

Sykepleie til angstpregede KOLS-pasienter

«Hvordan kan sykepleier redusere angst knyttet til dyspné hos KOLS-pasienter som er i palliativ fase?»

Kandidatnummer: 723

Lovisenberg diakonale høgskole

BSY-500 Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 8826

Dato: 02.01.2024



Lovisenberg
diakonale høgskole

«It is the most frightening thing, because when you are trying to breathe and there`s no air, it`s not like you can go into the next room and pick up a can of air and say «Okey, I`m alright». It`s frightening because there is no air and the more you panic, the less air you have.»

- Iyer et al., 2019, s. 1030

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 02.01.2024
Tittel: Sykepleie til angstpregede KOLS-pasienter	
<p><u>Innledning:</u></p> <p>Temaet for oppgaven omhandler sykepleiers rolle og sykepleiens funksjon i forbindelse med angstproblematikk hos KOLS-pasienter. I den norske befolkningen over 40 år lever 6-7 prosent med KOLS. Angst i forbindelse med tungpust er et kjent problem. KOLS gir respirasjonsbesvær som vedvarer og progredierer, og pasienten vil ofte ha behov for hjelp med symptommestring. På bakgrunn av dette er oppgavens problemstilling: «<i>Hvordan kan sykepleier redusere angst knyttet til dyspné hos KOLS-pasienter som er i palliativ fase?</i>».</p> <p><u>Metode:</u></p> <p>Oppgavens metode er en generell litteraturstudie. Det har blitt gjennomført ett strukturert litteratursøk i CHINAL. Det ble gjort et utvalg som resulterte i fire forskningsartikler. Disse benyttes for å svare på den aktuelle problemstillingen, sett i sammenheng med annen relevant faglitteratur.</p> <p><u>Resultat:</u></p> <p>Artiklene identifiserer ulike sykepleietiltak innenfor palliasjon som kan bidra til å redusere angst hos KOLS-pasienter. Pasientenes behov for hjelp til å håndtere sykdommens emosjonelle og fysiske belastninger identifiseres. Funn tyder på at informative og trygghetsskapende tiltak kan bidra til reduksjon av angst, i tillegg til teknikker som hjelper pasienten med å mestre dyspné og tungpust.</p> <p><u>Diskusjon:</u></p> <p>Sykepleiens funksjon i forbindelse med angstreduksjon hos KOLS-pasienter i palliativ fase viser seg å innebære tiltak som retter seg direkte mot å bedre tungpusten, kombinert med tiltak som retter seg mer mot pasientens psykososiale behov. For å kunne redusere pasientens angst, må sykepleier se angst og dyspné i en sammenheng og rette fokus mot lindring og behandling av begge symptomer parallelt med hverandre.</p>	

(Totalt antall ord: 238)

Forord

Bacheloroppgaven startet med en innlevert prosjektbeskrivelse i emnet BSY-402 *Prosjektplanlegging*, med kandidatnummer 573. Selv om begge innleveringene har utgangspunkt i et felles tema, er vinkling og problemstilling videreutviklet og tilspisset i den ferdige bacheloroppgaven. Det vil finnes likheter i litteratursøk og artikkelmatrise, da to av artiklene er brukt i begge innleveringer.

Innholdsfortegnelse

Forord	
1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valgt tematikk:.....	1
1.2 Sykepleiefaglig relevans	2
1.3 Presentasjon av problemstilling.....	3
1.4 Avgrensing av oppgaven.....	3
2 Bakgrunnsteori	4
2.1 KOLS.....	4
2.1.1 Å leve med KOLS.....	5
2.2 Angst.....	6
2.3 Menneskets grunnleggende behov	6
2.4 Sykepleie funksjon og ansvar	7
2.4.1 Sykepleiers lindrende funksjon	7
2.4.2 Symptomkartlegging og sykepleie ved respirasjonsproblemer	8
3 Metode	10
3.1 Generell litteraturstudie	10
3.2 Søkeprosessen og utvalg av artikler.....	10
3.2.1 Kriterier for inklusjon og eksklusjon i søket.....	10
Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier	10
3.2.2 Søkeprosess, søkehistorikk og artikkelutvalg	11
Tabell 2: Søkehistorikk og utvalg av artikler	12
3.3 Øvrig litteratur	13
3.4 Kvalitetsvurdering	14
4 Resultater	15
4.1 Tabell 3: Artikkelmatrikse	15
4.2 Syntese av artikkelresultater	20
5 Diskusjon	21
5.1 Behovet for å gjenvinne kontroll	21
5.2 Miljøtilpasning, inkludering av pårørende og tilstedeværelse.....	22
5.3 Informasjonsbehov, etisk vurdering og individualisert pleie	23
5.4 Veiledende og undervisende rolle	25
5.5 Angst og dyspné sett i sammenheng.....	27
5.6 Metodediskusjon	27
6 Konklusjon	31
Referanseliste	32
Vedlegg kvalitetsvurdering	37
Vedlegg 1.....	37
Vedlegg 2.....	39
Vedlegg 3.....	41
Vedlegg 4.....	43

1 Innledning

Temaet for denne oppgaven er sykepleiers funksjon i møte med angstproblematikk blant KOLS-pasienter som er i en palliativ fase.

1.1 Bakgrunn for valgt tematikk:

Det anslås at cirka 200 000 mennesker i Norge lever med en kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), og at forekomsten av angst hos KOLS-pasienter er opptil 34 prosent (Bakke, 2013, s. 177; Hjalmsen, 2014). I 2019 var KOLS den tredje ledende dødsårsaken i verden og i 2021 var lungesykdommer den fjerde hyppigste dødsårsaken i Norge (World Health Organization, 2023; Nystad, 2014). Tall antyder at 6-7 prosent av befolkningen i Norge som er eldre enn 40 år har KOLS, og at prevalensen øker i tråd med alder (Nystad, 2014; Hjalmsen, 2014, s. 20). Prevalens av KOLS for personer over 65 år ligger på hele 20 prosent (Hjalmsen, 2014, s. 20). Når det gjelder årsak til sykdomsutvikling viser tall at opptil 90 prosent av KOLS tilfellene skyldes røyking (Bakke, 2013, s. 177). På tross av at færre mennesker i Norge røyker, vil antallet KOLS-tilfeller fortsatt holde seg høyt på grunn av den lange latenstiden for klinisk sykdom og den økende andelen eldre i befolkningen (Grundt & Mjell, 2016, s. 240; Nystad, 2014; Hjalmsen, 2014, s. 20). KOLS viser seg å være en underdiagnostisert sykdom, fordi mange mennesker lever med KOLS i tidlig stadium av en mild grad, ofte uten å vite om det (Grundt & Mjell, 2016, s. 239; Bakkelund et al., 2016, s. 135). Angst er en vanlig komplikasjon ved KOLS, og forekommer oftere hos KOLS-pasienter enn hos resten av befolkningen (Grundt & Mjell, 2016, s. 243; Bakkelund et al., 2016, s. 138). Denne komplikasjonen kan bidra til en økt opplevelse av håpløshet, hjelpeløshet, passivitet og ensomhet, noe som kan føre til nedsatt livsutfoldelse (Bakkelund et al., 2016, s. 138). Av sykdommer i respirasjonssystemet er KOLS den hyppigste årsaken til sykehusinnleggelse, og antall sykehusinnleggelse grunnet KOLS-forverring stiger (Brodtkorb, 2020, s. 391; Grundt & Mjell, 2016, s. 239). En skandinavisk studie viser også at blant KOLS-pasienter er angst en svært viktig risikofaktor for reinnleggelse på sykehus (Gudmundsson et al., 2005).

Følelsen av å ikke få nok luft er skremmende. At kroppen ikke får nok oksygen er alvorlig, farlig og i verste fall dødelig, noe som forklarer den skremmende opplevelsen. Kroppen reagerer med en naturlig angstreaksjon når den ikke får puste (Bakkelund et al., 2016, s. 118).

En pasient som lever med KOLS vil være utsatt for denne angsten resten av livet (Skaug & Berntzen, 2017, s. 110-111). Respirasjonen går fra å være en ubevisst funksjon til å bli noe av det eneste som står i fokus (Bakkeland et al., 2016, s. 118). Angst-dyspné-angst sirkelen kan sees på som en ond sirkel som illustrerer hvordan angst og tungpust henger sammen (Markussen, 2009). Begge de subjektive opplevelsene vil kunne forsterke hverandre, noe som kan vise seg relevant hos personer som lever med KOLS (Bakkeland et al., 2016, s. 138). Denne sammenhengen er noe som har inspirert meg til å skrive om akkurat dette temaet for bacheloroppgaven i sykepleie. Som sykepleierstudent i praksis så jeg hvordan en eldre kvinne satt fremoverlent på sengekanten med et smått desperat, men også utslitt blikk. Hun holdt seg til knærne, mens magen, ryggen og skuldrene jobbet intenst for å utføre det grunnleggende respirasjonsarbeidet som ikke fungerte slik det skulle lenger. Kroppen kjempet etter å puste normalt, og med denne utfordringen fulgte kvinnens redsel og frykt for å bli kvalt og dø. Sammenhengen mellom respirasjon og angstproblematikk ble veldig tydelig for meg, og dermed ble jeg opptatt av hvordan sykepleier kan redusere angst knyttet til dyspné.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Pasientens respirasjonsproblemer kan observeres blant annet ved å se hvordan pasienten bruker hjelpemuskulatur ved ventilasjon. Med et godt klinisk blikk kan det også være mulig å se angsten i blikket og kroppsspråket til pasienten. Det kan vise seg utfordrende for sykepleier å oppdage og kartlegge angst, fordi det er blant symptomer som pasienter selv føler på, noe som krever en helhetlig og individuell tilnærming (Bakkeland et al., 2016, s. 138; Mathiesen, 2015, s. 132). I møte med helsevesenet er det ofte tett kontakt mellom pasient og sykepleier, noe som setter sykepleier i en god posisjon for å identifisere pasientens utfordringer og se et helhetlig bilde (Mathiesen, 2015, s. 132-133). Fordi angst og tungpust henger tett sammen, er det viktig at sykepleieren til denne pasientgruppen har kjennskap til hvordan pustebesvær som symptom også kan være tegn på angst (Markussen, 2009). Sykepleiere som møter KOLS-pasienter bør i tillegg ha kunnskap om hvor vanlig det er at angst forekommer hos pasientgruppen, for å kunne utøve en god praksis for å lindre pasientens angstsymptomer (Grundt & Mjell, 2016, s. 243; Lillemoen, 2015, s. 330; Nortvedt, 2021, s. 185). Fordi KOLS er en kronisk lidelse med symptomer som vil vare livet ut, vil sykepleier møte denne pasientgruppen overalt i helsevesenet (Hjalmarsen, 2014, s. 84). Ved diagnostisert kronisk lungesykdom vil også aldringsprosessen komme tidligere enn normalt, og aldersforandringer fører med seg en økt skrøpeligheit som kan øke risiko for sykdom og

skader (Hjalmarsen, 2014, s. 28-29; Mensen, 2020, s. 30). Selv om KOLS er en tilstand som ikke kan kureres, kan likevel sykepleiere fungere som en viktig bidragsyter til symptombehandling og forebygging av uheldig sykdomsutvikling (Brodtkorb, 2020, s. 392). Palliasjon og symptomlindring spiller derfor en sentral rolle i forbindelse med sykepleie til KOLS-pasienten, fordi det er snakk om en sykdom som gir problemer og belastninger som ikke kan fjernes eller kureres (Nortvedt, 2021, s. 185; Kristoffersen et al., 2016, s. 18).

1.3 Presentasjon av problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan sykepleiere kan redusere pasientens opplevelse av angst når de lever med en alvorlig kronisk og uhelbredelig lungesykdom. Problemstillingen blir derfor:

Hvordan kan sykepleiere redusere angst knyttet til dyspné hos KOLS-pasienter som er i palliativ fase?

1.4 Avgrensning av oppgaven

Som tidligere nevnt, vil sykepleiere møte angstpregede KOLS-pasienter overalt i helsevesenet, blant annet på grunn av pasientens alder og kroniske lungesykdom. På bakgrunn av dette har jeg valgt å ikke avgrense oppgaven til en spesifikk kontekst, fordi problemstillingen sikter mot en løsning som vil være overførbar i flere deler av helsevesenet. Det er kjent at KOLS er den lungesykdommen som forekommer hyppigst hos eldre, og tall kan vise til at 80 prosent av mennesker som dør av KOLS er eldre enn 70 år (Hjalmarsen, 2014, s. 28). Med bakgrunn i at statistikk og data viser til at de fleste mennesker med KOLS er eldre, vil denne oppgaven være avgrenset til pasienter som er eldre enn 65 år. Det avgrenses ikke konkret i forhold til de ulike alvorlighetsgradene for KOLS.

2 Bakgrunnsteori

2.1 KOLS

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) betegner en lungesykdom som forårsaker hindret luftstrøm og respirasjonsproblemer (World Health Organization, 2023). KOLS er en ikke-kurativ sykdom hvor luftveisobstruksjonen gradvis og langsomt progredierer, og pasienten må leve med luftstrømshindring og respirasjonsproblemer resten av livet (World Health Organization, 2023; Bakkelund et al., 2016, s. 133). Det er en sykdom som omfatter hovedsakelig kronisk bronkitt og emfysem, og en kombinasjon av disse to tilstandene (Bakkelund et al., 2016, s. 133). En langvarig irritasjon av luftveiene har ført til en kronisk inflammatorisk reaksjon som gradvis skader lungevevet (Grundt & Mjell, 2016, s. 240; Bakkelund et al., 2016, s. 133). Betennelsen i luftveiene gjør at sekret og ødematøse slimhinner tetter luftveiene ytterligere og i kombinasjon med en redusert gassutveksling grunnet ødelagte alveoler, bidrar dette til økt obstruksjon (Brodtkorb, 2020, s. 392). Obstruksjonen skaper vanskeligheter med utånding og pasienten må bruke ekstra muskelkraft ved ekspirasjon. Dette kan sees ved at pasienten benytter hjelpemuskulatur for å kvitte seg med luften fra lungene, gjennom å bruke bukmuskulatur og interkostalmuskulatur, noe som forårsaker forlenget utåndingstid (Brodtkorb, 2020, s. 392). Typiske symptomer ved KOLS er kronisk hoste og kronisk slimproduksjon i luftveiene, i tillegg til gjentatte kolseksaserbasjoner, som vil si episoder med akutt forverring (Bakkelund et al., 2016, s. 134). KOLS skaper respirasjonsproblemer som kan forårsake betydelig ubehag hos pasienten (Bakkelund et al., 2016, s. 137). Dette opplevde ubehaget ved pusting betegner begrepet dyspné, som regnes å være hovedsymptomet på KOLS. Dyspné betyr tungpust og kan forklares som ulike sanseopplevelser som innebærer en følelse av at personen ikke får tilstrekkelig med luft. Det er med andre ord et symptom i form av en subjektiv erfaring, som pasienten selv må beskrive opplevelsen av. Slik som ved smerte, vil pasienter oppleve tung pust ulikt, da det er en individuell og personlig erfaring (Bakkelund et al., 2016, s. 141). Pasienten som opplever dette, kan vise kliniske tegn som blant annet økt respirasjonsfrekvens. I tillegg kan pasienten som et forsøk på å bedre ventilasjonen, benytte hjelpemuskulatur eller spesielle sittestillinger og bevegelser med kroppen (Brodtkorb, 2020, s. 393). Det er med andre ord mulig å observere at pasienten er anstrengt i pusten, men ikke hvor anstrengt eller hvordan det oppleves for pasienten. Symptomer og konsekvenser ved sykdommen vil variere

avhengig av alvorlighetsgrad (Bakkelund et al., 2016, s. 137). KOLS diagnostiseres hovedsakelig gjennom undersøkelsen spirometri, og deles inn i 4 ulike grader:

- Grad 1 Mild
- Grad 2 Moderat
- Grad 3 Alvorlig
- Grad 4 Svært alvorlig

(Bakkelund et al., 2016, s. 134).

Spirometriundersøkelsen forteller noe om hvor sterk luftstrømsobstruksjonen er, som igjen vil styre hvordan pasienten plages av symptomer (Bakkelund et al., 2016, s. 134-135).

Luftstrømsobstruksjonen vil øke i alvorlighetsgrad i samsvar med KOLS-gradene, noe som betyr at ved et tidlig stadium av sykdommen kan pasienten ha kronisk hoste og økt slimproduksjon, uten å være klar over at de har en nedsatt lungefunksjon (Bakkelund et al., 2016, s. 135). Ved et senere stadium av sykdommen vil obstruksjonen ha utviklet seg til en mer alvorlig grad, noe som gir pasienten flere akutte forverringer av symptomer og hyppigere kolesksaserbasjoner. Ved grad 4 utvikler pasienten ofte en respirasjonssvikt der forverringer av tilstanden kan være livstruende (Bakkelund et al., 2016, s. 135).

2.1.1 Å leve med KOLS

Opplevelsen av å ikke få nok luft er en stor påkjenning for denne pasientgruppen (Brodtkorb, 2020, s. 392). Det har som konsekvens at pasientene blir kraftløse og utslitt og har lettere for å bli redd, irritabel eller miste kontroll på følelser. Etter hvert som sykdommen utvikler seg vil pasientene bli mer avhengig av andre, og de kan oppleve at de mister kontroll på eget liv.

Angst er noe som ofte preger pasienten i et av de senere stadiene av sykdommen (Brodtkorb, 2020, s. 392). Ifølge en tyrkisk studie som undersøkte hvordan KOLS-pasienter opplevde å leve med sykdommen, fant de at åndenød ble identifisert som det mest plagsomme symptomet som også førte med seg panikk og frykt (Avşar & Kaşıkçı, 2010, s. 46).

Kroniske sykdommer har ulikt tempo av utvikling (Kristoffersen, 2016, s. 77). Noen kroniske lidelser fører til gradvis tap av funksjoner fordelt over flere tiår, og andre sykdommer utvikler seg raskere til en sterk funksjonsnedsettelse og død. Det å leve med en kronisk lidelse byr på ulike faser hvor sykdommens intensitet varierer, og en møter ulike utfordringer som må mestres. Fordi en kronisk sykdom styres av slike faser, vil pasienten ha behov for hjelp og støtte fra helsepersonell på ulike tidspunkt i sitt sykdomsforløp (Kristoffersen, 2016, s. 77). Pasienter som lever med en kronisk lungesykdom vil ha varig nedsatt lungefunksjon og evne

til å få tilfredsstilt behovet for oksygentilførsel og karbondioksidutskilling (Brodtkorb, 2020, s. 391).

Fordi KOLS er en uhelbredelig, kronisk og progredierende sykdom som varer livet ut, vil det kunne bety at selv om symptomutviklingen er langsom, vil sykdommen utvikle seg i negativ grad og pasienten befinner seg i en palliativ fase (Grundt & Mjell, 2016, s. 243; Hjalmsen, 2014, s. 84). Palliasjon forklares å inkludere aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og som har en forventet forkortet levetid, der lindring av pasientens plagsomme symptomer står sentralt (Helsedirektoratet, 2018, s. 3).

2.2 Angst

Angst og frykt er ord som ofte benyttes om hverandre (Kvaal, 2020, s. 443). Felles gir de en negativ følelse, en forventning om fare eller ubehag og de gir begge en ansent uro. Angsten kjennetegnes ved å være forbundet med mer uklarhet i forbindelse med trussel og fare, og frykten er mer forbundet med konkrete og avklarte farer og trusler. «Sjelens smerte» er en betegnelse som kan brukes for å forklare begrepet angst (Kvaal, 2020, s. 443). Det kan defineres som en uro, gjerne diffus og vag, men den kan også opptre både voldsom og lammende. Usikkerhet, bekymring, redusert selvfølelse og hjelpeløshet er begreper som er tett knyttet sammen med angst. Når en person opplever angst, aktiveres det autonome nervesystemet og vekker følelser som spenning, engstelse, nervøsitet og bekymring. En måte å forstå angst på, er å se på det som en psykisk reaksjon på en stressende livssituasjon som for eksempel oppstår ved sykdom (Kvaal, 2020, s. 443). Angsten kan opptre som en helt normal følelse, når den er ufarlig, trigger hensiktsmessig handling og vedvarer i et begrenset tidsrom (Kvaal, 2020, s. 443-444). Men den kan også opptre som angstsymptomer, dersom intensitet og omfang øker, og den kan utvikle seg til en mer alvorlig angstlidelse (Kvaal, 2020, s. 444). Ved KOLS er angst ofte sekundært til tilstanden. I dette tilfelle kan angstsymptomene virke hemmende for oppmerksomhet og livsutfoldelse, og det er viktig at tilstanden blir tatt alvorlig for å unngå at personen utvikler en mer permanent angstlidelse (Kvaal, 2020, s. 443-445). Angst trigger kroppens autonome nervesystem til å øke pulsen og gir pasienten en følelse av åndenød og kvelningsfølelse (Kvaal, 2020, s. 444).

2.3 Menneskets grunnleggende behov

Allerede på 1930-tallet deltok Virginia Henderson i arbeidet med å definere hva sykepleierens funksjon gikk ut på (Mathiesen, 2015, s. 122). Hun beskrev blant annet det å puste normalt og

kjenne på trygghet, som noen av pasientens grunnleggende behov (Mathiesen, 2015, s. 128). Noen tiår senere, mot slutten av 1950-tallet, bygget den amerikanske sykepleieteoretikeren Dorothea Orem videre på arbeidet med å definere sykepleie (Cavanagh, 2001, s. 16). Hendersons og Orems teorier kan sees på som nært beslektet fordi de bygger på mange av de samme elementene (Kirkevold, 2001, s. 128). Orems egenomsorgsteori beskriver en rekke universelle egenomsorgsbehov som omfatter de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspektene ved livet. Hun viser blant annet til behovet for å opprettholde tilstrekkelig tilførsel av luft og behovet for trygghet mot farer for liv, menneskelig funksjon og velvære (Cavanagh, 2001, s. 19). Tilførsel av luft er blant de grunnleggende livsprosessene, og problemer som oppstår på dette området kan føre til livstruende tilstander (Cavanagh, 2001, s. 20).

2.4 Sykepleie funksjon og ansvar

Sykepleiers primære ansvarsområde skal være rettet mot mennesker som har behov for sykepleie og helsetjenester (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Sykepleie er et bredt fagfelt som innebærer flere ulike funksjoner for hvordan praktisere god sykepleie (Kristoffersen et al., 2016, s. 17). Orem forklarer at pasienten er en person som trenger sykepleiers assistanse for å møte bestemte egenomsorgsbehov (Cavanagh, 2001, s. 32). I følge Orem innebærer en svært sentral sykepleiefunksjon å handle på vegne av en annen som selv er ute av stand til å utføre bestemte egenomsorgshandlinger (Cavanagh, 2001, s. 33). Hun henviser også til funksjonen sykepleier har i å støtte en annen både fysisk og psykisk, samt å tilrettelegge for omgivelser som tilpasses pasientens behov. Sykepleier plikter å utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp, og god sykepleie bunner ut i en praksis som innebærer å hjelpe pasienten med å få dekket sine grunnleggende fysiske, psykiske, sosiale, eksistensielle og åndelige behov (Lillemoen, 2015, s. 330). Ifølge sykepleiers yrkesetiske retningslinjer, står sykepleier ansvarlig for å ivareta en helhetlig omsorg for pasienten i tillegg til å ta ansvar for en sykepleiepraksis som lindrer lidelse (Norsk Sykepleierforbund, 2023).

2.4.1 Sykepleiers lindrende funksjon

Nortvedt (2021, s. 185) viser til at medisinsk behandling kan begrenses og avsluttes, men at palliasjon aldri skal begrenses eller seponeres. Han forklarer at palliasjon og lindrende behandling og omsorg ikke har et kurativt mål, men sikter mot symptomlindring. Dette innebærer sykepleie som lindrer smerte og ubehag på lik linje som lindring av angst og uro. Palliativ omsorg innebærer å trøste og vise omtanke, både gjennom sine handlinger og i sitt

vesen som sykepleier (Nortvedt, 2021, s. 185). Et etisk hensyn som er viktig i palliasjon er å lytte til pasientens opplevelse og ønske (Nortvedt, 2021, s. 185). Hos pasienter som har plager og problemer som ikke kan kureres, behandles eller fjernes, vil sykepleiers lindrende funksjon spille en sentral rolle (Kristoffersen et al., 2016, s. 18). Lindringen har som mål å begrense eller å redusere omfanget av ulike belastninger. Det kan være både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige belastninger som trenger lindring. Sykepleietiltak innenfor den lindrende funksjonen kan gå ut på å støtte, veilede og tilrettelegge for et fysisk og psykososialt miljø som samsvarer med pasientens egne ønsker og behov (Kristoffersen et al., 2016, s. 18). Sykepleiers lindrende funksjon blir ivaretatt gjennom å rette oppmerksomheten spesielt mot pasientens opplevelse og erfaringer knyttet til sykdom og lidelse (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22). Sentralt innenfor den lindrende funksjonen er å la pasienten få anledning til å uttrykke opplevelsen av sykdom og behandling og hvordan det påvirker dens livsutfoldelse.

2.4.2 Symptomkartlegging og sykepleie ved respirasjonsproblemer

Pasientens behov for sykepleie er utgangspunktet for sykepleiers yrkesutøvelse (Kristoffersen et al., 2016, s. 20). Sykepleier kan kartlegge symptomer gjennom observasjoner og samtale (Brodtkorb, 2020, s. 393). Viktige observasjoner ved respirasjonsproblemer innebærer blant annet målbare verdier som å telle respirasjons- og pulsfrekvens, måle blodtrykk og pulsoksymetri. Sykepleier må i tillegg observere pasientens respirasjon mer nøyaktig gjennom å legge merke til mønster, bevegelser og lyder, og om pasienten bruker respiratoriske hjelpemuskler (Bakkeland et al., 2016, s. 140). Det er viktig at sykepleier også kartlegger pasientens dyspné, som viser seg mer utfordrende å observere utenfra fordi det er en individuell og personlig erfaring. Da er det viktig at sykepleier gir pasienten anledning til å uttrykke sin egne opplevde tungpust for å kartlegge pasientens behov for sykepleie (Bakkeland et al., 2016, s. 141). Numerisk skala kan benyttes av sykepleier som et verktøy for å kartlegge grad av symptomene pasienten selv opplever. Det gir pasienten anledning til å systematisk uttrykke sin opplevelse av enten tungpust eller angst. I dette tilfelle går skalaen fra 0 = ingen tungpust til 10 = verst tenkelig tungpust (Gro, 2020, s. 542).

Når det gjelder sykepleie til en KOLS-pasient står det til sykepleiers ansvar og funksjon å hjelpe pasienten med å oppnå optimal ventilasjon og gassutveksling (Stubberud, 2015, s. 421). Dette kan gjøres gjennom å blant annet sikre frie luftveier og i tillegg redusere pasientens angst i situasjonen ved respirasjonsproblemer. Det er viktig at sykepleier spør

pasienten direkte om hvordan de opplever tungpusten, hvordan det påvirker livsutfoldelsen og hvordan de mestrer å føle kontroll når tilstanden forverres (Bakkeland et al., 2016, s. 171). En KOLS-pasient som kjenner på trygghet og har tiltro til å føle mestring rundt å kontrollere anfall med tung pust, kan oppleve mindre angst.

Pasienten har behov for trygghet, og gjennom bevisst berøring kan sykepleier aktivt og hensynsfullt vise sin tilstedeværelse (Stubberud, 2015, s. 433).

Sykepleier har et ansvar for samhandling med pårørende (Norsk Sykepleierforbund, 2023).

Det kan vise seg sentralt at sykepleier involverer pårørende når det er snakk om respirasjonsproblemer, fordi det kan ha en beroligende effekt med et kjent menneske i nærheten (Bakkeland et al. 2016, s. 170). Pasienten har rett til medvirkning og informasjon, og sykepleier plikter å tilpasse informasjonen slik at budskapet blir mottatt og forstått (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3; Norsk Sykepleierforbund, 2023). Det er viktig at pasienten får informasjon som legger et grunnlag for å ta valg knyttet til egen helse, som bygger på autonomiprinsippet. At pasienten er tilstrekkelig informert i ulike situasjoner der respirasjonen svikter, er viktig for å berolige og gi pasienten en følelse av kontroll (Stubberud, 2015, s. 433). Det kan hjelpe pasienten til å mestre opplevelsen bedre og kan dermed også forbedre respirasjon og dempe angsten.

3 Metode

Metodekapittelet vil først beskrive oppgavens benyttede metodikk; generell litteraturstudie, etterfulgt av en beskrivelse av søkeprosessen og utvalg av artikler, basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier. Øvrig litteratur som blir benyttet i oppgaven, samt en forklaring av kvalitetsvurderingen av artiklene, vil presenteres avslutningsvis i dette kapittelet.

3.1 Generell litteraturstudie

Denne bacheloroppgaven benytter metoden generell litteraturstudie, som har til hensikt å finne, analysere og diskutere publisert forskning rundt et klinisk problem (Popenoe et al., 2021, s. 175). Metoden baserer seg på en problemstilling i form av et forskningsspørsmål som forteller noe om hva den publiserte forskningen som inkluderes i studien vil omhandle og gi svar på. Når oppgaven har funnet og fremstilt analyserte resultater fra utvalgt forskning, skal det diskuteres kunnskap som svarer til den aktuelle problemstillingen og til slutt trekkes konklusjoner knyttet til praksis, i dette tilfellet sykepleiepraksis (Popenoe et al., 2021, s. 175).

3.2 Søkeprosessen og utvalg av artikler

Databasen CHINAL har blitt benyttet for alle strukturerte litteratursøk, for å finne artikler som er relevant for sykepleiefaget.

3.2.1 Kriterier for inklusjon og eksklusjon i søket

I arbeidet med utvelgelse av artikler, er det relevant å sette inklusjons- og eksklusjonskriterier fordi det gjør søket mer hensiktsmessig med tanke på hvilken kunnskap en ønsker å finne (Thidemann, 2019, s. 83). Inklusjons- og eksklusjonskriterier er viktig for å tydeliggjøre litteratursøket og å avgrense mengden litteratur (Thidemann, 2019, s. 83).

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Vitenskapelige og fagfelleverderte artikler	Oversiktsartikler Fagartikler
Pasienter som har kontakt med helsevesenet	Artikler skrevet før 2013
Språk: engelsk, norsk, svensk og dansk.	
Alder: 65 år og eldre	
Pasienter med KOLS diagnose, uavhengig av grad	Andre sykdommer som gir tungpust, for eksempel hjertesvikt, lungekreft.

Ifølge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiepraksis, plikter sykepleier å holde seg faglig oppdatert (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Eksklusjonskriteriet om forskning ikke eldre enn 10 år, er satt for å finne faglig oppdatert forskning relatert til dagens sykepleiepraksis, noe som da også er i tråd med yrkesetiske retningslinjer. Inklusjonskriteriet for vitenskapelige og fagfelleverderte artikler er satt for å sørge for at forskningen som velges ut er av god kvalitet. Alderskriteriet med 65 år og eldre, er satt for å sørge for at forskningsartiklene har relevans til oppgavens problemstilling og medfølgende avgrensninger. Problemstillingens avgrensning til pasienter med KOLS, og ikke andre sykdommer som også gir dyspné, ble valgt på bakgrunn av at jeg fant KOLS svært interessant som en kronisk lidelse med tanke på palliasjon og palliative sykepleietiltak.

3.2.2 Søkeprosess, søkehistorikk og artikkelutvalg

I starten av søkeprosessen ble det gjennomført åpne og ustrukturerte søk rundt angstproblematikk hos KOLS-pasienter, for å få en oversikt over hva som finnes av forskning. Intensjonen med de innledende søkene innebar også å finne relevante søkeord som ville fungere i det strukturerte litteratursøket til bacheloroppgaven. Søkeord i CHINAL som viste seg spesielt relevante var «Anxiety», «Dyspena» og «Pulmonary Disease, Chronic Obstructive». De endelige søkeordene og sammensetningen av dem, presenteres i tabell 2: Søkehistorikk og utvalg av artikler, nedenfor. De to strukturerte litteratursøkene fra prosjektbeskrivelsen ble brukt som et utgangspunkt for søk til bacheloroppgaven (Eget arbeid, 2023). Tidemann (2019, s. 87) viser til å koble søkeord med OR for å utvide søket. Jeg valgte å koble søkeordene «Dyspnea» og «Pulmonary Disease, Chronic Obstructive» med OR på bakgrunn av dette, for ikke å gå glipp av mulig relevant forskning. Dermed inkluderes andre sykdommer enn KOLS som også gir dyspné i litteratursøket, men det presiseres ekskludering av andre sykdommer i kriteriene for søket, se tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier. Tidemann (2019, s. 82) viser til hvordan problemstillingen er retningsgivende for litteratursøket. Det endelige strukturerte litteratursøket som synliggjøres i tabell 2, ble videreutviklet og utarbeidet basert på de bærende elementene i problemstillingen for bacheloroppgaven. Dette for å finne aktuell forskning spisset inn mot den nye

problemstillingen. For å inkludere pasienter som er i palliativ fase, ble søkeordene som omhandler palliativ omsorg benyttet, som synlig i tabell 2.

I gjennomgangen av resultatlisten ble det gjort utvalg av artikler basert på inklusjon- og eksklusjonskriterier som synliggjøres i tabell 1. Tidemann (2019, s. 88) presiserer viktigheten av å gå gjennom resultatlisten for å vurdere titlene med hensyn til relevans. Inkludering og ekskludering basert på titler var første steg i utvelgelsesprosessen. Først og fremst ble alle artikler som handlet om hjertesvikt, lungekreft og andre sykdommer enn KOLS ekskludert. Videre gikk jeg gjennom søkeresultatlisten og så etter artikler som omhandlet palliasjon og palliativ omsorg, for å knytte det til den aktuelle problemstillingen. De fire artiklene som viste seg aktuelle til denne bacheloroppgaven presenteres i tabell 2, nedenfor.

Tabell 2: Søkehistorikk og utvalg av artikler

Database og dato for søk	CHINAL, 29.10.2023
Søkeord og kombinasjoner	((MH "Pulmonary Disease, Chronic Obstruktive+") OR (MH "Dyspnea+")) AND ((MH "Anxiety+") OR (MH "Psychological Distress")) AND ((MH "Palliative Care") OR (MH "Palliative Care Nursing") OR (MH "Palliative Care Nurses" OR (MH "Nursing care+") OR (MH "Nursing interventions") OR (MH "Nurse-Patient Relations"))))
Avgrensinger i søket	Tid: Publisert etter 2013 Språk: Engelsk
Antall treff totalt	87
Antall gjennomleste titler	87
Antall gjennomleste abstrakt	40
Antall gjennomleste fulltekstartikler	8
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	4
Inkludert artikkel nummer 1	Broese, J., MJJ van der Kleij, R., Verschuur, E.ML., Kerstjens, H.AM., Bronkhorst, E.M., Engels Y. and Chavannes, N.H. (2023). The effect of an integrated palliative care intervention on quality of life and acute healthcare use in patients with COPD: Results of the COMPASSION cluster randomized controlled trial. <i>Palliative Medicine</i> , juni 2023; 37(6):844-855. https://doi.org/10.1177/02692163231165
Inkludert artikkel nummer 2	Cekic, Y., Bulut, T.Y. & Avci, I.A. (2022). The Effect of Provision of Information and Supportive Nursing Care on Blood Gas, Vital Signs, Anxiety, Stress, and Agitation

	Levels in COPD Patients Treated with NIV: A Randomized Controlled Trial. <i>Indian Journal of Critical Care Medicine</i> , september 2022; 26(9):1011-1018. 10.5005/jp-journals-10071-24315 .
Inkludert artikkel nummer 3	Iyer, A.S., Dionne-Odom, J.N., Ford, S.M., Crump Tims, S.L., Sockwell, E.D., Ivankova, N.V., Brown, C.J., Tucker, R.O., Dransfield, M.T. and Bakitas, M.A. (2019). A Formative Evaluation of Patient and Family Caregiver Perspectives on Early Palliative Care in Chronic Obstructive Pulmonary Disease across Disease Severity. <i>Annals of the American Thoracic Society</i> , august 2019; 16(8):1024-1033. 10.1513/AnnalsATS.201902-112OC .
Inkludert artikkel nummer 4	Long, M.B., Bekelman, D.B. & Make, B. (2014). Improving Quality of Life in Chronic Obstructive Pulmonary Disease by Integrating Palliative Approaches to Dyspnea, Anxiety, and Depression. <i>Journal of Hospice & Palliative Nursing</i> , desember 2014; 16(8):514-520. 10.1097/NJH.0000000000000111 .

3.3 Øvrig litteratur

Angst-dyspnè-angst sirkelen gjøres rede for av Markussen (2009), en fagartikkel funnet på Sykepleien.no, som henviser til sammenhengen mellom angst og dyspné. Denne artikkelen benyttes som en underbyggende kilde rundt inspirasjonen for oppgavens tematikk. Oppgaven benytter en norsk folkehelse rapport om KOLS (Nystad, 2014) for å vise norsk relevans, og World Health Organization (2023) som kilde for å henviser til fakta på verdensbasis. I tillegg er en rekke kapitler fra ulike pensumlitteratur blitt benyttet i innledning og bakgrunnsteori, for å utdype mer om tematikken. Angst forklares og defineres ut fra et kapittel i pensumlitteraturens geriatriske sykepleiebok (Kvaal, 2020), som kan sees på som en relevant kilde da oppgaven begrenser seg til KOLS pasienter eldre enn 65 år. Cavanagh (2001) benyttes i oppgaven for å forklare og henviser til Orems sykepleieteori. Dette knytter oppgavens problemstilling til hva sykepleiers funksjon og ansvar innebærer. Oppgavens etiske hensyn bygger på Norsk sykepleierforbund (2023) sine yrkesetiske retningslinjer. Palliasjon og sykepleiers lindrende funksjon forklares med en kombinasjon av ulike kilder (Kristoffersen et al., 2016, s. 18; Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22; Nortvedt, 2021, s. 185). En skandinavisk forskningsartikkel peker på angst som en viktig risikofaktor for at KOLS-pasienter reinnlegges på sykehus (Gudmundsson et al., 2005). Jeg har også valgt å benytte respirasjonskapittelet i den mest sentrale pensumlitteraturen innenfor sykepleiestudiet (Stubberud, 2015), for å underbygge de viktige trygghetsskapende tiltakene som kommer frem i forskningen.

3.4 Kvalitetsvurdering

I denne bacheloroppgaven er det gjort vurdering av forskningsartiklernes kvalitet ved hjelp av en sjekklister som består av 9 punkter som beskriver ulike faktorer som vil påvirke artikkelens kvalitet (Reilly et al., 2008). Kvalitetsvurderingen presenteres i vedlegg 1-4 helt avslutningsvis i oppgaven. Hensikten med denne sjekklister vurderingen er ikke å ekskludere artikler basert på kvalitetsvurdering. Sjekklister vurderingen beskriver kvaliteten i form av en brøk som det henvises til under kolonnen for kvalitetsvurdering i artikkelmatrisen i kapittel 4 «Resultater».

4 Resultater

I dette kapittelet vil de fire inkluderte artiklene presenteres i en artikkelmatrise (Tabell 3). Resultater som er relevante for bacheloroppgavens problemstilling vil presenteres i artikkelmatrisen nedenfor. Avslutningsvis vil en syntese av artiklens resultater presenteres.

4.1 Tabell 3: Artikkelmatrise

Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering med sjekkliste
Johanna Broese, Rianne MJJ van der Kleij, Els ML Verschuur, Hiub AM Kerstjens, Ewald M Bronkhorst, Yvonne Engels and Niels H Chavannes, (2023), Nederland.	The effect of an integrated palliative care intervention on quality of life and acute healthcare use in patients with COPD: Results of the COMPASSION cluster randomized controlled trial	Hensikt er å finne ut effekten av palliativ omsorg til KOLS-pasienter. Angst og antall sykehusinnleggelser grunnet KOLS-forverring lå til sekundærformål i studien.	Metode: kvantitativ Design: Randomisert kontrollert studie. Det ble i første omgang levert et spørreskjema på sykehuset. Etter 3-6 mnd. ble det sendt ut et oppfølgingsskjema til pasientene hjemme. Journalvurdering etter 12 mnd. ble brukt for å samle resterende data. Deltakere: Pasienter innlagt grunnet akutt kolsforverring. Intervensjonsgruppen: N=4 sykehus,	Den palliative omsorgsintervensjonen gikk ut på: 1. Samtaler der sykepleier hadde et helhetlig fokus med en flerdimensjonal vurdering av pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov, fokus på symptomstrøking og avansert pleieplanlegging. 2. Tilbud om flere samtaler ved behov. 3. Individualiserte pleieplaner. 4. Sykepleier dokumenterte pasientenes preferanser i henhold til behandlingen. 5. Informasjonsutveksling og samarbeid på tvers av helseprofesjoner 6. Regelmessige tverrprofesjonelle møter.	7/9 poeng. Vedlegg 1.

			(n=56) som fullførte studien. Kontrollgruppen: N=4 sykehus, (n=61) som fullførte studien.	Artikkelens hovedfunn var en nedgang i antall sykehusinnleggelser grunnet KOLS-forverring. De viste en tydelig forskjell i antall sykehusinnleggelser og frekvensen av innleggelse på intensivavdeling på grunn av KOLS og forverring av tilstanden. Det var færre sykehusinnleggelser hos intervensjonsgruppa.	
Yasemin Cekic, Tuba Yilmaz Bulut, İlknur Aydın Avci, (2022), Tyrkia.	The Effect of Provision of Information and Supportive Nursing Care on Blood Gas, Vital Signs, Anxiety, Stress, and Agitation Levels in COPD Patients Treated with NIV: A Randomized Controlled Trial	Målet med studien var å se hvordan informasjonsgivning og støttende sykepleie kunne påvirke blodgass, vitale tegn, angst, stress og agitasjonsnivåer hos personer med KOLS behandlet med NIV.	Metode: kvantitativ Design: Randomisert kontrollert studie. Studien er utført mellom september og desember 2019. Intervensjonsgruppen fikk informasjonshefte om NIV og støttende sykepleie. Kontrollgruppa fikk rutinebasert sykepleie. Deltakere: Pasienter med KOLS, innlagt på intensivavdeling ved offentlig sykehus, som behandles med NIV. Alle deltakere (n=60). Intervensjonsgruppen (n=30). Kontrollgruppen (n=30).	Intervensjonen gikk ut på å gi pasienter informasjon og støttende sykepleie. Det innebar følgende: <ul style="list-style-type: none"> - Pasienter fikk uttrykke deres følelser og tanker om NIV behandling. - Sykepleier hadde en aksepterende og empatisk tilnærming til pasientene. - Terapeutiske berøringsteknikker ble brukt. - Pasientene fikk forklaring av hvordan de skulle få tak i sykepleieren når de trengte det. - Miljøet ble tilpasset. - Hver prosedyre som ble utført ble forklart til pasientene - Strategier som gjør det lettere for pasienten å håndtere behandlingen ble kartlagt. - Sykepleier oppfordrer pasienter til å føle seg komfortabel med å stille spørsmål. - Pasienter fikk avbryte behandlingen underveis dersom de følte seg dårlig på grunn av masken. - Det ble sørget for at pasienter fikk møte pårørende under besøkstid. 	9/9 poeng. Vedlegg 2.

				<p>Artikkelens hovedfunn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det ble påvist en signifikant reduksjon av angst hos intervensjonsgruppa. - Artikkelen konkluderer med at det å gi informasjon og støttende sykepleie er anbefalt for å lindre angst hos pasienter med KOLS som behandles med NIV. 	
<p>Anand S. Iyer, J. Nicholas Dionne-Odom, Stephanie M. Ford, Sheri L. Crump Tims, Elizabeth D. Sockwell, Nataliya V. Ivankova, Cynthia J. Brown, Rodney O. Tucker, Mark T. Dransfield, and Marie A. Bakitas, (2019), USA.</p>	<p>A Formative Evaluation of Patient and Family Caregiver Perspectives on Early Palliative Care in Chronic Obstructive Pulmonary Disease across Disease Severity</p>	<p>Hensikten er å kartlegge og evaluere pasient- og pårørendes perspektiver på og behov for integrering av tidlig palliativ omsorg eller lindrende behandling på tvers av ulike grader av KOLS.</p>	<p>Metode: kvalitativ</p> <p>Design: Formativ evaluerings-studie. Det ble utført semistrukturerte intervjuer med pasient og pårørende separat. Lyddopptak av intervjuene ble transkribert ordrett og dobbelt kontrollert av intervjuer.</p> <p>Intervjuene undersøkte hvilken kunnskap pasienten hadde om palliativ omsorg i forkant av studien og behovene og tidspunktet for integrering av tidlig palliativ omsorg for KOLS.</p> <p>Deltakere: Pasienter med ulike grader av KOLS og deres pårørende, hvorav 45%</p>	<p>Studien viser ulike behov for tidlig palliativ omsorg hos pasienter med KOLS grad 2, 3 eller 4. Deltakerne mente at det var for tidlig med palliativ omsorg ved grad 1.</p> <p>Resultatet viser til fem ulike behov for tidlig palliativ omsorg, sortert i prioritert rekkefølge basert på hvor mange av deltakerne som valgte å diskutere de følgende tematikkene:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Håndtering av KOLS (alle) 2. Emosjonelle symptomer (flesteparten) 3. Respiratoriske symptomer (flesteparten) 4. Sykdomsforståelse (noen) 5. Prognosebevissthet (noen) <p>Ved behovet for hjelp med pasientens respiratoriske symptomer ble det vist frem følgende pasientsitat: «It is the most frightening thing, because when you are trying to breathe and there`s no air, it`s not like you can go into the next room</p>	<p>8/9 poeng.</p> <p>Vedlegg 3.</p>

			<p>hadde moderate og alvorlige angst symptomer.</p> <p>Pasient (n=10) og pårørende (n=10): (n=20). 45%/(n=9) hadde moderate angst symptomer.</p>	<p>and pick up a can of air and say «Okey, I'm alright». It's frightening because there is no air and the more you panic, the less air you have.»</p> <p>- Iyer et al., 2019, s. 1030</p> <p>Den palliative omsorgen innebar: Spesialisert medisinsk pleie for personer som gir fysisk, psykisk, emosjonell, åndelig og sosial støtte til pasient og pårørende, ved hvilket som helst stadium av alvorlig sykdom og som er passende ved hvilket som helst stadium ved siden av annen rutine medisinsk behandling.</p>	
<p>Mary Bronwyn Long, David B. Bekelman & Barry Make, (2014), USA.</p>	<p>Improving Quality of Life in Chronic Obstructive Pulmonary Disease by Integrating Palliative Approaches to Dyspnea, Anxiety, and Depression</p>	<p>Formålet var å evaluere gjennomførbarheten og nytten av å behandle dyspné, angst og depresjon for å forbedre livskvalitet ved KOLS.</p>	<p>Metode: kvalitativ og kvantitativ</p> <p>Design: Tre måneders prospektiv singelarm design, med blandet metode.</p> <p>Deltakerne skulle møte sykepleier som utførte medikamentelle og ikke medikamentelle tiltak, inntil tre ganger i løpet av tre måneder.</p> <p>Deltakere: Polikliniske pasienter med KOLS grad 3 og 4. Alle deltakere (n=15). 13 deltakere gjennomførte studiet.</p>	<p>De ga en avansert palliativ omsorgsintervensjon til pasienter med symptomatisk KOLS, som praktiseres av sykepleiere.</p> <p>Studien viser til tiltak som lindrer pasientens dyspné:</p> <p>Ikke-medikamentelle tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sammensveiset-leppe-pust (alle) - Viftebehandling (ganske mange) <p>Hovedfunn i artikkelen:</p> <p>Alle pasienter rapporterte reduksjon i angst sammen med bedring i dyspné, så de behandlet derfor ikke disse separat.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deltakerne rapporterte subjektive fordeler med palliativ omsorg og intervensjonen var gjennomførbar. 	<p>8/9 poeng.</p> <p>Vedlegg 4.</p>

				<ul style="list-style-type: none">- Alle deltakere likte å jobbe med sykepleieren som ga palliativ omsorg, men bare 10/13 deltakere (77%) ønsket å fortsette behandlingen etter studieslutt. De ønsket å fortsette å treffe sykepleieren som utførte intervensjoner som demper angst og dyspné.	
--	--	--	--	---	--

4.2 Syntese av artikkelresultater

Artiklene presenterer ulike palliative sykepleieintervensjoner. Felles for studiene er et helhetlig og individualistisk fokus, som tar for seg både fysiske og emosjonelle behov. Studien til Iyer et al. (2019) er vinklet rundt pasientenes behov for intervensjoner. Her kommer det frem at pasientene hovedsakelig ønsker hjelp til å håndtere sykdommen, og de emosjonelle og fysiske følgene av denne. Resterende artikler tar for seg tiltak, hvor samtaler er mye brukt. Både for kartlegging av individuelle opplevelser og behov, men også støttende samtaler rundt symptomstring og strategier for å mestre behandlingstiltak. Det er et mål for god sykepleie at pasientene skal kunne føle på trygghet og kontroll, og to av artiklene presenterer god informasjon som et viktig tiltak for å oppnå dette. Artiklene legger også frem andre sentrale tiltak som terapeutisk berøring og pusteteknikker. De viser også til tverrprofesjonell informasjonsflyt og involvering av pårørende som sentralt innen det helhetlige fokuset.

Relasjonen mellom pasient og sykepleier er av betydning. I henhold til funn fra artiklene, satte pasientene pris på å vite hvordan de kunne få tak i sykepleieren og at de kunne få oppfølgingssamtaler ved behov. Pasientene uttrykte ønske om videre kontakt med de sykepleierne som hjalp dem med å lindre symptomene. Effekten av tiltakene er en signifikant reduksjon av angst og dyspné, samt færre sykehusinnleggelser grunnet KOLS forverring.

5 Diskusjon

Oppgavens problemstilling er «Hvordan kan sykepleier redusere angst knyttet til dyspné hos KOLS-pasienter som er i palliativ fase?».

Som tidligere nevnt kan pasienter med KOLS regnes å være i palliativ fase fordi sykdommen ikke kan kureres, men det vil være et behov for symptomlindring. I tidlig fase er det ikke sikkert pasienten vet om at de har en kronisk lungesykdom, og forskningen til Iyer et al. (2019) viser at pasienter med KOLS grad 1 ikke så samme nytten for palliative intervensjoner som pasientene med høyere grader av sykdommen. Behovet for lindring vil samsvare med den enkelte pasients symptomtrykk, avhengig av hvor langt sykdommen har progrediert. Sykepleietiltak som kan bidra til å øke følelsen av kontroll og mestring av symptomer som angst og dyspné, bygger på informasjon, trygghet, tilstedeværelse og støtte fra sykepleier og pårørende. I tillegg kan sykepleier veilede pasientene til å lære seg pusteteknikker og avledende strategier for å bedre dyspné. Angst og dyspné må sees i sammenheng og behandles parallelt.

5.1 Behovet for å gjenvinne kontroll

KOLS forårsaker respirasjonsproblemer og luftveisobstruksjon som vedvarer og progredierer livet ut (Bakkeland et al., 2016, s. 133). Å leve med KOLS innebærer store påkjenninger som blant annet opplevelsen av å ikke få nok luft (Brodtkorb, 2020, s. 392). En konsekvens av pasientens belastninger kan være at de mister kontroll på pusten, på følelsene og på eget liv. Ved angst trigges det autonome nervesystemet og vekker følelser som pasienten ikke har kontroll over selv (Kvaal, 2020, s. 443). Utgangspunktet for sykepleieutøvelsen er pasientens behov for sykepleie (Kristoffersen et al., 2016, s. 20). Med utgangspunkt i at pasienten mister kontroll på grunn av symptomene ved KOLS, kan det tyde på at angstpregede KOLS-pasienter kan ha et økt behov for å gjenvinne kontroll og kjenne på mestring når symptomene oppstår. På lik linje presiseres det i studien til Iyer et al. (2019) at KOLS-pasienter med grad 2, 3 og 4, har behov for hjelp til å håndtere sykdommens belastninger og hjelp med respiratoriske og emosjonelle symptomer. Det kan sees i sammenheng med at pasienten mister kontrollen over egen respirasjon og følelser, og har behov for sykepleiers hjelp til å mestre sykdomsbelastningen bedre (Brodtkorb, 2020, s. 392).

5.2 Miljøtilpasning, inkludering av pårørende og tilstedeværelse

Cekic et al. (2022) og Broese et al. (2023) presiserer at når sykepleier inkluderer pasientens tanker og følelser, kan det ha en positiv effekt på pasientens angstopplevelse. At sykepleier i tillegg har en aksepterende og empatisk tilnærming, der de gir pasienten mulighet til å uttrykke egne følelser og tanker om behandlingen de får i møte med helsevesenet, viser seg ifølge studien til Cekic et al. (2022) å redusere angst hos KOLS-pasienter. Nortvedt (2021, s. 185-186) viser til at den palliative omsorgen innebærer at sykepleier trøster og viser omtanke, både gjennom sine handlinger og i sitt vesen, og at etikken styrer oss til å inkludere pasientens ønsker og tanker for å utøve god sykepleiepraksis. Handlinger sykepleier kan gjøre innenfor den lindrende funksjonen kan blant annet gå ut på å tilrettelegge for et fysisk og psykososialt miljø som samsvarer med pasientens egne ønsker og behov (Kristoffersen et al., 2016, s. 18). Samtidig viser Cekic et al. (2022, s. 1013) til at miljøet rundt pasientene ble optimalisert og tilpasset. Orem presiserer hvordan det å tilrettelegge omgivelsene rundt pasienten er en viktig sykepleiefunksjon (Cavanagh, 2001, s. 33). Når sykepleier tilrettelegger omgivelser og miljøet til det som er gunstig ut fra pasientens behov, kan det bidra til å styrke pasientens evne til å mestre nye ting, som for eksempel angst som oppstår ved tungpust. Det kan ses forskjeller på hvilke tilpasninger sykepleier kan gjøre basert på hvilken kontekst det er snakk om. Uansett om pasienten befinner seg på legevakt, helsehus, sykehus eller i hjemmet, vil det likevel som oftest være anledning til å gjøre små justeringer for å tilpasse til pasientens ønsker og tanker.

For å sørge for en god sykepleiepraksis, er det blant annet sykepleiers ansvar å samhandle med pårørende (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Studien til Cekic et al. (2022) viser også til hvordan det å involvere pårørende kan være hensiktsmessig for å redusere angst. Sykepleierne i studien til Cekic et al. (2020) sørget for at pasienten fikk møte pårørende under besøkstid. Sykepleier må ta hensyn til pasientens behov og de psykososiale rammene der de møter pasienten (Eriksen, 2015, s. 902). For pasienter som ligger innlagt på sykehus eller i andre helseinstitusjoner, kan sykepleier for eksempel legge til rette for at pasienten får treffe pårørende, familie og venner. Det kan også handle om å hjelpe pasienten med internettilgang så de kan treffes digitalt, eller å sørge for permisjon der det er mulig (Eriksen, 2015, s. 902). God støtte fra sykepleier kan spille en viktig rolle når målet er å redusere angst. Men støtte fra personer som står pasienten nær, kan også øke pasientens tiltro til at de selv klarer å håndtere tungpust og forverring av tilstanden (Bakkelund et al. 2016, s. 170). Det er kjent at angst er forbundet med redusert selvfølelse og økt hjelpeløshet, og pårørende vil kunne spille en viktig rolle i å bidra til å redusere angsten sammen med tungpusten (Kvaal, 2020, s. 443).

I studien til Cekic et al. (2022, s. 1013) var også terapeutiske berøringsteknikker en del av sykepleieintervensjonen som reduserte angst hos KOLS-pasienter som fikk maskebehandling for sykdommen. Når sykepleier bruker berøring bevisst for å vise sin tilstedeværelse, kan det vise pasienten at de ikke er alene i situasjonen, noe som kan berolige og dempe opplevelsen av angst knyttet til maskebehandling (Stubberud, 2015, s. 432-433). Det å leve med KOLS som stadig utvikler seg til det verre, fører ofte til at en blir avhengig av hjelp fra andre og trenger trygghet for at en ikke står alene i de kritiske situasjonene der respirasjonen svikter og en blir redd (Brodtkorb, 2020, s. 392). Ofte kan maskebehandling, som er normalt ved alvorlig respirasjonsbesvær, oppleves klaustrofobisk og øke angstopplevelsen for pasienten. Cekic et al. (2022) viser at det å gi pasienten mulighet til å avbryte når som helst underveis i behandlingen, kunne være med på å redusere angstopplevelsen til pasienten. Det kan derfor være viktig at sykepleier trår varsomt og forsiktig, inkluderer pasienten ved å introdusere de for utstyret og lar de bli kjent med opplevelsen av å dekke ansiktet med en maske (Stubberud, 2015, s. 433). På denne måten kan pasienten oppleve god palliativ omsorg ved tilrettelegging, trygghet, tilstedeværelse og støtte fra både sykepleier og pårørende.

5.3 Informasjonsbehov, etisk vurdering og individualisert pleie

I henhold til lovverket har pasient og pårørende rett til informasjon og medvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3). Det er sykepleiers ansvar å sørge for at pasienten mottar og forstår viktig informasjon som gir dem muligheten til å ta valg rundt egen helse (Norsk Sykepleierforbund, 2023). Dette bygger på autonomiprinsippet, og selvbestemmelse er viktig også innenfor palliasjon (Norsk Sykepleierforbund, 2023; Nortvedt, 2021, s. 185). Å lytte til pasientens opplevelser og ønsker, er et viktig etisk hensyn innenfor palliativ omsorg (Nortvedt, 2021, s. 185).

Cekic et al. (2022) viser til hvordan en støttende og informativ sykepleieintervensjon kan bidra til å redusere angst hos KOLS-pasienter som behandles med «noninvasive ventilation» (NIV). Sykepleierne forklarte hver eneste prosedyre som ble utført (Cekic et al., 2022, s. 1013). Som tidligere nevnt, kan maskebehandling ofte skape en klaustrofobisk følelse, som øker angstopplevelsen (Stubberud, 2015, s. 433). Når sykepleier forbereder pasienten på prosedyren, gir det pasienten mulighet til å danne seg et bilde av situasjonen på forhånd. Pasientene kan derfor mentalt forberede seg på hva som skal skje (Stubberud, 2015, s. 434).

At pasienten opplever en slik kontroll, kan vise seg gunstig for å redusere angst. I tillegg kan det gjøre det lettere for pasienten å få kontroll over selve respirasjonen (Stubberud, 2015, s. 433-434). I en angstpreget situasjon hvor en pasient opplever problemer med å puste, er det hensiktsmessig at sykepleier gir informasjon og holder pasienten oppdatert på hva som foregår (Stubberud, 2015, s. 433). Det er også viktig å huske at pasientens hukommelse ofte blir svekket i en stresset og angstpreget situasjon. Det kan derfor være lurt å gjenta informasjon, for å sørge for at pasienten har mottatt og forstått det som blir sagt (Stubberud, 2015, s. 433; Norsk Sykepleierforbund, 2023, s. 1). I studien til Cekic et al. (2022, s. 1013) ble pasientene informert om hvordan de skulle få tak i sykepleier dersom de trengte hjelp, og de ble oppfordret til å stille spørsmål dersom de ikke hadde fått med seg all informasjonen som ble gitt dem.

Også studien til Broese et al. (2023) bygger på det etiske hensynet om å ta pasientens opplevelser og ønsker med i sykepleieintervensjonen (Nordtvedt, 2021, s. 186). Broese et al. (2023, s. 845-846) viser til at den palliative omsorgen innebar samtaler med pasienten som fokuserte på å imøtekomme deres fysiske og psykiske behov, og at intervensjonen hadde mål om symptombehandling. Det viser seg sentralt innenfor sykepleiers lindrende funksjonsområde å la pasienten få mulighet til å uttrykke sin egen opplevelse og erfaring av sykdom og lidelse (Nordtvedt & Grønseth, 2016, s. 22). Nordtvedt (2021, s. 185) forklarer at palliasjon og lindrende omsorg ikke har et kurativt mål, men sikter mot symptomlindring. Når sykepleier har til hensikt å redusere pasientens opplevelse av angst knyttet til tungpust, er det derfor viktig også å inkludere pasientens opplevelse av symptomene for å kunne gi en helhetlig omsorg som sørger for lindring av lidelse (Norsk Sykepleierforbund, 2023).

I studien til Broese et al. (2023, s. 846) handlet sykepleieintervensjonen i tillegg om avansert pleieplanlegging og individualisering med fokus på å involvere pasienten. De benyttet individuelle pleieplaner, dokumenterte pasientens behandlingspreferanser og tok pasientens ønsker og behov med i intervensjonen og behandlingen (Broese et al., 2023, s. 846). I lys av at dyspné er en individuell og personlig erfaring, vil det vise seg hensiktsmessig å la pasienten få uttrykke opplevelsen av tungpusten for å kartlegge symptomet (Bakkeland et al., 2016, s. 141). Kartlegging av pasientens respirasjonsbesvær kan gjøres både gjennom å observere benyttet hjelpemuskulatur eller rask respirasjonsfrekvens, og gjennom for eksempel numerisk skala for å la pasienten få uttrykke hvor sterk tungpusten er (Bakkeland et al., 2016, s. 140-141; Grov, 2020, s. 542). Etter å ha kartlagt pasientens symptomer, er det i tillegg viktig at sykepleier informerer pasienten om at målet og intensjon er å lindre pustebesværet og

normalisere respirasjonen (Stubberud, 2015, s. 433). At denne informasjonen gis av sykepleier og blir forstått av pasienten er sentralt for å oppnå en beroligende effekt (Stubberud, 2015, s. 433; Norsk Sykepleierforbund, 2023). Denne type informasjonsformidling kan være med på å dempe angstopplevelsen og kan hjelpe pasienten med å mestre både opplevelsen og situasjonen bedre (Stubberud, 2015, s. 433).

KOLS-pasienter vil ha ulikt behov for hjelp og støtte ved ulike tidspunkt i sitt sykdomsforløp, nettopp fordi det er en kronisk lidelse (Kristoffersen, 2016, s. 77). Hos KOLS-pasienter som innlegges på sykehus for forverring av tilstanden, er angst et framtrедende symptom (Brodtkorb, 2020, s. 393). Angsten oppstår om en konsekvens av at pasienten mister kontroll på respirasjonen, og den beste måten å redusere angsten i dette tilfelle er derfor gjennom å sørge for tilstrekkelig ventilasjon. Long et al. (2014) viser til sykepleietiltak som sikter mot å bedre pasientens respirasjon og tungpust. De viser at pasientene i samsvar med dette ikke lenger hadde behov for hjelp med angsten, som kan indikere at når sykepleier lindrer pasientens tungpust, vil det også delta i reduksjonen av angst (Long et al., 2014). Angst og respirasjonsbesvær kan anses som områder der pasienten har en svekket egenomsorgsevne, noe som er viktig at sykepleier kartlegger for å planlegge videre sykepleietiltak (Cavanagh, 2001). Ifølge Helsedirektoratet (2012, s. 6) anbefales det hos KOLS-pasienter å kartlegge komorbide tilstander som kan bidra til å forsterke symptombyrden til pasienten, inkludert psykiske lidelser som for eksempel angst. Selv om studien til Broese et al. (2023, s. 848) fant at den palliative omsorgsintervensjonen som bygget på individuell tilpasning og symptommestring ikke direkte reduserte angst, viser de likevel til en signifikant reduksjon av antall sykehusinnleggelses. Skandinavisk forskning viser til angst som en viktig risikofaktor for reinnleggelse på sykehus grunnet forverring av sykdommens tilstand (Gudmundsson et al., 2005). Det er også kjent at personer med KOLS ved mange tilfeller kan ha angst som første tegn på at pusten forverres (Bakkellund et al., 2016, s. 138). Sykepleier kan derfor redusere angst gjennom å involvere pasientens preferanser, kartlegge individuell opplevelse av sykdommens belastninger og integrere dette i sykepleieintervensjonen, slik de gjorde i studien i Broese et al. (2023).

5.4 Veiledende og undervisende rolle

Manning og Schwartzstein (1995, s. 1551) viser i en oversiktsartikkel til dyspnéens patofysiologi, der det fremkommer at pasienter kan minimere ubehaget som skyldes en

luftveisobstruksjon, gjennom å lære seg en pusteteknikk med sammenpressede lepper. I studien til Long et al. (2014) kom det frem at alle pasientene valgte intervensjonen som handlet om å lære seg pusteteknikk med sammenpressede lepper. Leppepust fungerer som et tiltak for å bedre dyspné, men studien viser at det i tillegg bedrer angsten (Long et al., 2014). Leppepust er en mestringsstrategi som kan bedre respirasjonen og hjelpe pasienter å beholde roen og skape en følelse av kontroll (Brodtkorb, 2020, s. 393). Når en puster ut med sammenpressede lepper, kan det bidra til å opprettholde positivt trykk og holde luftveiene åpne. Pasienter kan velge å bruke denne teknikken fordi det kan skape en følelse av at respirasjonsbesværet letter (Skaug & Berntzen, 2016, s. 119). Leppepust viser seg gunstig fordi det hjelper til bedre gassutveksling, det reduserer respirasjonsfrekvensen og øker oksygeninnholdet i blodet. At pasientene lærer strategier som hjelper dem å mestre og kontrollere de ubehagelige symptomene, viser seg viktig innenfor sykepleie til KOLS-pasienter (Hjalmarsen, 2014, s. 41). Sykepleie innebærer flere funksjoner som ofte må kobles sammen for å yte god sykepleiepraksis som bunner ut i faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Lillemoen, 2015, s. 330; Kristoffersen et al., 2016, s. 17). Innenfor den lindrende funksjonen kan tiltak også innebære å støtte og veilede pasienten (Kristoffersen et al., 2016 s. 18). Sykepleier kan ha en viktig rolle for å veilede pasienten for eksempel i pusteteknikk, for å bidra til at pasienten selv mestrer å håndtere symptomene bedre. På denne måten kan sykepleier bidra til å lindre pasientens angst. Studien til Long et al. (2014) er satt i en poliklinisk setting som betyr at pasientene lærer teknikken på poliklinikken sammen med sykepleier, og gjør tiltaket selv når de kommer hjem. Dette kan øke pasientens følelse av mestring som kan bygge videre på symptomestring som var et mål i studien til Broese et al. (2023).

I studien til Cekic et al. (2022) ble det også kartlagt strategier som gjorde det lettere for pasienten å håndtere behandlingen. Pasientene ble oppfordret til å enten lese bok eller utføre andre avledningsstrategier. Det å kartlegge hvilke strategier som gir avledning eller lignende for at pasienten kan bedre dyspnéens selv, kan gi pasienten en følelse av kontroll og mestring (Hjalmarsen, 2014, s. 41). Det er viktig at sykepleier hjelper pasienten til å lære seg dyspnéens intensitet, hva som trigger uro og hva som kan hjelpe mot tungpusten (Bakkelund et al., 2016, s. 171). For å hjelpe pasienten med håndtering av angsten, kan sykepleier snakke åpent med pasienten om hvordan de opplevde en situasjon, hva som føles best eller hva pasienten selv kunne gjøre for å dempe tungpusten (Bakkelund et al., 2016, s. 171). Betydningen av målet om symptomestring, som Broese et al. (2023) henviser til, kan bekreftes ved at det å snakke med pasienten om hva de selv gjorde for å dempe tungpusten og

angsten økte deres mestring av situasjonen. Når sykepleier underviser og veileder KOLS-pasienter, og hjelper dem til å lære teknikker og øvelser på en god måte, viser det positiv effekt i form av bedring av pasientens dyspné og bedre kontroll på sykdommen, samt redusert antall legebesøk (Bakkelund et al., 2016, s. 171).

5.5 Angst og dyspné sett i sammenheng

Brodtkorb (2020, s. 393) presiserer at åndenød og angst henger sammen og forsterker hverandre. I studien til Long et al. (2014) viste leppepust seg å bedre dyspnéen på en så tilfredsstillende måte, at KOLS-pasienter som tidligere hadde behov for angstdempende medisiner for å håndtere sykdommen, ikke lenger trengte denne behandlingen. På bakgrunn av dette kom Long et al. (2014) fram til at angst og dyspné må ses i en sammenheng med hverandre og behandles parallelt. Markussen (2009) fremhever angst-dyspné-angst sirkelen, og presiserer hvor viktig kunnskapen om at angst og dyspné vil forsterke hverandre er. Angst i seg selv gir åndenød, høy puls og raskere respirasjon, som er mange av de samme symptomene som ved en forverring av KOLS tilstanden (Kvaal 2020, s. 444; Bakkelund et al., 2016, s. 137). Dyspné kan forsterke angst, men angsten for å ikke få puste kan på lik linje forsterke dyspnéen (Mathiesen & Steindal, 2021, s. 127). Derfor er det nødvendig med en helhetlig og lindrende sykepleie som retter seg direkte mot å bedre både tungpust og pasientens psykiske reaksjoner.

5.6 Metodediskusjon

Det viser seg både styrker og svakheter med oppgavens metode i forbindelse med det strukturerte litteratursøket og i utvalget av artikler. I tillegg kan det både styrker og svakheter med den utvalgte forskningen diskuteres.

Den valgte konteksten om å ikke avgrense til et spesifikt møtested mellom pasient og sykepleier, kan vise seg å ha både styrker og svakheter. Jeg ser i ettertid, at konteksten for oppgaven kunne vært mer innsnevret, da de utvalgte artiklene har kontekst i enten sykehus eller poliklinikk, men ikke i legevakt, sykehjem eller hjemmet. Det å vise hvordan sykepleier kan redusere angst uavhengig av i hvilken del av helsevesenet de møter pasienten, kan likevel være positivt fordi det inkluderer flere sykepleiere som kan lære mer om tematikken. Dermed får også flere KOLS-pasienter bedre hjelp og pleie, da de møter sykepleier i mange ulike

settinger, både på grunn av alder og kronisk sykdom (Hjalmarsen, 2014, s. 28-29; Mensen, 2020, s. 30). En svakhet med en slik vid kontekst kan være at det blir mindre konkret og avgrenset i forhold til hvilke rammer sykepleier arbeider innenfor. For eksempel vil en sykepleier i hjemmetjenesten og sykepleier på intensivavdeling arbeide under forskjellige forutsetninger, blant annet fordi det på sykehuset er større tilgang på for eksempel utstyr og andre fagområder. Likevel viser forskningsresultatene til sykepleieintervensjoner som skal være mulig å utføre uansett i hvilken kontekst de møter pasienten.

Søkestrategien om å utføre kun ett strukturert litteratursøk for finne vitenskapelige forskningsartikler viser seg også å ha både styrker og svakheter. Når en utfører ett søk som er utformet, dannet og basert på en og samme problemstilling for bacheloroppgaven forsøker en å finne flere artikler som vil omhandle mye av den samme tematikken. Det kan være styrkende for oppgavens validitet, fordi en sitter igjen med fire artikler som alle viser seg relevant for å svare på problemstillingen. Fire artikler funnet i ett søk kan derimot også skape utfordringer, i henhold til hvor vidt de ulike resultatene kan diskuteres og drøftes opp mot hverandre, da resultatene gjerne står mye på en og samme side.

Valget om å kun benytte én database for litteratursøk kan anses som en svakhet fordi det kan medføre å ha gått glipp av aktuell forskning som finnes i andre databaser. Likevel kan det anses som en styrke å benytte bare én database, fordi det kan bli en mer ryddig og oversiktlig søkeprosess. Tidemann (2019, s. 85) henviser til viktigheten av å orientere seg i en database som er relevant for problemstillingen, og derfor kan valget om å benytte kun CHINAL i min oppgave være en styrke, fordi det inneholder forskning særskilt rettet mot sykepleiepraksisen.

Mitt litteratursøk avgrenses til forskning ikke eldre enn 10 år. Dette er et kriterium som er satt for å sørge for at artiklene inneholder oppdatert kunnskap som kan relateres til dagens praksis. Sykepleiere plikter å holde seg faglig oppdatert, og det kan derfor ses på som en styrke å velge forskningsartikler som ikke er for gamle. Likevel, kan det diskuteres om jeg burde satt en lengre periode, for å inkludere enda mer forskning som kunne vært relevant for å svare på problemstillingen. Artikler eldre enn 10 år kan fortsatt være relevant på noen områder, men det ville krevd mer kildekritikk fra min side for å knytte eldre forskning til dagens sykepleiepraksis.

En annen interessant ting med problemstillingen, som jeg i etterkant kan velge å se litt kritisk tilbake på, var avgrensingen til å kun inkludere pasienter med diagnosen KOLS. Inspirasjonen for oppgaven var i utgangspunktet hvordan pasienter opplever angst i lys av følelsen av

tungpust. Jeg vurderte at KOLS som en kronisk lidelse var en interessant vinkling inn mot sykepleiens lindrende funksjon og palliasjon, og det medførte at jeg valgte nettopp denne sykdommen som en avgrensning. Det er mulig at denne avgrensningen gjorde store begrensninger i henhold til hvor mye forskning det var å finne. Likevel, hadde søket blitt for stort og åpent dersom jeg hadde valgt alle mennesker med dyspné, uavhengig av sykdom, noe som kunne vært uhensiktsmessig for resten av oppgaven. En tilpasning som ble gjort i søket for å unngå for sterk begrensning, var å koble søkeordene «Dyspnea» og «Pulmonary Disease, Chronic Obstruktive» sammen med OR, for å utvide søket og dermed sikte mot flere treff (Tidemann, 2019, s. 87). Det viste seg å fungere godt med et treff på 87 resultater, der jeg i stedet for å avgrense i selve søket, måtte gjøre utvalg i henhold til inklusjons- og eksklusjonskriterier for å plukke ut artikler som handlet om KOLS pasienter og ville svare til problemstillingen i oppgaven.

Når det gjelder de fire inkluderte artiklene kan det diskuteres om landene Tyrkia, Nederland og USA, har god overføringsverdi til det norske helsevesenet. Det kan ses på som en svakhet at det ikke er inkludert noen forskningsartikler fra Norge, fordi det kan redusere overføringsverdien til det norske helsevesenet. Likevel kan det vise seg positivt å velge forskning fra flere land, da det viser bredde og variasjon i kunnskapen som er interessant å samle og koble sammen for å trekke konklusjoner basert på flere lands perspektiver, noe som i tillegg gir et globalt syn. Oppgaven innledes med informasjon om at KOLS i 2019 var den tredje ledende dødsårsaken i verden, noe som viser sykdommens globale relevans og utbredelse (World Health Organization, 2023).

Det kan også diskuteres om artiklenes design og metode viser seg hensiktsmessig for å svare på oppgavens problemstilling. Problemstillingen stiller et ganske åpent spørsmål rundt hvordan sykepleier kan redusere angst knyttet til dyspné hos KOLS pasienter som er i palliativ fase. Den åpner opp for at både kvalitativ og kvantitativ forskning kan være aktuell for å svare på problemstillingen. Hadde problemstillingen for eksempel vært vinklet mer konkret mot hvilke sykepleieintervensjoner som viser seg effektive for å redusere angst, ville ikke all den inkluderte forskningen vært svarende. Jeg har tre artikler som viser til konkrete tiltak som kan bidra til å redusere angst, og en artikkel som henviser mer generelt til hva pasientene har behov for i den fasen de er i. Sammen skaper dette et bredere grunnlag for å svare til oppgavens aktuelle problemstilling.

Kvalitetsvurderingen av artiklene, som ligger vedlagt til sist i oppgaven og som presenteres i tabell 3: Artikkelmatrise under kapittel 5 «Resultater», viser en generell god kvalitet. De krysser av alle eller nesten alle punkter i sjekklistene, som indikerer at det er gode artikler å ta med (Reilly, 2008). Likevel har ikke alle artiklene fått 9/9 poeng, som kan bety at de kanskje har svakheter som kan vise seg relevant å diskutere. Artikkelen til Broese et al. (2023, s. 851) viser til at Covid-19 pandemien gjorde at færre pasienter i intervensjonsgruppen fikk gjennomført polikliniske samtaler, noe som kan ha påvirket resultatet de kom fram til. De hevder også at det er mulig deres intervensjon kan ha vært for intensiv og utilstrekkelig for å gi signifikante funn (Broese et al., 2023, s. 852). Det kan ses på som en styrke at artikkelen kritiserer sin egen gjennomførte studie. På tross av dette kan funnene fortsatt vurderes relevante og interessante, og kan knyttes til annen forskning og til videre sykepleiepraksis, slik det er utført i oppgavens resultatdiskusjon.

6 Konklusjon

I denne bacheloroppgaven har det blitt identifisert og diskutert ulike forskningsresultater som viser til noe av det som er viktig når sykepleier har som mål å redusere pasientens angstopplevelse i møte med KOLS-pasienter i palliativ fase. Det å gjenvinne en følelse av kontroll og mestring er noe som viser seg å gå igjen i flere av sykepleietiltakene som bidrar til å redusere angst. Når sykepleier viser sin tilstedeværelse med berøringsteknikker, og involverer pårørende som en viktig bidragsyter, kan angstopplevelsen til pasienten reduseres. Sykepleier og pårørendes tilstedeværelse kan bidra til at pasienten ikke føler seg alene, noe som kan skape en trygghetsfølelse og bidra til å gi pasienten selvtillit og tiltro til at de selv mestrer tungpusten eller angsten bedre.

Samtaler som bygger på individualisering og inkludering av pasientens tanker, ønsker og behov viser seg gunstig innenfor de palliative omsorgsintervensjoner som sykepleier kan gjøre for å redusere angst. Åpne samtaler mellom pasient og sykepleier, som fokuserer på pasientens behov og subjektive opplevde angst og påvirket livsutfoldelse, viser seg svært sentralt for å hjelpe pasienten å håndtere angsten bedre. Sykepleier kan veilede og hjelpe pasienten til ulike mestringsstrategier, som blant annet leppepust, for å mestre anfall der tungpusten inntreffer og de normalt mister kontroll over sin egen kropp. Informasjon er viktig for å kunne ta valg rundt egen helse og ivareta pasientens autonomi, og også for å medvirke til at pasienten får en følelse av kontroll over situasjonen. Når sykepleier bidrar til dette kan det føre til at pasienten bedre mestrer det negative stresset, får kontroll på respirasjonen og følelsene, noe som igjen vil kunne bidra til at angsten reduseres og pusten bedres. Det at sykepleieren ser angst og dyspné i en reell sammenheng, og retter fokus mot lindring og behandling av begge symptomer parallelt, vil i henhold til teorigrunnlaget for denne bacheloroppgaven være det mest avgjørende for angstreduksjon hos pasienter med KOLS.

Referanseliste

- Avşar, G. & Kaşıkçı, M. (2010). Living with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study. *Australian Journal of Advanced Nursing*, Vol.28 (2), p.46-52.
- Bakke, P. (2013). Legemidler ved sykdommer i respirasjonsorganene. I H. Nordeng & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (2. utg., s. 174-180). Gyldendal Akademisk.
- Bakkeland, J., Thorsen, B. H., Almås, H., Sorknæs, A. D. & Grønseth, R. (2016). Sykepleie ved lungesykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., bind 1, s. 117-182). Gyldendal Akademiske.
- Brodtkorb, K. (2020). Respirasjon og sirkulasjon. I M. Kirkevold & K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff. (Red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg. s. 381-396). Gyldendal Akademiske.
- Broese, J., MJJ van der Kleij, R., Verschuur, E. ML., Kerstjens, H. AM., Bronkhorst, E. M., Engels Y. and Chavannes, N. H. (2023). The effect of an integrated palliative care intervention on quality of life and acute healthcare use in patients with COPD: Results of the COMPASSION cluster randomized controlled trial. *Palliative Medicine*, juni 2023; 37(6):844-855. <https://doi.org/10.1177/02692163231165>
- Cavanagh, S. J. (2001). *OREMs sykepleiemodell i praksis* (K. M. Thorbjørnsen, Overs.). Gyldendal Norsk Forlag. (Opprinnelig utgitt 1991).
- Cekic, Y., Bulut, T. Y. & Avcı, I. A. (2022). The Effect of Provision of Information and Supportive Nursing Care on Blood Gas, Vital Signs, Anxiety, Stress, and Agitation Levels in COPD Patients Treated with NIV: A Randomized Controlled Trial. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, september 2022; 26(9):1011-1018. [10.5005/jp-journals-10071-24315](https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-24315).
- Eget arbeid (2023). *Prosjektbeskrivelse BIS 21 Kandidatnummer 573*. [Upublisert eksamensoppgave]. Lovisenberg diakonale høgskole.

- Eriksen, S. (2015). Menneskets psykososiale behov. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleierboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 887-907). Cappelen Damm Akademisk.
- Grov, E. K. (2020). Pleie og omsorg ved livets slutt. I M. Kirkevold & K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff. (Red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 538-557). Gyldendal Akademiske.
- Grundt, H. & Mjell, J. (2016). Sykdommer i respirasjonssystemet. I S. Ørn & E. Bach Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 217-251). Gyldendal Akademiske.
- Gudmundsson, G., Gislason, T., Janson, C., Lindberg, E., Hallin, R., Ulrik, C. S., Brøndum, E., Nieminen, M. M., Aine, T. & Bakke, P. (2005). Risk factors for rehospitalisation in COPD: role of health status, anxiety and depression. *Eur Respir J.* 2005 Sep;26(3):414-9. DOI: 10.1183/09031936.05.00078504.
- Helsedirektoratet (2012, 1. november). Nasjonal faglig retningslinje for diagnostisering og behandling av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/kols>
- Helsedirektoratet (2018, 18. september). Nasjonale faglige råd for lindrende behandling i livets slutfase. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase>
- Hjalmarsen, A. (2014). *Lungerehabilitering. Kols og andre lungesykdommer* (1. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Iyer, A. S., Dionne-Odom, J. N., Ford, S. M., Crump Tims, S. L., Sockwell, E. D., Ivankova, N. V., Brown, C. J., Tucker, R. O., Dransfield, M. T. and Bakitas, M. A. (2019). A Formative Evaluation of Patient and Family Caregiver Perspectives on Early Palliative Care in Chronic Obstructive Pulmonary Disease across Disease Severity. *Annals of the American Thoracic Society*, august 2019; 16(8):1024-1033.
[10.1513/AnnalsATS.201902-112OC](https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201902-112OC).

- Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Helse og sykdom – utvikling og begreper. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug og G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., bind 1, s. 30-87). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie?. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, og G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., bind 1, s. 16-27). Gyldendal Akademisk.
- Kvaal, K. (2020). Angst og depresjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 442-457). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Lillemoen, L. (2015) Etikk i sykepleien. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.). *Sykepleierboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 297-338). Cappelen Damm Akademiske.
- Long, M. B., Bekelman, D. B. & Make, B. (2014). Improving Quality of Life in Chronic Obstructive Pulmonary Disease by Integrating Palliative Approaches to Dyspnea, Anxiety, and Depression. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, desember 2014; 16(8):514-520. [10.1097/NJH.0000000000000111](https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000111).
- Manning, H. L. & Schwartzstein, R. M. (1995, 7. desember). PATHOPHYSIOLOGY OF DYSPNEA. *The New-England Medical Review and Journal*. 1995; 333(23):1547-53 DOI:[10.1056/NEJM199512073332307](https://doi.org/10.1056/NEJM199512073332307).
- Markussen, K. (2009). Kols gir angst. *Sykepleien* 2009;97(9):70-71. 10.4220/sykepleiens.2009.0044.
- Mathiesen, J. & Steindal, S.A. (2021). Grunnleggende palliasjon og sykepleie ved livets

- avslutning. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal og G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg., bind 3, s. 30-87). Gyldendal Akademisk.
- Mathiesen, J. (2015). Hva er sykepleie? I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleierboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 119-141). Cappelen Damm Akademisk.
- Mensen, L. (2020). Biologisk aldring. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 29-34). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Norsk Sykepleierforbund, (2023, 31.05). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Norsk sykepleierforbund. Hentet 15.11.2023 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>.
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., bind 1, s. 17-39). Gyldendal Akademiske.
- Nortvedt, P. (2021). *Omtanke – Innføring i sykepleieetikk*. (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Nystad, W., Langhammer, A. & Melbye, H. (2014, 30.06). Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) i Norge. Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kols/>.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999- 07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>.
- Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.
- Skaug, E.-A. & Berntzen, H. (2017). Respirasjon. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A.

Steindal og G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov og helse* (3. utg., bind 2, s. 87-128). Gyldendal Akademisk.

Stubberud, D.-G. (2015). Respirasjon. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleierboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 399-439). Cappelen Damm Akademisk.

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

World Health Organization. (2023, 16. mars). *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)).

Vedlegg kvalitetsvurdering

Vedlegg 1

Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:		JA	NEI	UKLART
Broese, J., MJJ van der Kleij, R., Verschuur, E.ML., Kerstjens, H.AM., Bronkhorst, E.M., Engels Y. and Chavannes, N.H. (2023). The effect of an integrated palliative care intervention on quality of life and acute healthcare use in patients with COPD: Results of the COMPASSION cluster randomized controlled trial. <i>Palliative Medicine</i> , juni 2023; 37(6):844-855. https://doi.org/10.1177/026921632311165 .				
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	x		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? Kommentar: <ul style="list-style-type: none">- Randomisert kontrollstudie- Intervensjon og kontroll grupper er gunstig for å se effekt av noe, men de viser til selvkritikk rundt at intervensjonen har for intensiv og utilstrekkelig for å gi signifikante funn.			x
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? Kommentar: <ul style="list-style-type: none">- I utgangspunktet ja, selv om det viser til noen svakheter med studien.- Mange pasienter døde og falt fra som ga noe mangelfulle resultater.	x		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien? Kommentar: <ul style="list-style-type: none">- Deltakere har mottatt informasjon om studiet både skriftlig og verbalt- Deltakerne har signert informert samtykke skriftlig- Godkjenning av etisk komité i 15. oktober 2018	x		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: <ul style="list-style-type: none">- Kontekst: lungeavdelinger ved 8 sykehus i Nederland- Deltakere: Pasienter innlagt for en akutt kols forverring- Antall: Av totalt 222 pasienter, svarte 106 på undersøkelsen- Tidsrom: mai 2019 til august 2020.	x		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: <ul style="list-style-type: none">- Ja i eget kapittel	x		

7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: - Kort og konkret, men også klart og tydelig.	x		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: - Delvis uklart hvordan man skal implementere dette til praksis, selv om funnene var interessante.			x
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? Kommentar: - Klar og tydelig oppsummerte funn - Anbefalinger for videre studier.	x		
	Totalt antall poeng:	7/9		

Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.

Vedlegg 2

Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:		JA	NEI	UKLART
Cekic, Y., Bulut, T.Y. & Avci, I.A. (2022). The Effect of Provision of Information and Supportive Nursing Care on Blood Gas, Vital Signs, Anxiety, Stress, and Agitation Levels in COPD Patients Treated with NIV: A Randomized Controlled Trial. <i>Indian Journal of Critical Care Medicine</i> , september 2022; 26(9):1011-1018. 10.5005/jp-journals-10071-24315				
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling? Kommentar: Formål og hensikt er klart formulert i en setning og underbygges med forklaring av 2 spørsmål innenfor hensikten.	x		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? Kommentar: - Kvantitativ studie. - En kontroll gruppe og en intervensjonsgruppe er gunstig for å finne svar på studiens problemstilling.	x		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? Kommentar: - Pasientgruppen som er valgt ut er relevant for å svare på problemstillingen. - Tydelige inklusjon- og eksklusjonskriterier.	x		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien? Kommentar: - Godkjent av etisk komité - Samtykkeskjema er fylt ut av alle deltakere.	x		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Tidsrom: mellom september og desember 2019 Antall: 60 subjekter delt med 30 på hver gruppe Kontekst: KOLS pasienter innlagt på intensivavdeling på offentlig sykehus og behandles med NIV.	x		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: - Dataanalyse er beskrevet tydelig med informasjon om program og tester som er utført.	x		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar:	x		

	- Ja, det kommer frem i artikkelens resultatkapittel, både i form av tekst og tabell.			
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: - Ja det belyser behovet for støttende og informativ sykepleie. De beskriver også hva støttende og informativ sykepleie går ut på som gjør det brukbart i praksis.	x		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? Kommentar: - Klar og tydelig og viser konkret resultat i konklusjon.	x		
	Totalt antall poeng:	9/9		

Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.

Vedlegg 3

Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:		JA	NEI	UKLART
Iyer, A. S., Dionne-Odom, J. N., Ford, S. M., Crump Tims, S. L., Sockwell, E. D., Ivankova, N. V., Brown, C. J., Tucker, R. O., Dransfield, M. T. and Bakitas, M. A. (2019). A Formative Evaluation of Patient and Family Caregiver Perspectives on Early Palliative Care in Chronic Obstructive Pulmonary Disease across Disease Severity. <i>Annals of the American Thoracic Society</i> , august 2019; 16(8):1024-1033. 10.1513/AnnalsATS.201902-112OC .				
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling? Kommentar: formål og hensikt er klart formulert i en setning og underbygges med forklaring av 3 spørsmål innenfor hensikten.	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? Kommentar: <ul style="list-style-type: none"> - Formativ evalueringsstudie - Semistrukturert intervju med pasient og pårørende separert 	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? Kommentar: <ul style="list-style-type: none"> - Inklusjon- og eksklusjonskriterier beskrives godt - Intervjuer og siterte svar på intervjuer vises i tabeller og tekst. 	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?		X	
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: <ul style="list-style-type: none"> - Kontekst: en lungeklinikk - Tidsrom: oktober til januar 	X		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: <ul style="list-style-type: none"> - Godt beskrevet i et eget kapittel. 	X		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: <ul style="list-style-type: none"> - Tydelig fremstilt i tabeller, diagrammer og tekst. 	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: <ul style="list-style-type: none"> - Viser fem behov som kan knyttes til praksis - Anbefaler fremtidig forskningsbehov. 	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? Kommentar: <ul style="list-style-type: none"> - Kort, konkret, klar og tydelig oppsummering av relevant resultat. 	X		

	Totalt antall poeng:	8/9
--	----------------------	------------

Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.

Vedlegg 4

Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:		JA	NEI	UKLART
Long, M. B., Bekelman, D. B. & Make, B. (2014). Improving Quality of Life in Chronic Obstructive Pulmonary Disease by Integrating Palliative Approaches to Dyspnea, Anxiety, and Depression. <i>Journal of Hospice & Palliative Nursing</i> , Des 2014;16(8):514-520. 10.1097/NJH.0000000000000111				
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	x		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? Kommentar: - Kvalitativ metode - Tydelig forklarte medikamentelle og ikke-medikamentelle behandlingstiltak, etterfulgt av semistrukturerte deltakerintervjuer svarer godt til problemstillingen.	x		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? Kommentar: - Ja, de har valgt ut relevante deltakere som kan svare til problemstillingen.	x		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien? Kommentar: - Det er beskrevet informert samtykke, helseforsikring og autorisasjon for ansvarlighetsloven.	x		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: - Kontekst: Poliklinikk - Antall: 15 deltakere med KOLS som går til behandling fra før - Tidsrom: 1. mars til 19. juli 2013.	x		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: - Ja, eget kapittel om datanalyse oppdelt i gjennomførbart og nytteverdi.	x		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: - Funnene kommer tydelig frem, i flere avsnitt delt opp på en ryddig og strukturert måte.	x		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar:			x

	- Det vises til at sykepleiere burde bruke dette i praksis, men oppfatter uklarhet i hvordan.			
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? Kommentar: - Ja, artikkelen har en logisk og holdbar konklusjon underbygget med informasjon fra resultat og diskusjonskapittel.	x		
	Totalt antall poeng:	8/9		

Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.