 1, s. 15-28). Gyldendal Akademisk.

- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer Publishing Company.
- Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S. & Guttersrud, Ø. (2021). *Befolkningens helsekompetanse, del 1* (IS-2959). Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf/> /attachment/inline/e256f137-3799-446d-afef-24e57de16f2d:646b6f5ddafac96eef5f5ad602aeb1bc518eabc3/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf
- Lee, H., Yoon, J. Y., Kim, I. & Jeong, Y-H. (2013). The effects of personal resources and coping strategies on depression and anxiety in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart & Lung*, 42(6), 473–479.
<https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2013.07.009>
- Leivseth, L., Husebø, G. R., Melbye, H., Grønseth, R., Byhring, H. S., Olsen, F., Uleberg, B., Førde, O. H., Steindal, A. H., Balteskard, L. & Bakken, T. (2017). *Helseatlas kols*. (SKDE Rapport 17(3)). Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering [SKDE].
<https://www.skde.no/helseatlas/files/helseatlas-kols-rapport.pdf>
- Lillemoen, L. (2015). Etik i sykepleien. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utgave)(s. 297-338). Cappelen Damm Akademisk.
- Lode, K. (2016). Mestring. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (s. 40-55). Cappelen Damm akademisk.
- Nes, R. B., Røysamb, E., Eilertsen, M. G., Hansen, T. & Nilsen, T. S. (2021). *Folkehelse rapporten: Livskvalitet i Norge*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/>

- Nielsen, R., Johannessen, A., Omenaas, E. R., Bakke, P. S., Askildsen, J. E. & Gulsvi, A. (2010). Excessive costs of COPD in ever-smokers. A longitudinal community study. *Respiratory Medicine*, 105(3), s. 485-493. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2010.08.009>
- Nordkvelle, K. & Oksholm, T. (2021). Ernæring til personer med lungesykdommer. I T. Oksholm & C. R. Borge (Red.), *Lungesykepleie* (s. 187-197). Fagbokforlaget.
- Norsk Helseinformatikk. (2020, 13. mai). *Hva er søvn?* NHI. <https://nhi.no/kroppen-var/funksjoner/hva-er-sovn/?page=all>
- Norsk Helseinformatikk. (2022a, 10. februar). *Depresjon, en oversikt*. NHI. <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-en-oversikt/>
- Norsk Helseinformatikk. (2022b, 1. mars). *Årsaker til kols*. NHI. <https://nhi.no/sykdommer/lunger/kols/kols-arsaker/?page=all>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nystad, W. & Redaksjonen Folkehelse rapporten. (2018, 24. januar). *Folkehelse rapporten: Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kols/>
- Oksholm, T. (2019). Sykepleie til pasienter med lungesykdom. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 3: Utøvelse av klinisk sykepleie* (3. utg., s. 229-277). Cappelen Damm Akademisk.
- Oksholm, T. (2021). Samhandling med og rundt pasienten. I T. Oksholm & C. R. Borge (Red.), *Lungesykepleie* (s. 77-90). Fagbokforlaget.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

- Pooler, A. & Beech, R. (2014). Examining the relationship between anxiety and depression and exacerbations of COPD which result in hospital admission: a systematic review. *International Journal of COPD*, 2014(9), s. 315-330.
- Popenoe, R., Langius-Eklöf, A., Stenwall, E., & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic journal of nursing research*, 41(4), 175-186.
- Regjeringen. (2014, 24. september). *Tolking i offentlig sektor - et spørsmål om rettsikkerhet og likeverd*.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/a47e34bc4d7344a18192e28ce8b95b7b/no/pdfs/nou201420140008000dddpdfs.pdf>
- Rotegård, A. K., Solhaug, M. & Grov, E. K. (2015). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5 utg., s. 244-270). Cappelen Damm Akademisk.
- Siltanen, Aine, T., Huhtala, H., Kaunonen, M., Vasankari, T., & Paavilainen, E. (2020). Psychosocial issues need more attention in COPD self-management education. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 38(1), s. 47–55.
<https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1717087>
- Skre, I. B. (2020, 15. november). *Angst*. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/angst>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Stubberud, D-G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet: Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Gyldendal Akademisk.

- Svartdal, F. (2018, 29. august). *Mestring*. Store norske leksikon. <https://snl.no/mestring>
- Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Tolkeloven. (2021). *Lov om offentlige organers ansvar for bruk av tolk mv.* (LOV-2021-06-11-79). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2021-06-11-79>
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: Pasient- og pårørendeopplæring* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk: helsekompetanse og brukarmedvirkning* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Vrålstad, S. & Wiggen, K. S. (2017, 24. mai). *Levekår blant innvandrere i Norge 2016.* (2017/13). Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/attachment/309211?ts=177710adf90>
- Vågan, A. (2022, 16. november). *Helsekompetanse*. Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. <https://mestring.no/hva-er-laering-og-mestring/sentrale-begreper/helsekompetanse/>
- White, R., Walker, P., Roberts, S., Kalisky, S., & White, P. (2006). Bristol COPD Knowledge Questionnaire (BCKQ): testing what we teach patients about COPD. *Chronic Respiratory Disease*, 3(3), 123–131. <https://doi.org/10.1191/1479972306cd117oa>
- World Health Organization. (2022, 20. mai). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. WHO. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
- Wulff, C., Vedsted, P., Sorknæs, A. D. & Dahl, B. H. (2011). Koordination og sikring af sammenhengende KOL-patientforløb. I L. Moll, P. Lange & B. H. Dahl (Red.), *KOL: sykdom, behandling og organisation* (s. 229-236). Munksgaard Danmark.

Zhang, Q., Liao, J., Liao, X., Wu, X., Wan, M., Wang, C. & Ma, Q. (2014). Disease knowledge level is a noteworthy risk factor of anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a cross-sectional study. *BMC Pulmonary Medicine*, 14(1), 92–92. <https://doi.org/10.1186/1471-2466-14-92>

Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica.*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Vedlegg

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIER

“The effects of personal resources and coping strategies on depression and anxiety in patients with chronic obstructive pulmonary disease”

Score 8/11

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja X	Uklart O	Nei O
	Kommentar: Problemstilling/formålet med studien er tydelig formulert i introduksjonen.		
2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?	Ja Nei X	Uklart O	O
	Kommentar: Det finnes eksisterende forskning om lignende temaer. Man får og et bredt blikk på styrker og svakheter i utdanning av KOLS-pasienter av helsepersonell.		

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

<p>3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">O</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Populasjonen er valgt ut fra 3 sykehus og to klinikker i Sør-Korea. Populasjonen er definert ut fra alder, kjønn, sivilstatus, utdanningsnivå, månedlig husholdningsinntekt.</p>	Ja	Uklart	Nei	X	O	O
Ja	Uklart	Nei					
X	O	O					
<p>4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">O</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Studien benytter statistiske utvalgsmetoder ved en vurdering av respondentenes karakteristika, som feks: alder, kjønn, utdanningsnivå og inntekt. Det er få kvinner (7,2%), noe som ikke er representativt for den generelle populasjonen med KOLS.</p>	Ja	Uklart	Nei	O	X	O
Ja	Uklart	Nei					
O	X	O					
<p>5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">O</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Fordi artikkelen er en sekundæranalyse av en annen studie står ikke all informasjon om frafall i utvalget. Studien inkluderer 209 KOLS-pasienter.</p>	Ja	Uklart	Nei	O	X	O
Ja	Uklart	Nei					
O	X	O					
<p>6. Er svarprosenten høy nok?</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">O</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Det er ikke gjort rede for svarprosenten da dette er en sekundærstudie.</p>	Ja	Uklart	Nei	O	X	O
Ja	Uklart	Nei					
O	X	O					

<p>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">O</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Studien benytter seg av HADS, Bristol COPD Knowledge Questionnaire, COPD Self-Efficacy Scale, Personal Resource Questionnaire og Jalowiec Coping Scale.</p>	Ja	Uklart	Nei	X	O	O
Ja	Uklart	Nei					
X	O	O					
<p>8. Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">O</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Standardisert datainnsamling hvor egenskapene til deltakerne ble kategorisert ved bruk av prosent og deretter vist standardavvik i utvalget.</p>	Ja	Uklart	Nei	X	O	O
Ja	Uklart	Nei					
X	O	O					
<p>9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">O</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Standardisert datainnsamling hvor seks ulike forskningsassistenter utførte intervju med KOLS-pasienter ved bruk av spørreskjema.</p>	Ja	Uklart	Nei	X	O	O
Ja	Uklart	Nei					
X	O	O					

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>10. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?</p>	<p>Pasienter med mer kunnskap om sykdommen, mestringstro eller mer problemfokuset mestringsstrategi hadde færre depressive symptomer. Pasienter med mer mestringstro eller bruker mindre emosjonsfokuserte mestringsstrategier uttrykte lavere nivå av angst.</p> <p>Det er oppgitt p-verdi.</p>
--	--

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p>11. Kan resultatene overføres til praksis?</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: left;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: right;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">X</td> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: right;">O</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Oppgaven vår omhandler hvilke sykepleietiltak man kan iverksette for å øke mestring hos KOLS-pasienter med angst og depresjon. Teorien vår anvender også mestring som artikkelen tar for seg.</p>	Ja	Uklart	Nei	X	O	O
Ja	Uklart	Nei					
X	O	O					
<p>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: left;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: right;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: left;">X</td> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: right;">O</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Liknende resultater som tidligere studier på andre kroniske tilstander/sykdommer og studier om KOLS.</p>	Ja	Uklart	Nei	X	O	O
Ja	Uklart	Nei					
X	O	O					

“Psychosocial issues need more attention in COPD self-management education”
Score: 9/11

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er problemstillingen i studien klart formulert?</p>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td align="center">X</td> <td align="center">O</td> <td align="center">O</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Problemstilling/formålet med studien er tydelig formulert i abstraktet og introduksjonen</p>	Ja	Uklart	Nei	X	O	O			
Ja	Uklart	Nei								
X	O	O								
<p>2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?</p>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nei</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td align="center">X</td> <td align="center">O</td> <td align="center">O</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Metoden dekker en vid gruppe</p>	Ja	Uklart		Nei			X	O	O
Ja	Uklart									
Nei										
X	O	O								

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

<p>3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? TIPS:</p>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td align="center">X</td> <td align="center">O</td> <td align="center">O</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Populasjonen er valgt ut fra 9 sykehus i Finland. Populasjonen er definert ut fra leger og sykepleiere, men en generell utdanning eller videreutdanning innenfor KOLS/astma.</p>	Ja	Uklart	Nei	X	O	O
Ja	Uklart	Nei					
X	O	O					
<p>4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?</p>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td align="center">X</td> <td align="center">O</td> <td align="center">O</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Studien benytter statistiske utvalgsmetoder ved en vurdering av ulike emner innenfor KOLS-undervisning, både medisinske og psykososiale aspekter. Utvalget består av 83 leger og 154 sykepleiere.</p>	Ja	Uklart	Nei	X	O	O
Ja	Uklart	Nei					
X	O	O					

<p>5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/> Uklart <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/></p> <p>Kommentar: Det var 8 sykepleiere som ble ekskludert i utvalget pga de hadde spesielle oppgavebeskrivelser.</p>
<p>6. Er svarprosenten høy nok?</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/> Uklart <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/></p> <p>Kommentar: Svarprosenten var 97%.</p>
<p>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</p>	<p>Ja <input type="radio"/> Uklart <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/></p> <p>Kommentar: Det er ikke presisert hvordan spørreskjema som er anvendt, men forfatterne har laget en graf ut fra svarresultatene oppgitt i prosent som virker valid.</p>
<p>8. Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/> Uklart <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/></p> <p>Kommentar: Det er samme intervjumetode med elektronisk spørreskjema for alle deltakerne.</p>

9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?	Ja	Uklart	Nei
	O	X	O
<p>Kommentar: Det er definert hvilke svar som skal indikere hva. Det er ikke skilt mellom individuelle forskjeller og subjektive tolkninger av spørsmålene.</p>			

HVA FORTELLER RESULTATENE?

10. Hva er resultatet i denne studien?	<p>KOLS-pasienter ble i hovedsak undervist rundt det medisinske av legene og sykepleierne, som medisiner, røykeslutt, kosthold og trening. Det var derimot fraværende å undervise pasientene ift mestring, psykisk velvære og stresshåndtering.</p> <p>Resultatene er oppgitt i % ut fra deltakernes svarresultater.</p>
Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?	

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

11. Kan resultatene overføres til praksis?	Ja	Uklart	Nei
	X	O	O
<p>Kommentar: Resultatene er relevant for vår litteraturstudie da den presenterer hvordan undervisning, som kan defineres som et sykepleietiltak, har innvirkning på psykososiale behov og dermed kan fremme mestring</p>			

<p>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</p>	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="882 230 927 259">Ja</td> <td data-bbox="1177 230 1273 259">Uklart</td> <td data-bbox="1481 230 1528 259">Nei</td> </tr> <tr> <td data-bbox="882 271 927 309">X</td> <td data-bbox="1150 282 1177 309">O</td> <td data-bbox="1394 282 1422 309">O</td> </tr> </table> <p data-bbox="882 376 1509 517">Kommentar: Studien samsvarer med tidligere studier, særlig på temaer rundt undervisning om fatigue.</p>	Ja	Uklart	Nei	X	O	O
Ja	Uklart	Nei					
X	O	O					

“With the strength to carry on: The role of sense of coherence and resilience for anxiety, depression and disability in chronic obstructive pulmonary disease”

Score: 9/11

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er problemstillingen i studien klart formulert?</p>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td align="center"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Problemstillingen er formulert som et mål og ikke som et spørsmål. Står tydelig abstraktet og introduksjonen.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ja	Uklart	Nei								
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<p>2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?</p>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nei</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td align="center"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Artikkelen er basert på en spørreundersøkelse.</p>	Ja	Uklart		Nei			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Uklart									
Nei										
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

<p>3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?</p>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td align="center"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> <td align="center"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Utvalget er tatt fra en selvhjelpsorganisasjon for personer med KOLS, og videre ble de som hadde ukjent GOLD-stadie ekskludert.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

<p>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">O</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Det er brukt standardiserte måleverktøy som HAD (Hospital Anxiety Depression scale), CDI (COPD Disability Index), SOC-L9 og SOC-29 (måleinstrumenter for Sense of Coherence), RS-13 (Resilience Scale) og ett syv-spørsmål spørreskjema relatert til sosial støtte. Måleverktøyene har god validitet.</p>	Ja	Uklart	Nei	X	O	O
Ja	Uklart	Nei					
X	O	O					
<p>8. Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">O</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Standardisert datainnsamling med spørreundersøkelse, respondentene deltok over nett.</p>	Ja	Uklart	Nei	X	O	O
Ja	Uklart	Nei					
X	O	O					
<p>9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">O</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Det er tatt i bruk regresjonsanalyse som ekskluderer veldig avvikende svar</p>	Ja	Uklart	Nei	X	O	O
Ja	Uklart	Nei					
X	O	O					

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>10. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?</p>	<p>Resultatet i studien var at høyere grad av Sense of Coherence og resiliens ble assosiert med mindre opplevd funksjonsnedsettelse, angst og depresjon, og at sosial støtte hadde en effekt på depresjon.</p> <p>Resultatene kan skyldes tilfeldigheter da hvem som helst kan ha svart på spørreundersøkelsen. Det er oppgitt p-verdier.</p>
--	---

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p>11. Kan resultatene overføres til praksis?</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">O</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Resultatene kan overføres til vår oppgave gjennom å beskrive konkrete tiltak som har effekt på funksjonsnedsettelse, angst og depresjon, noe som har påvirkning på mestring</p>	Ja	Uklart	Nei	X	O	O
Ja	Uklart	Nei					
X	O	O					
<p>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">O</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Store deler av resultatene er tilsvarende andre studier, men tidligere studier har vist at resiliens har større betydning for psyken enn sence og coherence, mens denne studien viser omvendt.</p>	Ja	Uklart	Nei	O	X	O
Ja	Uklart	Nei					
O	X	O					

“Disease knowledge level is a noteworthy risk factor of anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a cross sectional study”
Score: 10/11

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er problemstillingen i studien klart formulert?</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Problemstillingen er formulert som et mål og ikke som et spørsmål. Står tydelig i “background”.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<p>2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Artikkelen er basert på en tverrsnittstudie.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

<p>3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Alder, kjønn, utdanningsnivå og nasjonalitet er inkludert i studien. Det er ¼ kvinner av menn i populasjonsutvalget.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<p>4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Studien benytter statistiske utvalgsmetoder ved en vurdering av respondentenes karakteristika, som feks: alder, kjønn og utdanningsnivå.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

