



# Bacheloroppgave

## **SAE00 Sykepleie**

**Sykepleie til pasienter med KOLS som har angst og depresjon.**

**Nurseinterventions to patients with COPD who suffer from anxiety and depression.**

Ellen Kathrine Sørensen Grebstad og Camilla Stavik

Totalt antall sider inkludert forsiden: 49

Molde, 17.11.2010



## Publiseringsavtale

**Tittel på norsk: Sykepleie til pasienter med KOLS som har angst og depresjon.**

**Tittel på engelsk: Nurseinterventions to patients with COPD who suffer from anxiety and depression**

**Forfatter(e): Ellen Kathrine Sørensen Grebstad og Camilla Stavik**

**Fagkode: SAE00**

**Studiepoeng: 15**

**Årstall: 2010**

**Veileder: Else Jørgensen**

### Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

**Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?**

ja nei

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

**Dato: 25.10.2010**

**Antall ord: 11916**

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Kronisk obstruktiv lungesykdom, KOLS, er en alvorlig sykdom med mange og komplekse symptomer. Man regner med at ca 200 000 mennesker lider av KOLS i Norge, og sykdommen er spådd å bli den 3 største dødsårsak på verdensbasis innen 2030. En stor andel av pasienter som lider av KOLS rammes også av angst og depresjon.

**Hensikt:** Vi ønsket med denne oppgaven å belyse angst og depresjon hos pasienter som lider av KOLS og hva sykepleieren kan gjøre for å hjelpe pasientene.

**Metode:** En systematisk litteraturstudie inspirert av Goodmans 7 steg ble gjennomført for å finne, kvalitetssikre og analysere nyere forskning om temaet. Totalt 17 vitenskapelige artikler ble inkludert i studiet og funn fra disse danner grunnlaget for vår oppgave.

**Resultat:** En stor andel av pasienter som lider av KOLS, blir også rammet av angst og depresjon. Yngre og kvinnelige pasienter rammes hyppigere av angst og depresjon, og de rammes allerede fra stadium 1 av sykdommen. En rekke ulike sykepleieintervensjoner kan settes i verk for å oppdage og redusere angst og depresjon hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom.

**Konklusjon:** Angst og depresjon representerer en betydelig tilleggsbelastning for mange pasienter som lider av KOLS. Det anbefales tidlig screening av alle pasienter med KOLS med et spesielt fokus på sårbare grupper som kvinner, yngre pasienter, samt pasienter som fremdeles røyker. Kognitiv adferdsterapi og undervisning om sykdommen viser seg å være de sykepleieintervensjoner som har best effekt mht på å redusere symptomene på angst og depresjon hos denne pasientgruppen.

**Nøkkelord:** Kronisk obstruktiv lungesykdom, KOLS, Sykepleieintervensjon, Angst; Depresjon.

## **Abstract**

**Background:** Chronic obstructive pulmonary disease, COPD, is a severe disease with many and complex symptoms. Approximately 200 000 people suffer from COPD in Norway, and COPD is predicted to become the third leading cause of death in the world in 2030. There is a high prevalence of comorbid anxiety and depression in patients with COPD.

**Aim:** The aim of this study is to highlight anxiety and depression as a problem for patients with COPD and what nurses can do to help the patients.

**Method:** A systematic literature study, inspired by Goodman's seven steps, was used to find, examine and analyse current research literature around the subject. A total of 17 scientific articles were included in the study and the findings from these articles form the basis of this paper.

**Result:** A large group of patients with COPD also suffers from anxiety and depression. The highest prevalence is found among young and female patients, and patients with COPD are suffering from anxiety and depression from the earliest stages of the disease. There is a range of nursing interventions that can be used to discover and reduce anxiety and depression in patients with COPD.

**Conclusion:** Anxiety and depression represents a significant additional strain for patients who suffer from COPD. Early screening of all COPD patients with a particular focus on vulnerable groups such as women and younger COPD patients, and patients who still smoke is recommended. Cognitive behavioural therapy and education about the disease are the two nurse interventions that in literature are described as most efficient to reduce symptoms on anxiety and depression in this patient group.

**Keywords:** Chronic obstructive pulmonary disease, COPD, Nurse Intervention, Anxiety, Depression.

## Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>5</b>
1.1	Hensikt og problemstilling .....	6
<b>2.0</b>	<b>Teoribakgrunn</b> .....	<b>7</b>
2.1	Kronisk Obstruktiv Lungesykdom – KOLS .....	7
2.1.1	Årsaker til KOLS .....	8
2.1.2	Symptomer ved KOLS .....	8
2.1.3	Sykepleie til pasienter med KOLS .....	8
2.2	Angst og depresjon .....	9
2.2.1	Angst og depresjon hos pasienter med KOLS .....	9
2.2.2	Sykepleie til pasienter med angst og depresjon .....	10
<b>3.0</b>	<b>Metode</b> .....	<b>12</b>
3.1	Datainnsamling .....	12
3.1.1	Inklusjons og eksklusjonskriterier .....	12
3.1.2	Databasesøket .....	13
3.2	Kvalitetssikring av valgte artikler .....	17
3.2.1	Etiske hensyn .....	17
3.3	Artiklene analyseres .....	18
<b>4.0</b>	<b>Resultat</b> .....	<b>19</b>
4.1	Angst og depresjon, en belastning for mange pasienter med KOLS.....	19
4.2	Angst og depresjon tynger pasienten med KOLS både fysisk og psykisk .....	19
4.3	Sykepleierens utfordring i møte med angst og depresjon hos KOLS pasienter. ..	22
4.4	Bruk av ulike screening verktøy.....	23
4.5	Sykepleieren kan hjelpe pasienter med KOLS som har angst og depresjon. ....	24
<b>5.0</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>26</b>
5.1	Metodediskusjon .....	26
5.1.1	Datainnsamling .....	26
5.1.2	Kvalitetssikring .....	28
5.1.3	Analyse .....	29
5.2	Resultatdiskusjon.....	30
5.2.1	Stort omfang .....	30
5.2.2	Sårbare grupper .....	32
5.2.3	Alvorlige konsekvenser.....	33
5.2.4	Tidlig screening for angst og depresjon?.....	35
5.2.5	Sykepleieintervensjoner.....	36
<b>6.0</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>39</b>

## Litteraturliste

- Vedlegg 1 – PIC skjema
- Vedlegg 2 – Oversiktstabell over artikler
- Vedlegg 3 – HAD skjema

## **1.0 Innledning**

At KOLS er en sykdom i sterk økning og økningen er så kraftig og alvorlig at man mener innen 2030 vil KOLS være den tredje hyppigste dødsårsak i verden. Ca 200000 personer lider av KOLS i Norge (Norsk Lægeforening 2002). På verdensbasis er det anslått at om lag 210 millioner mennesker lider av KOLS og at mer enn 3 millioner mennesker dør årlig av sykdommen (Verdens Helseorganisasjon - 2010).

I løpet av sykepleiestudiet og i våre praksisperioder ved ulike institusjoner har vi ikke inntrykk av at sykepleiere eller lærere har fokus på denne problematikken. Vi har møtt mange pasienter med KOLS, men vi har til gode å oppleve at pasienten selv eller helsepersonell fremhever angst og depresjon som noe problem. Vi mener derfor at temaet er svært relevant for sykepleiere siden det ser ut til at det er behov for økt kompetanse på området både hos helsepersonell og hos pasientene. Dette har inspirert oss til å jobbe med problematikken og vi har ønsket å finne metoder for å avdekke angst og depresjon hos pasienter med KOLS, og finne hvilke intervensjoner som best kan benyttes for å bekjempe pasientens plager.

Sykepleiere møter pasientene som lider av KOLS helt fra stadium I av sykdommen. De møter dem gjennom hjemmesykepleie, på sykehjem, på poliklinikker og på sykehus. Sykepleiere har derfor en unik mulighet til å fange opp angst og depresjon hos disse pasientene og sette i verk tiltak for å redusere plagene hos pasientene de møter.

I vårt arbeid med oppgaven har vi valgt å se på temaet både fra sykepleierens og pasientens perspektiv.

## **1.1 Hensikt og problemstilling**

### **Hensikt**

Vi ønsket med denne oppgaven å belyse angst og depresjon hos pasienter som lider av KOLS og hva sykepleieren kan gjøre for å hjelpe pasientene.

### **Problemstilling**

Vi ønsker å få svar på omfanget av angst og depresjon hos pasienter som har sykdommen KOLS. Vi ønsker videre å kartlegge nyere forskning som beskriver hvordan sykepleieren kan bidra til å oppdage angst og depresjon, samt beskrive hvilke sykepleieintervensjoner som kan benyttes for å redusere angst og depresjon hos disse pasientene.

Vi utarbeidet disse arbeidsspørsmålene til hjelp for oss i arbeidsprosessen:

- I hvor stor grad er pasienter med KOLS plaget med angst og depresjon?
- I hvor stor grad er pasienter med KOLS diagnostisert med angst og depresjon?
- Hvilke konsekvenser har det for pasienten å ha angst/depresjon?
- Hvilke konsekvenser har det for sykepleieren at pasienter med KOLS også har angst/depresjon?
- Hvilke metoder finnes for å diagnostisere angst og depresjon hos pasienter med KOLS?
- Hvilke sykepleieintervensjoner kan brukes for å redusere angst og depresjon hos denne pasientgruppen?

## 2.0 Teoribakgrunn

### 2.1 Kronisk Obstruktiv Lungesykdom – KOLS

KOLS er en samlebetegnelse for kronisk astma, kronisk obstruktiv bronkitt og emfysem. Det blir en kronisk betennelsesaktig tilstand og en nedbrytning av de elastiske bindevevsfibrene slik at det oppstår arraktige forandringer i luftveiene (Oksholm 2008).

KOLS deles inn i fire stadier:

Stadium 0: Risikopasient	Hoste og ekspektorat	
Stadium I: Mild KOLS	Mild luftstrømsobstruksjon og vanligvis, men ikke alltid, kronisk hoste og slim fra lungene	Pasienten vil på dette stadiet ikke nødvendigvis være klar over at hans eller hennes lungefunksjon er redusert.
Stadium II: Moderat KOLS	Økende luftstrømsobstruksjon og vanligvis økende symptomer, typisk er tung pust ved anstrengelse.	Akutt forverring av symptomer, som har innvirkning på pasientens livskvalitet og prognose. Ses oftest hos pasienter med FEV <sub>1</sub> 50 % av forventet.
Stadium III: Alvorlig KOLS	Alvorlig luftstrømsobstruksjon (FEV <sub>1</sub> > 30 % av forventet) eller tilstedeværelsen av lungesvikt eller kliniske tegn til høyresidig hjertesvikt	Ved dette stadium er pasientens livskvalitet svært redusert og eksaserbasjoner kan være livstruende.

(Norsk Lægeforening 2002)



### **2.1.1 Årsaker til KOLS**

Den viktigste årsaken til KOLS er sigarettøyking og 87 % av pasientene som har KOLS er eller har vært røykere. Andre årsaker til KOLS er luftforurensing og arvelig disposisjon (Oksholm 2008).

### **2.1.2 Symptomer ved KOLS**

Symptomutviklingen ved KOLS skjer gradvis, med stabile faser som blir avbrutt av akutte forverringer. I stadium III av sykdommen blir pasienten stadig mer tungpustet og symptomene fra luftveiene øker. Pasienten får etter hvert også andre plager, som utmattelse, nedsatt aktivitet, ernæringsproblemer og psykososiale problemer (Oksholm 2008). Det mest fremtredende symptomet er dyspné, som er en ubehagelig følelse av ikke å kunne puste så mye som kroppen krever (Holst 2007). I en undersøkelse blant pasienter med KOLS beskriver enkelte pusteproblemene som ”å puste i bomull” (Andenæs m. fl. 2006). Andre sentrale symptomer er cyanose, nedsatt perifer oksygenmetning, hoste og ekspektorat, forhøyet respirasjonsfrekvens og anstrengt respirasjonsarbeid med bruk av hjelpemuskler, respirasjonslyder, morgenhodepine og generelt nedsatt allmenntilstand (Oksholm 2008).

### **2.1.3 Sykepleie til pasienter med KOLS**

Å utøve sykepleie til pasienter med KOLS kan være krevende, fordi pasientene ofte er redde og har liten kapasitet. En må derfor tilpasse pleien og ta høyde for at pasienten ikke kan følge vanlige rutiner i avdelingen mht måltider og lignende. En utfordring er at tiltak mot et problem, for eksempel økt aktivitet for slimmobilisering, kan være umulig fordi pasienten har andre problemer som dyspné og nedsatt allmenntilstand (Oksholm 2008). Det er ofte slik at mange pasienter med KOLS kvier seg for å spørre om hjelp og kommunikasjonen kan noen ganger svikte. En pasient med KOLS kan ha mindre kapasitet enn sykepleieren antar. Det blir derfor svært viktig å ta pasienten med på råd, og sammen med ham gjøre en helhetsvurdering av hva som er viktigst og hva som er realistisk og gjennomførbart (Oksholm 2008).

## **2.2 Angst og depresjon**

Angst er en diffus følelse, en slags indre uro som kan være uten kjent årsak. Personen som kjenner angst kan fortelle om en kvelende følelse, det presser i brystet og det trykker i magen. Fysiologisk kan en forklare denne følelsen av ubehag med økt adrenalinutskillelse i organismen, økning av glukosenivået i leveren, tiltagende pulsfrekvens, tiltagende respirasjonsstyrke, temperatur forandringer og blodtrykksforandring (Hummelvoll 2008) Hummelvoll sier videre at det å bli konfrontert med død, meningsløshet eller isolasjon vil kunne skape angst og han deler angst inn i 4 nivåer: mild, moderat, sterk og panikkangst. Angsten har ulike måter å komme til uttrykk på hos den enkelte pasient, og det kan se ut som at sykepleiere og leger som behandler pasienter med KOLS er for lite oppmerksomme på at for eksempel symptomer som pustebesvær også kan være et symptom på angst Markussen (2009).

Depresjon er en gruppe lidelser, med forskjellig årsak, symptomer og varighet. Det mest vanlige trekk ved en depresjon er at den endrer måten vi tenker på. Enten har du negative tanker som kverner i hodet, eller du mister evnen til å glede deg. I tillegg påvirkes ofte kroppen, du får mindre energi, sover dårligere og kan få andre fysiske symptomer. Depresjon deles også inn i ulike alvorlighetsgrader; mild, moderat og alvorlig depressiv episode (Hummelvoll 2008).

Forskjellen på angst og depresjon er at angst er en fryktsom forutelse om at noe ubehagelig skal skje, mens depresjon er svaret på at noe ubehagelig har skjedd. Forventning om tap henter sin kraft til å skape uro i sjelen fra det faktum at tap er en smertefull menneskelig opplevelse. Det er forekomsten av tap som fører til depresjon. Angsten blir dermed den reaksjon som opptrer når vi føler oss truet, mens depresjonen er uttrykk for vår hjelpløshet i den situasjon vi befinner oss i. Både depresjonen og angsten stilles på linje når det gjelder å kalle frem ulike forsvarsreaksjoner (Hummelvoll 2008).

### **2.2.1 Angst og depresjon hos pasienter med KOLS**

Markussen (2009) skriver at pustebesvær er subjektivt og er hovedsymptomet på en mulig akutt forverring av KOLS sykdommen. Samtidig kan pustebesvær være et symptom på angst, eller et reelt anfall av pusteproblemer kan føre til angst eller panikk. Denne sirkelen er vond å bryte, og blir håpløs for pasientene å leve med, fordi de ikke har lært hvordan de skal skille mellom disse to faresignalene. Det kan igjen føre til at pasientene bruker

trygghetssøkende strategier, noe som kan resultere i at de isolerer seg. På kort sikt vil pasientene kunne oppleve at det å unngå aktiviteter som krever mer lungefunksjon demper dyspnea-angstsymptomene, og de får mer kontroll. På lang sikt vil derimot symptomene de prøver å få kontroll over kunne ha motsatt virkning, og angsten kan forsterke seg, også i andre situasjoner. Videre skriver Markussen (2009) at pasientene hun møter beskriver ofte pustebesvær som en opplevelse som tar fra dem evnen til å tenke og handle logisk; de handler ofte i panikk når medikamentene ikke virker.

Å få en kronisk progredierende sykdom er en stor belastning både for pasient og pårørende og alvorlig dyspné samt mange sykdomsforverringar kan gi psykiske plager som angst og depresjon mener Oksholm Knutstad (2008). Hummelvoll (2008) påpeker videre at depresjon finnes ved svært mange alvorlige kroppslige sykdommer spesielt hos lungesyke pasienter, og ofte blir ikke disse oppdaget.

### **2.2.2 Sykepleie til pasienter med angst og depresjon**

Vi har sett tidligere i kapitlet at pasienter med KOLS har et alvorlig og sammensatt symptombylde og det blir derfor svært viktig å ha klart for seg at når man skal utføre sykepleieintervensjoner som har til hensikt å hjelpe pasienten med angst og depresjonssymptomer må sykepleien tilpasses pasientens øvrige behov.

Å rammes av angst og depresjon er vondt, uansett om pasienten lider av en kronisk lungesykdom eller ei og det er nødvendig å iverksette sykepleieintervensjoner for å hjelpe pasienten. Når en skal arbeide med pasienter med angst er det vesentlig å starte der pasienten er, det vil si at pasientens historie kommer frem, og at angstnivået kartlegges. Videre sier Hummelvoll (2008) at pasienten har behov for trygghet, sikkerhet, angstreduksjon og kunnskap om angst, dette blir også oppgaver som sykepleieren må hjelpe pasienten med. For å oppnå dette må det først kartlegges om pasienten er klar over at angsten er til stede, hvor sterk angsten er og om det er spesielle ting som utløser angsten. Det er også viktig å få tak i hva pasienten gjør for å lette ubehaget ved angsten.

Både fysisk og psykisk trening er viktig. Det kan være hensiktsmessig å oppmuntre til fysisk aktivitet og systematisk fysisk trening fordi fysisk aktivitet har gunstig effekt på angst og depresjon. Å motivere pasienten til å delta i fellesaktiviteter kan gi ham en følelse av reelt fellesskap og en følelse av å bety noe for andre og ikke minst oppleve følelse av

mestring. Det er likevel viktig at ikke sykepleieren foreslår aktiviteter som kan virke for krevende eller langvarig fordi dette kan virke mot sin hensikt (Hummelvoll 2008).

Hovedmålene for sykepleien i forhold til deprimerte pasienter vil være å hjelpe pasienten til å uttrykke og gjenkjenne følelser, å hjelpe pasienten til å møte og bearbeide følelsen av meningsløshet, å styrke pasientens opplevelse av å ha kontroll over sin livssituasjon og å finne ulike måter å håndtere depresjonens ulike konsekvenser. Utgangspunktet for å arbeide med den deprimerte er å møte ham som person, og hjelpe ham til å identifisere og bearbeide problemene i hans nåværende livssituasjon. For å kunne hjelpe er det nødvendig at sykepleier får kunnskaper om fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspekter i pasientens situasjon. Dette for å få en felles forståelse av pasientens situasjon av hva det er som plager ham slik det er nå (Hummelvoll 2008).

I vår pensumlitteratur finner vi at 50 % av pasienter som har sykdommen KOLS også blir rammet av angst og depresjon, og at dette har kraftig negativ påvirkning på livskvalitet og sykdomsutvikling. Det blir også påpekt at denne problematikken ofte overses i somatiske sykehus og at mange pasienter som sliter med angst og depresjon ikke får hjelp for problemene (Oksholm 2008)

### **3.0 Metode**

For å svare på problemstillingen gjennomførte vi en systematisk litteraturstudie. Datainnsamling og analyse er gjort med utgangspunkt i Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006) sin bok "Evidensbasert omvårdnad". I vårt arbeid med forskningslitteraturen har vi vært inspirert av Goodmans syv steg. Goodmans syv steg er en metode for å systematisk søke etter og kvalitetsvurdere vitenskapelig litteratur, og den egner seg spesielt godt for forskning innen sykepleie (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006). Vi har ikke fulgt stegene slavisk, men har mer brukt dem som en rettesnor i arbeidet, sammen med retningslinjene for bacheloroppgaven fra Høyskolen i Molde. Vi har også vurdert om artiklene har tatt høyde for etiske hensyn.

#### **3.1 Datainnsamling**

I starten av arbeidet med denne oppgaven måtte vi bestemme oss for hva vi ønsket å oppnå med arbeidet. Etter valg av tema, diskuterte vi vinkling på oppgaven, bestemte oss for hva vi ville konsentrere oss om og hva vi ønsket å ekskludere. Da satt vi igjen med en avgrenset problemstilling vi ønsket å finne svar på. Denne problemstillingen, som er beskrevet i innledningskapittelet, la føring for det videre arbeidet. Hovedmålet med artikkelsøket ble å finne artikler som omhandler angst og depresjon hos pasienter med KOLS.

##### ***3.1.1. Inklusjons og eksklusjonskriterier.***

Med å ta utgangspunkt i hovedsøkeordene KOLS, angst, depresjon og dyspné, var målet å finne vitenskapelige artikler som belyser både sykepleier og pasientperspektivet.

Inkluderingskriterier for artiklene var at de skulle være av høy vitenskapelig kvalitet (grad 1 og 2) i henhold til Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006) og omhandle angst og depresjonsproblematikk hos pasienter med KOLS. Pasientene i undersøkelsene som artiklene bygger på, måtte være diagnostisert med KOLS og begge kjønn skulle være representert. Vi hadde ingen avgrensning på alvorlighetsgrad av sykdommen. Artiklene skulle være skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk og ikke være eldre enn fem år. Det ble inkludert både kvalitative og kvantitative forskningsartikler i studiet for å få større innblikk i pasient og sykepleieperspektivet. Det var også et krav at artiklene skulle være originalartikler og at de skulle være referevurdert.

Artikler av lav vitenskapelig kvalitet (grad 3) i henhold til Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006) og som var eldre enn fem år, og artikler som omhandlet forhold som ikke er overførbare til norske forhold ble ekskludert. Dette kan dreie seg om kulturer som er svært forskjellig fra den norske.

### **3.1.2 Databasesøket**

En uke var til disposisjon for å gjennomføre databasesøket. Det ble tilbudt 1 undervisningstime av en bibliotekar ved Høyskolen, dette benyttet vi oss av. Hun var til hjelp for oss mht å velge ut hvilke databaser vi skulle søke i og i utformingen av PIC skjema (Nordtvedt m. fl. 2007). Alle databasene vi brukte var tilgjengelig gjennom biblioteket på Høyskolen i Molde. Etter samtale med bibliotekar ble Ovid, NorArt og Swemed+ valgt ut som databaser relevante for dette litteraturstudiet.

MeSH termer og trunkeringstegn ble brukt for å fange opp variasjoner i ordsetting i artikkeltitlene. Vi startet søket vårt i SveMed+, der vi brukte PIC skjema 1 (vedlegg 1) som inneholdt disse søkekombinasjonene: *COPD AND nurs\$ AND depres\$*, *COPD AND nurs\$ AND anxiety* og *COPD AND nurs\$ AND dyspnea*. Senere gikk vi over til å søke i Ovid MEDLINE og utvidet søket vårt til også å inkludere disse søkeordene: *COPD AND nurs\$ AND fatigue\$*, *COPD AND nurs\$ AND cognitive therapy\$* og *COPD AND nurs\$ AND quality of life\$*. (PIC skjema 2). Disse nye søkeordene var ikke klarlagt på forhånd, men ble brukt ettersom vi fikk ideer mens vi leste sammendrag.

Litteratursøket ble utført i en periode på en uke. Vi utførte søk hver for oss, for senere å sammenligne funn og sammenfatte en oversiktlig søkehistorie. De artiklene som ikke lot seg skaffe i full tekst gjennom databasene ble søkt etter via [www.google.com](http://www.google.com) på Internett og de vi ikke klarte å finne der ble bestilt gjennom biblioteket på skolen.

Under hovedsøket leste vi først igjennom tittelteksten på artiklene, deretter ble en del sammendrag lest. 19 artikler ble plukket ut til en første grovsortering. Av disse ble seks ekskludert, en viste seg å være en fagartikkel og fem svarte ikke på vår problemstilling. Etter databasesøk og den første grovsorteringen satt vi igjen med 13 vitenskapelige artikler. Her laget vi så et system hvor vi gav alle artiklene nummer og utarbeidet en tabell for å holde oversikt over søket vårt, (vedlegg 2). Under arbeidet med å kvalitetssikre

artiklene ble ytterligere to artikler ekskludert. En på grunn av manglende refereebestømming og en fordi kvaliteten var for dårlig. Vi satt da igjen med 11 artikler som ble inkludert i studien via databasesøk.

Manuelle søk ble også gjennomført, en artikkel fant vi via referanselisten til en fagartikkel i SveMed+ fire andre via referanselistene til artiklene vi satt med etter databasesøket. Dette resulterte i fem artikler som ble inkludert i studien. Vi fikk tilslutt anbefalt en helt ny artikkel av vår veileder og denne ble også inkludert i vår studie. Oppsummert endte vi etter litteratursøk opp med totalt 17 artikler som ble inkludert i studiet. 11 funnet via databasesøk i Ovid – MEDLINE, fem gjennom manuelle søk i referanselister og en anbefalt av veileder. Vi hadde 13 kvantitative artikler. To artikler var både kvantitative artikler mens to var kvalitative. De kvalitative artiklene tok for seg hvert sitt perspektiv og de øvrige artiklene fordelte seg likt mht å besvare sykepleie og pasientperspektivet.

**Oversikt over artikkelsøk:**

<b>Søk 1</b>	<b>Ovid – MEDLINE Utført 11 februar 2010</b>	<b>treff</b>	<b>Leste abstract</b>	<b>Leste artikler</b>	<b>Kvalitetssikret</b>	<b>Inkluderte artikler</b>
1	COPD\$.mp. or Pulmonary Disease, Chronic Obstructive/	19102				
2	Nurs\$.mp. or Nursing/	469418				
3	1 and 2	69272				
4	Depres\$.mp.	298049				
5	3 and 4	14	14	4	2	1

<b>Søk 2</b>	<b>Ovid – MEDLINE Utført 11 februar 2010</b>	<b>treff</b>	<b>Leste abstract</b>	<b>Leste artikler</b>	<b>Kvalitetssikret</b>	<b>Inkluderte artikler</b>
1	COPD\$.mp. or Pulmonary Disease, Chronic Obstructive/	19102				
2	Nurs\$.mp. or Nursing/	469418				
3	1 and 2	69272				
4	Anxiety\$.mp.	105563				
5	3 and 4	12	8	2	2	2

<b>Søk 3</b>	<b>Ovid – MEDLINE Utført 12 februar 2010</b>	<b>treff</b>	<b>Leste abstract</b>	<b>Leste artikler</b>	<b>Kvalitetssikret</b>	<b>Inkluderte artikler</b>
1	COPD\$.mp. or Pulmonary Disease, Chronic Obstructive/	19102				
2	Nurs\$.mp. or Nursing/	469418				
3	1 and 2	69272				
4	Dyspnea\$.mp.	24913				
5	3 and 4	32	18	5	1	0



Søk 4	Ovid – MEDLINE Utført 12 februar 2010	treff	Leste abstract	Leste artikler	Kvalitetssikret	Inkluderte artikler
1	COPD\$.mp. or Pulmonary Disease, Chronic Obstructive/	20484				
2	Nurs\$.mp. or Nursing/	479515				
3	1 and 2	666				
4	Fatigue\$.mp.	49147				
5	3 and 4	19	9	1	1	1

Søk 4	Ovid – MEDLINE Utført 12 februar 2010	treff	Leste abstract	Leste artikler	Kvalitetssikret	Inkluderte artikler
1	COPD\$.mp. or Pulmonary Disease, Chronic Obstructive/	20948				
2	Cognitive therapy.mp. or Cognitive therapy/ or Depression	68030				
3	1 and 2	124				
4	Quality of life.mp. or “Quality of life”/	129779				
5	3 and 4	49	20	7	7	7

Søkmängd	Søkvillkor	treff	Leste abstracts	Leste Artikler	Kvalitetssikret	Artikler inkludert
S1	KOL\$	4020				
S2	angst, ångest, anxiety	707				
S3	depres\$	1305				
S4	dyspn\$	64				
S6	S1 AND S2	15	1	1	0	0
S8	S1 AND S3	10		0	0	0
S9	S1 AND S4	9		0	0	0
S10	cognitive therapy/kognitiv terapi	1549				
S11	S1 AND S10	52		0	0	0

### 3.2 Kvalitetssikring av valgte artikler

Det ble sjekket at artiklene var referebedømt, og artiklene ble så kvalitetssikret ved hjelp av Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006, s. 154 - 157) sine skjema for kvalitetsbedømming av kvantitativ og kvalitative artikler i boka. Vi leste og kvalitetssikret artiklene hver for oss, og sammenlignet deretter resultatet. Det var i all hovedsak samsvar mellom hvilken grad artiklene fikk, og der det var ulike resultat ble det gjort en felles ny vurdering.

Kvalitetsgraden ble bestemt ut i fra et poengsystem som blir beskrevet i Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006). Systemet inneholder forskjellige spørsmål. Positive svar fikk ett poeng, de spørsmålene som fikk svaret nei eller vet ikke, fikk null poeng. Summen av poengene ble regnet om til prosent, som avgjorde kvaliteten på artiklene. De artiklene som oppnådde 80-100 % er av god vitenskapelig kvalitet (grad 1). 70-79 % tilsvarer middels kvalitet (grad 2). Mindre enn 69 % er artikler av dårlig kvalitet (grad 3). Av de inkluderte artiklene ble to vurdert til grad 2. Resten ble vurdert til grad 1 (vedlegg 2). For å kunne komme frem til en vurdering av oppgavens vitenskapelige grunnlag brukte vi følgende inndelingen av Britton (2000).

<b>Kvalitetsgrad 1.</b>	<b>Kvalitetsgrad 2.</b>	<b>Kvalitetsgrad 3.</b>	<b>Kvalitetsgrad 4.</b>
Sterkt vitenskapelig grunnlag	Middels sterkt vitenskapelig grunnlag	Begrenset vitenskapelig grunnlag.	Utilstrekkelig vitenskapelig grunnlag.
Minst to artikler med høgt kvalitetsinnhold eller god systematisk oversikt.	En artikkel med høgt kvalitetsinnhold samt to med middels høg kvalitetsinnhold.	Minst to artikler med middels høgt kvalitetsinnhold.	<i>Mindre</i> enn to artikler med middels kvalitetsinnhold

#### 3.2.1 Etiske hensyn

Vi har tatt utgangspunkt i de etiske retningslinjene for sykepleieforskning i Norden (Sykepleiernes samarbeid i Norden) og Helsinkideklarasjonen når vi har vurdert om etiske hensyn er ivaretatt i våre artikler. To av artiklene inneholdt ingen referanse til en etisk komité, men disse artiklene spesifiserte at alle deltakerne hadde gitt informert samtykke. Ut fra metodebeskrivelsen til artiklene valgte vi å ta de med.

### 3.3 Artiklene analyseres

Det var hensikten og problemstillingene som dannet grunnlaget for hvilke spørsmål vi stilte til materialet, mens innholdet i artiklene representerte muligheter og begrensinger for analysen.

Analysen ble gjennomført ved at vi hver for oss leste gjennom artiklene igjen og systematiserte funnene etter disse kategoriene:

- Forekomst - funn som omhandler hvor mange pasienter med KOLS som lider av angst/og eller depresjon.
- Konsekvenser - funn som omtaler hva angst/depresjon vil påføre pasienter med KOLS av lidelse/problemer
- Pasientperspektivet - funn som omtaler pasientens opplevelse av å ha angst/depresjon
- Screening - funn som omhandler hvilke metoder sykepleieren kan benytte for å oppdage angst og depresjon hos pasienter med KOLS.
- Sykepleieintervensjoner – funn som beskriver hvilke sykepleieintervensjoner som har vist seg effektive i behandlingen av angst og depresjon hos pasienter med KOLS
- Sykepleieperspektivet - funn som omtaler sykepleierens opplevelse av angst/depresjon hos pasienter med KOLS.

I tillegg til disse kategoriene var vi oppmerksomme på om andre interessante kategorier dukket opp.

Kategoriene samsvarer med arbeidsspørsmålene vi har beskrevet i kapittel 1. Funnene ble klippet ut, merket med artikkelnummer og limt på hver sin plansje. Vi kom så sammen for å sammenfatte funnene våre, ved å gjennomgå hver plansje og oversette funnene til norsk. Funnene ble skrevet inn i en tabell, og det ble så skrevet et sammendrag for hver kategori slik at vi fikk en oversikt over hvilke funn vi hadde i hver kategori. Sammendraget dannet grunnlaget for resultatkapitlet. Hele veien passet vi på å beholde koplingen mellom funn og artikkel ved å bruke nummersystemet på artiklene. Senere, når resultatkapitlet ble skrevet byttet vi ut nummeret med den korrekte referansen til artikkelen.

## **4.0 Resultat**

### **4.1 Angst og depresjon, en belastning for mange pasienter med KOLS**

Artiklene vi har gjennomgått viser at pasienter som har sykdommen KOLS er svært utsatte for å rammes av angst og depresjon. Tallene varierer noe fra studie til studie, men samlet ser vi at mellom 20-50 % av pasientene har depresjon og 17-32 % har angst (Cleland, Lee og Hall 2007, Marco m. fl. 2006, Kunik m. fl. 2008 og Moussas m. fl. 2008). En studie av Kunik m. fl. (2005) som screenet pasienter med KOLS for angst og depresjon fant at 80 % hadde angst og hele 65 % av pasientene hadde angst og depresjon. Svært få, 5 %, hadde kun depresjon, og kun 10 % hadde kun angst. Angst og depresjon forekommer altså i all hovedsak samtidig hos disse pasientene. Kun en av fem pasienter i denne studien hadde ingen symptomer på angst eller depresjon.

Hynninen, Pallesen og Nordhus (2007), Quint m. fl. (2008), Marco m. fl. (2006) og Wagena m. fl. (2005) trekker alle frem at pasienter rammes av angst og depresjon helt fra første fase av sykdommen, og forekomsten er lik i alle de tre gradene av sykdommen. Mye tyder på at kvinnelige pasienter med KOLS har langt høyere sårbarhet for å rammes enn menn. Fem ulike artikler tar for seg denne problematikken. Hynninen, Pallesen og Nordhus (2007), Marco m. fl. (2006), Gudmundsen m. fl. (2006) og Moussas m. fl. (2008) fant alle høyere forekomster av angst og depresjon hos kvinner, mens i en ny norsk studie av Borgee, Wahl og Moum (2010) fant man ikke en slik sammenheng. Yngre pasienter har også høyere forekomst av angst og depresjon (Cleland, Lee og Hall (2007). Gudmundsen m. fl. (2006) og Borgee, Wahl og Moum (2010) har gjort funn som viser at pasienter med KOLS som røyker hadde oftere angst og depresjon enn andre pasienter med KOLS. Pasienter som er ofte innlagt på sykehus med eksaserbasjoner hadde også høyere forekomst av depresjon viser en studie av Quint m. fl. (2008).

### **4.2 Angst og depresjon tynger pasienten med KOLS både fysisk og psykisk.**

Quint m. fl. (2008) sier at deprimerte pasienter med KOLS ofte dropper ut av rehabiliteringsprogram for lungesyke og at dette vil få negative følger for utviklingen av sykdommen.

Ved eksaserbasjoner stiger depresjonsraten og alvorlighetsgraden i de fysiske symptomene hos pasientene (Quint m. fl. 2008). Studien av Quint m. fl. (2008) viser at deprimerte pasienter med KOLS blir oftere innlagt på sykehus med eksaserbasjoner. Studien viser videre at pasienter som oftere er innlagt med eksaserbasjoner har raskere fall i lungefunksjon og forhøyet dødelighet. Innleggelse på sykehus med eksaserbasjoner har konsekvenser for pasienten utover selve oppholdet, for pasienter som utskrives fra sykehus har høy grad av angst og depresjon og lav helsestatus både før innleggelsen og etter utskrivelsen fra sykehuset (Goodridge m. fl. 2009 og Gudmundsen m. fl. 2006).

Paz-Diaz m. fl. (2007) sier at pasienter med KOLS hindres i dagliglivets aktiviteter både i det sosiale og i jobbsammenheng. De må ofte gi opp hobbyer og slutte i jobben sin, og noen ganger blir pasientene tvunget til å pensjonere seg før de vil. Dette støttes blant annet av Quint m. fl. (2008) som viser at deprimerte pasienter som har KOLS bruker langt mindre tid utendørs enn før, og at de opplever både fysisk og sosial isolasjon.

Kristina Ek & Britt-Marie Ternestedt gjennomførte i Sverige en fenomenologisk studie som ble utgitt i 2008. I studien undersøkes hvordan pasienter med KOLS i slutfasen av livet opplever å leve med sykdommen og hvordan det å ha angst og depresjon plager dem. Pasientene i denne studien forteller om hvordan de fysiske begrensningene de har, tvinger dem til å avstå fra meningsfulle aktiviteter i dagliglivet og at dette fører til sosial isolasjon. De beskriver videre en sterk følelse av eksistensiell og sosial ensomhet på grunn av endringer de tvinges til å gjennomføre og aktiviteter de ikke kan delta på lenger. De opplever mange tap og dette fører til sorgreaksjoner som går ut over deres selvbilde og noen av dem uttrykker at livet blir så meningsløst at de ønsker å dø. (Ek og Ternestedt 2008)

*”There’s a lot you can’t do... a great deal, and much you have to give up.. for example, do I have the strength to go out now? No, I don’t have the strength to go out, and then I really wish I could and that makes me sad. So there’s a lot you have to give up, a great deal.”*

*(Ek og Ternestedt 2008)*

Pasientene fortalte også at de opplevde det vanskelig å dele denne byrden med sine nærmeste. De beskrev et behov for å beskytte familien sin og slapp følelsene til først når de var alene.

*"I cry when I am alone, of course I do."*

*(Ek og Ternestedt 2008)*

Opplevelsen av sosial isolasjon forsterkes av at pasientene selv når kreftene er tilstede velger å sitte hjemme.

*"The only problem is loneliness ... But I can only blame myself ... I could go out, but I usually just sit here."*

*(Ek og Ternestedt 2008)*

Utsagnet fra denne pasienten viser at det med sosial isolasjon er et stort problem. En pasient sier at livet ikke har noe innhold lenger.

*"so essentially, my day consist of nothing more than resting and reading a little; no, this isn't living, it's just existing... I just am"*

*(Ek og Ternestedt 2008)*

Ek og Ternestedt (2008) sier også at pasientene synes det er vanskelig å se hvordan familiene lider på deres vegne, og at det samtidig blir vanskelig når både helsepersonell og familien fokuserer på den fysiske og negative biten av sykdommen. Det blir et stort fokus på alt de ikke klarer, og lite på det de mestrer.

*"I have so much to give- I'm great with teenagers, I'm a good grandmother, I'm a good wife, that's what I believe...you understand...no one asks about that".*

*(Ek og Ternestedt 2008)*

Pasientene sier mye om hva som gir dem livslyst. De beskriver kontakt med sine nærmeste og en opplevelse av å være sett og satt pris på som svært viktig. En pasient sa at livslysten kom tilbake når han fikk være ute i naturen, og en annen beskrev fellesskap med sine barn og barnebarn som viktig. Pasienter med KOLS både forventer og ønsker mer av livet enn de negative effektene av sykdommen (Ek og Ternestedt 2008). Pasienter i denne artikkelen forteller også at de har svært stor nytte av gruppeterapi.

*”First of all, it’s a great group, very upbeat and able to talk to each other. We help each other to talk through our anxieties and get help; Hi how are you, how’s it going?”*  
(Ek og Ternestedt 2008)

### **Får pasientene den hjelpen de trenger?**

Tiltross for den potensielle effektiviteten i behandling for mentale lidelser hos pasienter med KOLS er depresjon og angst ofte oversett hos gjeldende behandlingsveiledere, inkludert den nyeste GOLD standarden hvor problemet kun nevnes med en setning (Cully m. fl. 2006). En studie av Kunik m. fl. (2005) viser at kun 31 % av pasienter som hadde angst og depresjon mottok behandling for angst og depresjonssymptomer.

En artikkel av Wagena m. fl. (2005) viste at nivået av plager hos den deprimerte og angstfylte pasienten med KOLS tilsvarer de plagene psykiatriske pasienter med angst og depresjon har som er tilknyttet poliklinikk. Pasienter som har KOLS og som også har angst og depresjon får lavere score på egen oppfattelse av livskvalitet (Cleland, Lee og Hall 2007).

### **4.3 Sykepleierens utfordring i møte med angst og depresjon hos KOLS pasienter.**

To kvalitative studier ser på hvordan sykepleieren opplever å ha ansvar for alvorlig syke pasienter med KOLS når de er innlagt på intensivavdelinger. Sykepleierne har blitt intervjuet og fylt ut spørreskjema om hvordan de mener kvaliteten på pleien har vært overfor disse pasientene (Goodridge m. fl. 2009 og Goodridge m. fl. 2008). Sykepleierne som har deltatt i disse to studiene er tydelige i sine signaler om at de opplever det svært utfordrende å ha ansvar for disse pasientene, og angstproblematikken er fremtredende.

*”Cause we’ve often said, and I felt very strongly, if you could just somehow hypnotize them, they would not be so anxious... There’s such a huge anxiety component to it and they all have it”* (Goodridge m. fl. 2009).

Å håndtere ustabile personer som krevde konstant overvåkning samtidig som en hadde ansvar for en angstfylt pasient med KOLS som krevde mye hjelp, var umulig å håndtere. Pasienten med KOLS tapte som regel kampen om sykepleierens oppmerksomhet og sykepleieren endte opp med skyldfølelse og frustrasjon (Goodridge m. fl. 2009). Den reduserte pleien pasienten fikk kom av tidspress og mangel på gode

sykepleieintervensjoner, ikke av mangel på interesse hos sykepleieren (Goodridge m. fl. 2008).

*”Like if I could ever magically do that, take away their anxiety” ”It would so much improve their lives”*  
(Goodridge m. fl. 2008)

Sykepleierne utrykte frustrasjon over manglende kunnskap om sykdommen hos både pasienter og pårørende. Pasienter og pårørende trodde ofte at pasienten kom til å friskne til etter en periode på Bipap, og forventet hjemreise etter en stund. Når dette ikke var mulig var det problematisk for sykepleierne å få formidlet at sykdommen er dødelig og i stadig forverring (Goodridge m. fl. 2008).

I artikkelen til (Ek og Ternestedt 2008) konkluderes det med at det for sykepleieren er utfordrende å ha omsorg for pasienter med KOLS som også har angst og depresjon. Det er viktig for sykepleierne å ha fokus på hele pasienten sitt liv. Sosiale aktiviteter, familieliv, eksistensiell og psykisk support er sentrale fokusområder, også i avslutningsfasen av livet til pasienten. Det er dessuten stort behov for å utvide palliativ omsorg til også å omfatte denne pasientgruppen og ikke bare pasienter med ulike kreftlidelser. Dette vil gi pasientene en mulighet til å få individuell tilpasset omsorg den siste tiden de lever.

#### **4.4 Bruk av ulike screening verktøy.**

Halvparten av artiklene som er inkludert i studien vår tar opp bruk av screening verktøy for å fange opp de pasientene med KOLS som også har angst og depresjon. Ulike verktøy nevnes, men felles er understrekingen av at dette må tas på alvor for å kunne iverksette tiltak for å hjelpe pasientene (Cully m. fl. 2006, Cleland, Lee og Hall 2007, Hynninen, Pallesen og Nordhus 2007, Quint m. fl. 2008, Gudmundsen m. fl. 2006, Kunik m. fl. 2008, Kunik m. fl. 2005, Gudmundsson m. fl. 2005 og Wagena m. fl. 2005).

Et verktøy som ofte nevnes er HAD skjemaet (Gudmundsen m. fl. 2006, Gudmundsson m. fl. 2005 og Wagena m. fl. 2005). HAD - Hospital Anxiety and Depression scale er et enkelt psykometrisk screeningsinstrument som kan kartlegge både angst og depresjon og som er mye brukt som forskningsinstrument. Skjemaet er et selvrapporteringsskjema som



består av totalt 14 spørsmål, hvorav sju er relatert til angst. Skjemaet egner seg godt til daglig klinisk bruk, både til inneliggende og polikliniske pasienter, og kan følge pasientjournalen (Gudmundsen m. fl. 2006).

Andre verktøy som anbefales i bruk er Beck skjema og SCL-90-R (Wagena m. fl. 2005). Beck skjema finnes i to utgaver BDI – Beck Depression Inventory og BAI – Beck Anxiety Inventory. BDI er et mye brukt selvadministrert skjema for måling av alvorlighetsgrad av depresjon, mens BAI er et tilsvarende skjema for måling av alvorlighetsgrad av en persons angst (Cleland, Lee og Hall 2007). SCL-90-R er en omfattende test for vurdering av psykiske plager og symptomer hos voksne.

EQ-5D<sub>VAS</sub> (EQ-5D visual analogue scale) er et skjema som pasientene selv skal fylle ut. De skal gradere sin egen oppfattelse av egen livskvalitet fra 0 til 20, på ulike områder. Cleland, Lee og Hall (2007) trekker frem at EQ-5D<sub>VAS</sub> har vist seg å være et pålitelig og korrekt mht å måle endringer i pasienter med KOLS sin helse og at det dessuten er så enkelt i bruk at det bør anbefales.

PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) blir anbefalt i en artikkel av Kunik m. fl. (2005). Skjemaet inkluderer et 27-spørsmåls screening-skjema og en oppfølgende utredningssamtale utviklet for å forenkle diagnostisering av vanlige psykiske lidelser i primærhelsetjenesten.

#### **4.5 Sykepleieren kan hjelpe pasienter med KOLS som har angst og depresjon.**

Å få *kontroll på angsten* ser ut til å være en nøkkel for å forbedre pasientens fungering både mentalt og fysisk. Tidlig oppdagelse og behandling kan spille en kritisk rolle mht å forbedre pasientens livskvalitet. Angst spiller en større rolle enn depresjon, men også depresjon er viktig. En av de viktigste sykepleieintervensjonene vil derfor være på et så tidlig tidspunkt som mulig å få avdekket hvorvidt pasienten har angstsymptomer eller symptomer på depresjon (Cully m. fl. 2006 ). Dette understrekes av Quint m. fl. (2008) som presiserer at å forstå depressive symptomer og sette i verk tiltak tidlig er viktig for å øke pasientens livskvalitet og maksimere utfall av sykepleieintervensjoner på alle områder. Dersom man først tar tak i angst og depresjonsproblematikk når man mye lengre med sykepleieintervensjoner som går på andre områder, f. eks sosial interaksjon. I artikkelen

anbefales det at man gjør en psykologisk status før pasienten deltar i rehabiliteringsprogram for best å få utnyttet programmets fordeler.

I artikkelen til Marco m. fl. (2006) vises det til at sykepleiere bør ha spesielt fokus på kvinner i denne prosessen, fordi kvinnelige pasienter med KOLS har høyere forekomst av angst og depresjon enn menn.

Paz-Diaz m. fl. (2007) viser til den gode effekten pasienter har av lungerehabilitering. Rehabiliteringsprogrammene har god effekt på de psykiske problemene pasienten opplever, uavhengig om dyspné symptomene bedres. Det fremheves derfor at angst og dyspné må behandles separat fordi selv om dyspné blir forbedret forblir angsten like ille.

Kognitiv behandling både enkeltvis med behandler og som gruppeterapi har vist seg å gi gode resultater. En artikkel av Kunik m. fl. (2008) undersøkte to grupper hvor den ene fikk kognitiv gruppeterapi og den andre fikk gruppeundervisning om sykdommen KOLS. De fant at begge intervensjonene gav gode resultater og at resultatene var like. (Kunik m. fl. 2008).

DELTA intervensjonen (Elderly with Long-Term Afflictions intervention) er en sykepleieintervensjon som går ut på å gi pasientene kognitiv behandling og mestringsstrategier for å redusere depresjon hos kronisk syke eldre. En artikkel av Jonkers m. fl. (2007) beskriver denne intervensjonen som hensiktsmessig å bruke av sykepleiere fordi den gir gode resultater og blir godt mottatt av både sykepleierne og pasientene. Pasientene fant det spesielt nyttig å få diskutert følelsene sine, sin fysiske helse og sosiale kontakter. De fant det verdifullt å ta metodene de lærte i bruk i livet sitt og de ville anbefale intervensjonene til andre pasienter. Sykepleierne mente også at intervensjonen var svært nyttig.

Både Wagena m. fl. (2005) og Cully m. fl. (2006) påpeker at både medikamentell behandling og kognitive behandlingsmetoder er viktige intervensjoner for å hjelpe pasienter med KOLS som sliter med angst og depresjon.

## **5.0 Diskusjon**

### **5.1 Metodediskusjon**

Fordelen med å bruke en systematisk litteraturstudie for å oppnå studiens hensikt er at forskningen som er publisert i forskningsdatabaser og fagtidsskrift vanligvis er lest og vurdert av fagpersoner før de publiseres og er dermed av god kvalitet. Selv med denne fordelen er det nødvendig med en kritisk holdning til det man leser. Materialet kan være gammelt og er bearbeidet og fortolket av andre (Dalland 2007). Vi opplevde arbeidet med boken ”Evidensbaserad omvårdnad” av Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006) som vanskelig siden den er skrevet på svensk. Det er en mulighet for at vi ikke har forstått innholdet riktig. Det var en av grunnene til at vi ikke ønsket å følge Goodmans syv steg helt slavisk. Dette gjorde at vi fikk en litt mer kaotisk prosess, men det åpnet samtidig for at vi kunne jobbe mer selvstendig hver for oss, noe vi opplevde som en styrke. En annen årsak til at vi ikke ønsket å følge Goodman helt nøyaktig var at vi ønsket å hele tiden ha fokus på retningslinjene fra skolen. Dette mener vi gjorde arbeidet lettere for oss. Vi fulgte en struktur i Goodmans syv steg, men vi var også fri fra den slik at vi kunne være fleksible.

#### ***5.1.1 Datainnsamling***

Vi valgte et tema som vi hadde en forhåpning om at det ville være mye ny forskning om, slik at det ble lett å finne artikler til oppgaven. Med det valget risikerte vi å ikke finne noe nytt siden mye forskning om et tema har større sannsynlighet for å ha kommet med i lærebøkene. Dette stemte for så vidt siden vi fant en god del forskning som samsvarer med pensumlitteraturen vår, men vi fant også forskningsresultater vi ikke hadde hørt om før.

#### ***Inklusjons og eksklusjonskriterier.***

Artikler som var skrevet fra 2005 og frem til i dag ble inkludert. Dette sikret at vi fikk tak i de nyeste forskningsresultatene, men det gjorde også at vi gikk glipp av en masse gode og relevante artikler. Vi så blant annet en mengde artikler fra 2004 som kunne være relevante for vår studie.

Kun artikler skrevet på engelsk, norsk, dansk eller svensk ble inkludert. Dette fordi det er disse språkene vi har mulighet til å forstå direkte. Vi har antakelig med denne ekskluderingen gått glipp av forskning som er gjort i de andre nordiske landene, samt

forskning fra europeiske land som har kulturer som er rimelig lik den norske og dermed muligens har forskningsresultater som kunne være overførbare og aktuelle for vår oppgave. Alle de inkluderte artiklene er engelskspråklige, selv de som er skrevet av norske forfattere.

Vi valgte å kvalitetssikre og analysere artiklene hver for oss. Dette mener vi er en styrke for oppgaven fordi risikoen for å ikke se viktige funn på grunna av oversetting fra engelsk ble mindre.

### ***Databasesøket***

En uke ble disponert til databasesøket. Det var for så vidt nok, men vi opplevde at vi hadde for dårlige kunnskaper i å bruke de ulike databasene og på databasesøk generelt og brukte forholdsmessig mye tid på å sette oss inn i hvordan de ulike databasene fungerte. Hadde vi hatt mer kunnskaper i bunn før vi startet hadde vi nok klart å gjennomføre et bedre databasesøk enn vi gjorde og muligens funnet artikler med høyere grad av relevans.

Databasesøket ble utført hver for oss. Vi fikk da gjennomført et mer kreativt søk mener vi. PIC skjema som var likt ble først benyttet (PIC skjema nr 1, vedlegg 1), men ble enige om å være åpne for nye ideer og forsøke også andre søkeord underveis (PIC skjema nr 2, vedlegg 1). Dette mener vi er en stor styrke i oppgaven, og disse nye søkeordene resulterte i mange artikler. Når søkene var gjennomført kom vi sammen og sammenliknet resultat. Vi valgte å fremstille søkehistorikken som en samlet enhet selv om vi utførte hver våre søk.

MeSH termer ble brukt og dette har fordel i forhold til at søket blir mer fokusert, men det har også begrensninger i at den nyeste forskningen ikke blir med siden det er forsinkelse på indekseringen. Vi kunne ha kombinert søket med fritekstord for å få flere treff. Det var svært ulikt hvor mange treff vi fikk i de ulike databasene. Vi startet søket vårt i SveMed+ og men fant der ingen aktuelle artikler. Her holdt vi oss fremdeles til det første felles PIC skjemaet.

Senere gikk vi over til Ovid – MEDLINE og opplevde å få enormt mange treff. Her hadde vi også blitt tryggere på databasesøk og begynte å eksperimentere med andre søkeord. (PIC skjema 2). Her fikk vi så mange treff at vi ikke gikk videre til andre databaser. Vi gikk heller ikke tilbake til SveMed+ for å forsøke de nye søkeordene. Vi opplever det slik

at om vi hadde hatt mer tid kunne vi ha gjennomført et langt grundigere søk i SveMed+ og gjennomført et tilsvarende søk i NorArt. Vi kunne ha benyttet andre søkeord og brukt mer tid på å finne norske og svenske MeSH termer. I tillegg kunne vi også ha brukt andre databaser som PsycINFO og ProQuest for eksempel. Dette hadde vi ikke tid til, og fordi vi hadde så mange artikler måtte vi på et tidspunkt sette strek og avslutte søket. Her ser vi at vi med fordel kunne gjentatt søket mot slutten av skriveprosessen for å fange opp ny forskning. Det understrekes av at vi fikk anbefalt en helt ny, norsk studie av vår veileder i uke 38, et halvt år etter at vi avsluttet vårt søk. På den annen side ble vi godt kjent i Ovid – MEDLINE så vi fikk utnyttet godt mulighetene i den databasen. Det hadde vi kanskje ikke fått til om vi hadde spredt søket over mange flere databaser.

Vi hentet dessuten ut en mengde reviewartikler under søket i Ovid MEDLINE. Dette med tanke på å bruke artiklene som bakgrunnsmateriale, men også for å gjennomføre manuelle søk i referanselistene. På grunn av at tiden vi har til rådighet er begrenset prioriterte vi ikke dette. Her har vi muligens mistet gode forskningsartikler av nyere dato vi kunne ha benyttet oss av.

### **5.1.2 Kvalitetssikring**

Vi benyttet oss av Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006) sine skjema for kvalitetsbedømming av kvantitativ og kvalitative artikler. Vi hadde problemer med å forstå disse skjemaene i starten, fordi vi hadde dårlig forkunnskap på hva vitenskapelige artikler er og hvordan de skal kvalitetsvurderes og fordi vi synes det er vanskelig å skjønne de svenske begrepene. Her kunne vi med fordel ha bedt om veiledning av lærer. Det er mulig at vi i denne prosessen har gjort enkelte feil, men vi ser likevel på kvalitetsbedømmingen som vellykket. Vi tilegnet oss en del kunnskap underveis og fikk etter hvert et godt grunnlag for å vurdere om artiklene var gode nok.

Et problem vi støtte på handlet om anonymisering av forsker, pleier eller pasient. Nesten ingen av artiklene våre tok opp temaet anonymisering. Det vet vi ikke grunnen til, og vi gav disse artiklene trekk for dette. Artiklene ble likevel vurdert som gode fordi alle andre punkt på sjekklisten var godkjent. Vi vurderte det også slik at anonymisering ble ivarettatt, selv om det ikke ble nevnt spesifikt i teksten fordi ingen deltakere kunne identifiseres gjennom opplysningene i studien. Ingen navn ble nevnt. Det er likevel en mulighet for at

deltakerne selv kan kjenne seg igjen i forskningsartikkelen, siden det i enkelte av dem ble gjengitt sitater og i et par artikler ble navn på sykehus nevnt. Dette behøver ikke være negativt, men også et kvalitetstegn på forskningen som er gjort hvis deltakerne kan kjenne seg igjen i resultatene som presenteres.

Vi leste og kvalitetssikret artiklene hver for oss. Så gikk vi gjennom resultatet og sammenlignet prosentutregningen. Dette gjorde vi fordi det å ha to uavhengige vurderinger av artiklenes kvalitet blir ansett som å styrke kvalitetssikringen av artiklene (Willman m. fl. 2006). Dette ser vi på som en styrke i oppgaven. Artiklene ble i hovedsak likt vurdert, og der vi hadde ulikt resultat kom vi til enighet etter å ha gått gjennom kvalitetsvurderingen av artikkelen igjen sammen.

Ettersom vi har 15 forskningsartikler av høy kvalitet, og 2 av middels kvalitet mener vi at oppgaven er bygget på et sterkt vitenskapelig grunnlag ut i fra kvalitetsbedømmingen vi finner i Britton (2000).

### **5.1.3 Analyse**

Vi valgte å bruke både kvalitative og kvantitative artikler, da vi anser det som en styrke for litteraturstudiet at teamet blir belyst på et bredere grunnlag når vi har begge artikkeltypene med. Vi inkluderte to kvalitative artikler i studien. En som tok for seg pasientens opplevelse og en som omhandlet sykepleierens opplevelse. Disse to artiklene gav oss verdifull innsikt i pasient og sykepleierperspektivet og dette hever kvaliteten på studien etter vår mening. To artikler var både kvantitativ og kvalitativ, mens resten var kvantitative artikler. Vi mener vi har fått et godt grunnlag for å kunne trekke konklusjoner ut fra de artiklene som ble valgt.

Både i kvalitetssikringen av artiklene og i analysen av dem hadde vi problemer i forhold til manglende engelskkunnskaper. Det er ikke umulig at vi kan ha feiltolket meningen i sitater når vi har oversatt innholdet. Vi valgte at begge skulle lese gjennom alle artiklene. På den måten hadde vi et felles grunnlag for å jobbe videre med oppgaven og det økte sannsynligheten for at innholdet ble riktig oversatt. Dette styrker oppgaven mener vi.

Undersøkelsene som artiklene bygger på er gjennomført i Nederland, USA, Canada, Sverige, UK Skottland, Norge, England, Italia, Venezuela og Hellas. I tillegg har vi en

Nordisk studie med. Vi vurderer det slik at alle disse landene har kulturer som er så nær den norske at resultatene er overførbare til norske forhold. Det vi imidlertid ser, er at helsevesenet er ulikt organisert i de ulike landene og spørsmålet om hvor mange pasienter med KOLS som blir diagnostisert med angst og depresjon, og i hvilken grad de får behandling nok antakelig kan variere svært mye fra land til land. Dette ser vi på som en svakhet for studien. Aller helst skulle vi ønsket oss en ny, omfattende studie som ser på denne problematikken i Norge. Først da kan vi konkludere med hvordan norske pasienter med KOLS fanges opp av helsevesenet i Norge mht sin angst og depresjon.

I all hovedsak fant vi sammenfallende resultater i artiklene. Dette ser vi på som en styrke i studiet. Ved ett tilfelle fant vi motstridende resultater. Vi følte at vi fikk gode svar på problemstillingen vi hadde laget og at det gikk greit å systematisere stoffet i kategorier til resultatdelen av oppgaven. Vi valgte å systematisere funnene etter spørsmålene vi hadde i arbeidsspørsmålene våre. Det er mulig at dette ble styrende for arbeidet, men vi mener også at det gav oss en viktig drahjelp i å fokusere oppgaven mot å oppnå hensikten.

I vår analyse av artiklene var vi oppmerksomme på å unngå forvrengning eller favorisering av resultatene. Vi prøvde å være så objektiv som mulig når vi studerte og analyserte datamaterialet, slik at våre holdninger og ønske om funn som støtter vår forforståelse ikke skulle påvirke resultatet. Dette mener vi at vi har lyktes med.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

Det første vi ønsket å se på var omfanget av angst og depresjonsproblematikken hos pasienter med KOLS. Ikke bare statistisk sett, men også hvordan disse tilleggssykdommene påvirker pasienten.

### **5.2.1 Stort omfang**

I Trine Oksholm sitt kapittel i Knutstad (2008) leser vi at opptil 50 % av pasienter med KOLS også har angst og depresjon. I våre praksisperioder har vi ikke opplevd angst og depresjon som et tema i sykepleien til pasienter med KOLS. Heller ikke i undervisningen på skolen har dette vært diskutert som noe viktig tema, men det har vært nevnt. Når vi ser på kapittelet til Trine Oksholm i Sykepleieboken 3 i Knutstad (2008) som omhandler lungesykdommer og KOLS legger vi merke til at denne problematikken har svært

begrenset plass i forhold til alle de somatiske symptomene pasienten med KOLS opplever. Vi bestemte oss derfor for å se nærmere på angst og depresjon hos denne pasientgruppen og arbeidet ut i fra en forforståelse om at mange pasienter med KOLS også lider av angst og depresjon, men at svært mange av disse ikke blir diagnostisert og dermed heller ikke får hjelp.

Funnene fra de vitenskapelige artiklene vi har funnet støtter vår forforståelse. Studien av Kunik m. fl. (2005) viser til at 80 % av pasienter med KOLS også lider av angst, depresjon eller begge deler. Hele 65 % hadde både angst og depresjon. Om vi går ut fra at 200 000 nordmenn lider av angst kan vi da anta at 130 000 personer har angst og depresjon samtidig som de lider av KOLS. Dersom det skulle stemme også i Norge at kun 31 % av de som lider av angst og depresjon får behandling Kunik m. fl. (2005) så vil det si at 89 700 KOLS syke pasienter i Norge i dag lider av angst og depresjon uten å få hjelp. Dette mener vi er m. flarmerende høyt tall. Vi vet ikke om tallene om manglende diagnostisering gjelder i Norge siden vi ikke har funnet tall på hvor mange som blir diagnostisert. Dette mener vi er et viktig fokusområde for sykepleieforskning i tiden fremover.

Det er heldigvis mye som tyder på at det er økende oppmerksomhet på denne problematikken også i Norge.

”Vi må være ærlige nok til å si at vi medisinere har vært mest opptatt av KOLS-pasientenes lungefunksjon, men det er rimelig å tro at angst og depresjon bidrar til sykdommen, sier Bakke” (Dagens Medisin 08-02-2007).

Dette sier Per S. Bakke, professor ved Avdeling for indremedisinsk forskning ved Universitetet i Bergen og assisterende avdelingssjef ved lungeavdelingen på Haukeland Universitetssykehus.

- ”En stor andel av KOLS-pasientene har symptomer på angst og depresjon”, fastslår professor Inger Hilde Nordhus ved avdeling for klinisk psykologi ved Universitetet i Bergen (Dagens Medisin 08-02-2007).

Hynninen, Pallesen og Nordhus (2007), Quint et. al (2008), Marco m. fl. (2006) og Wagena m. fl. (2005) trekker alle frem at pasienter med KOLS rammes av angst og depresjon helt fra første fase av sykdommen, og forekomsten er lik i alle de tre siste gradene av sykdommen. Dette overrasket oss. Vi så for oss at angsten først tok skikkelig tak ettersom pasientens dyspné ble verre. Det gis ingen svar på årsakene til dette i artiklene, men det gir et viktig signal til sykepleiere om å være oppmerksom på



problematikken allerede når de møter pasienter med KOLS i de første fasene av sykdommen og sette i verk sykepleieintervensjoner for å redusere angst og depresjonssymptomene.

### **5.2.2 Sårbare grupper**

Når vi startet gjennomgangen av forskningsartiklene hadde vi ingen formening om at enkelte grupper skulle utmerke seg som mer sårbare for å rammes av angst og depresjon enn andre. Vi ble derfor overrasket når det viste seg at dette er tilfelle.

I fire artikler har vi funnet at kvinner har høyere prevalens for angst og depresjon enn menn. Dette står det ikke noe om i pensumlitteratur eller i noen av de norske fagartiklene vi har lest (Hynninen, Pallesen og Nordhus 2007, Marco m. fl. 2006, Gudmundsen m. fl. 2006 og Moussas m. fl. 2008). En helt ny norsk studie av Borgee, Wahl og Moum som ble publisert i juli i år fant imidlertid heller ikke en slik sammenheng. Vi vet ikke årsaken til disse motstridende resultatene, men siden både studien til Hynninen, Pallesen og Nordhus (2007) og Gudmundsen m. fl (2006) er gjennomført på norske pasienter kan vi utelukke at resultatene ikke stemmer for norske forhold. En kan tenke seg at utvalget var for lite (n= 158) i studien til Borgee, Wahl og Moum (2010), men studien til Hynninen, Pallesen og Nordhus (2007) hadde enda mindre utvalgt og viste sterk sammenheng mellom kvinner og økt forekomst av angst og depresjon. Vi mener at det er viktig at det gjøres grundigere undersøkelser for å finne sammenheng mellom forekomst av angst og depresjon og kjønn, spesielt med tanke på at det er flere kvinner enn menn som rammes av KOLS (Knutstad 2008).

Det viser seg også at yngre pasienter under 60 år er mer sårbare for angst og depresjon enn eldre pasienter. I studien av Cleland, Lee og Hall (2007) spekuleres det på mulige årsaker til dette og de mener at det kan ha å gjøre med at eldre lettere godtar at det ”feiler dem noe” enn yngre personer gjør. Dette funnet støttes av Borgee, Wahl og Moum (2010).

En tredje gruppe som viser seg å være spesielt sårbar er pasienter med KOLS som røyker. Gudmundsen m. fl. (2006) og Borgee, Wahl og Moum (2010) har gjort funn som viser at disse hadde oftere depresjon enn andre pasienter med KOLS. Dette sammenfaller med funn fra Klungsoyr m. fl. (2006) hvor røykere også generelt i befolkningen er mer sårbare

for depresjon enn den øvrige befolkningen. Om pasienter med KOLS som røyker er mer sårbare enn friske som røyker vet vi altså ikke, men vi vet at siden pasienter med KOLS generelt er svært sårbare mht angst og depresjon er disse pasientene i en spesiell risikogruppe.

Vi synes disse funnene er spesielt interessante med tanke på at dette er norske studier. Kan det ha en sammenheng med at røykeloven og en generell negativ holdning til tobakk brer om seg i samfunnet? Vi har selv erfaring med at røykere stigmatiseres ganske kraftig i samfunnet, og siden ”alle” vet at røyking fører til KOLS kan en tenke seg at pasienter med KOLS opplever skyldfølelse og skam over at de har røykt og ikke klarer å slutte.

### ***5.2.3 Alvorlige konsekvenser***

Det er liten tvil om at det å rammes av angst og depresjon har alvorlige følger for pasienten. Dette poenget stresses lite i pensumlitteraturen, men i artikkelen ”KOLS gir angst” påpeker Markussen (2009) at angst kan være en underliggende årsak til symptomer hos pasienter med KOLS. Wagena m. fl. (2005) viste i sin artikkel at nivået av plager hos den deprimerte og angstfulte pasienten med KOLS tilsvarer de plagene psykiatriske pasienter med angst og depresjon har som er tilknyttet psykiatrisk poliklinikk. Dette vil si at pasientene med KOLS har store plager, og når vi vet at pasienter som har KOLS og som også har angst og depresjon får lavere score på egen oppfattelse av livskvalitet (Cleland, Lee og Hall 2007) kan vi kanskje også regne med at behovet for diagnostisering og behandling er stort.

Pasienter med KOLS kan bli fanget av ulike onde sirkler. Nedsatt lungekapasitet fører til isolasjon og isolasjon fører til depresjon ([www.norsk-psykolog-senter.com](http://www.norsk-psykolog-senter.com)) og depresjon fører igjen til mer isolasjon og inaktivitet (Hummelvoll 2004), som i sin tur fører til nedsatt lungefunksjon som vil øke symptomer som dyspné og slimproblematikk som igjen øker faren for nye eksaserbasjoner. (Trine Oksholm i Knutstad 2008). Quint et. al (2008) sier dessuten at eksaserbasjoner i seg selv er en viktig indikator for pasientens prognose. De som har oftere eksaserbasjoner har høyere dødelighet. Markussen (2009) beskriver en slik ond sirkel og sier at pustebesvær er subjektivt og er hovedsymptomet på en mulig akutt forverring av KOLS sykdommen. Samtidig kan pustebesvær være et symptom på angst, eller et reelt anfall av pusteproblemer kan føre til angst eller panikk. Denne sirkelen er

vond å bryte, og kan bli håpløs for pasientene å leve med, fordi de ikke har lært hvordan de skal skille mellom disse to faresignalene. Det kan igjen føre til at pasientene bruker trygghetssøkende strategier, noe som kan resultere i at de isolerer seg. På kort sikt vil pasientene kunne oppleve at det å unngå aktiviteter som krever mer lungefunksjon demper dyspnea-angstsymptomene, og de får mer kontroll. På lang sikt vil derimot symptomene de prøver å få kontroll over kunne ha motsatt virkning, og angsten kan forsterke seg, også i andre situasjoner. Pasientene trenger å lære løsningsorienterte strategier, og de trenger mer kunnskap for å bli bevisste på hvordan angsten kan styre livene deres, og hvordan de selv kan ta tilbake kontrollen på en hensiktsmessig måte sier Markussen (2009). Hun sier videre at ”*Vi kan sette angst på dagsorden ved hjelp av enkle samtaleteknikker. Pasientene trenger å lære løsningsorienterte strategier, de trenger mer kunnskap for å ta tilbake kontrollen på en hensiktsmessig måte*”. Hun peker på at det er en viktig sykepleieoppgave å sørge for at det blir innhentet informasjon om pasientens angst og depresjonssymptomer og å adressere disse overfor pasienten, og pasientens lege.

Pasientene i studien til Ek og Ternestedt (2008) forteller sterkt om hvordan sykdommen KOLS har påvirket livet og hvordan de fysiske begrensningene fører til isolasjon og ensomhet. Vi synes de bruker kraftige uttrykk når de beskriver den psykiske smerten de opplever og en er veldig konkret når han forteller at;

*“Some of it is the medical aspect (taking medicine, etc), but that’s the smallest part... the big problem is the social aspect... but no one takes that into account.. the healthcare staff never ask about this... but it’s the social aspect that’s important.” (Ek og Ternestedt 2008).*

En annen pasient forteller at helsepersonell kun fokuserer på problemene og ikke hennes ressurser (Ek og Ternestedt 2008). Dette er et viktig signal om at sykepleiere må ta angst og depresjonsproblematikken alvorlig i møte med pasienten og at en i møte med pasienter som har KOLS må ha en helhetlig tilnærming i sykepleien. Gjør vi pasienten urett når vi fokuserer så lite på de psykiske plagene de opplever? Vi opplever at pensumlitteraturen ikke har dette fokuset i tilstrekkelig grad, og vi legger merke til at det i artikkelen til Markussen (2008) er fokusert på å bekjempe angst for å lette de fysiske symptomene selv om hun nevner at det også vil heve livskvaliteten. Å bekjempe angst og depresjon med den hensikt å unngå fysisk forverring mener vi er et for snevert fokus. Å redusere angst og

depresjon er verdifullt i seg selv fordi det å ha angst og depresjon er smertefullt for pasienten (Hummelvoll 2004). Ek og Ternestedt (2008) understreker hvor viktig dette er i sin artikkel hvor de sier at det er viktig for sykepleierne å ha fokus på hele pasienten sitt liv innbefattet sosiale aktiviteter, familieliv, eksistensiell og psykisk support. Det fremheves dessuten et stort behov for å utvide palliativ omsorg til også å omfatte pasienter med KOLS, ikke bare pasienter med ulike kreftlidelser. Dette vil gi pasientene en mulighet til å få individuell tilpasset omsorg den siste tiden de lever (Ek og Ternestedt 2008).

#### **5.2.4 Tidlig screening for angst og depresjon?**

På grunn av de negative konsekvensene angst og depresjon har for pasienter med KOLS mener vi det er åpenbart at det bør settes i verk tiltak for å hindre utvikling av disse sykdommene hos denne pasientgruppen, helst så tidlig som mulig. Vi ønsket i oppgaven å kartlegge ny forskning som beskriver hvordan sykepleieren kan bidra til å oppdage angst og depresjon hos pasienter som lider av KOLS. Dette fordi vi ikke har funnet teori som kan besvare dette spørsmålet. Det var derfor overraskende for oss at 8 av 17 artikler anbefaler rutinemessig screening av *alle* pasienter som får diagnosen KOLS (Cully m. fl. 2006, Cleland, Lee og Hall 2007, Hynninen, Pallesen og Nordhus 2007, Quint m. fl. 2008, Gudmundsen m. fl. 2006, Kunik m. fl. 2008, Kunik m. fl. 2005, Gudmundsson m. fl. 2005 og Wagena m. fl. 2005).

Markussen (2009) er også opptatt av dette og for å fange opp symptomer anbefaler hun bruk av verktøy som HAD – Hospital Anxiety and Depression scale, som er et enkelt psykometrisk screeningsinstrument som kan kartlegge både angst og depresjon (Markussen 2009). Dette verktøyet nevnes også i flere artikler (Gudmundsen m. fl. 2006, Gudmundsson m. fl. 2005 og Wagena m. fl. 2005). Gudmundsen m. fl (2006) sier at skjemaet egner seg godt til daglig klinisk bruk, både til inneliggende og polikliniske pasienter, og kan følge pasientjournalen.

Vi fant referanser til mange ulike skjema og verktøy, for eksempel Beck skjema og SCL-90-R (Wagena m. fl. 2005). Vi har ingen personlig erfaring med noen av disse verktøyene og vi finner ingen referanser til dem i pensumlitteraturen. Vi skulle gjerne ha sett at det ble gjennomført forskningsprosjekter på hvilke verktøy som er mest hensiktsmessig i norsk helsevesen. Siden sykepleieren møter pasienten med KOLS i mange ulike sammenhenger og i alle stadier av sykdommen er det viktig å utarbeide et verktøy som kan brukes for å

oppdage angst og depresjon, som er enkelt å bruke samtidig som det ikke tar mye tid å bruke. Sykepleieren i hjemmesykepleien må kunne ha like stor nytte av verktøyet og mulighet til å bruke det som sykepleieren på poliklinikken eller på intensivavdelingen.

Cully m. fl. (2006) sier at en av de viktigste sykepleieintervensjonene overfor pasienter med KOLS vil derfor være å få avdekket hvorvidt pasienten har angstsymptomer eller symptomer på depresjon på et så tidlig tidspunkt som mulig. Bruken av disse skjemaene bør derfor naturlig inngå i sykepleiere sin oppfølging av pasienter som har KOLS uansett om sykepleieren møter pasienten på lungepoliklinikken, på sykehuset, på sykehjemmet eller i hjemmesykepleien. Vi vet ikke om det utføres rutinemessig screening av KOLS pasienter mht angst og depresjon noe sted i Norge i dag. Vi har ikke funnet litteratur som bekrefter dette. Vi mener det er et viktig fokusområde fremover å få innført dette i oppfølging av pasienter med KOLS.

### ***5.2.5 Sykepleieintervensjoner***

I vår pensumlitteratur finner vi kun teori om generell sykepleie til pasienter som lider av angst og depresjon, ingen god beskrivelse av hvordan man kan gå frem i møtet med angst og depresjon hos denne spesielle pasientgruppen. Det beskrives at man må formidle realistisk håp til pasienten og at man for å oppnå dette behøver å bruke mye tid hos pasienten (Oksholm 2008). Hummelvoll (2004) beskriver hvordan en best kan ivareta pasienter med angst og depresjon ved å gi nærhet og omsorg og ved å trene opp pasienten i ulike mestringsteknikker samt gi undervisning. Tid er et viktig aspekt også her.

Vår erfaring på somatiske avdelinger er at det ikke er mulighet for å sette av tilstrekkelig tid til slike intervensjoner. Pasienter som er plaget med angst og depresjon behøver langt mer omfattende oppfølging enn de kan få på travle sengeposter. I artiklene til Goodridge m. fl. (2009) og Goodridge m. fl. (2008) beskrives dette dilemmaet. Sykepleierne opplever det som en uløselig konflikt å måtte håndtere fysisk ustabile pasienter samtidig som de har ansvar for pasienter med KOLS som har angst. Etter praksisperioden i psykiatri har det blitt enda mer klart for oss hvor stor denne konflikten er. Å oppleve en psykiatrisk avdeling fra innsiden og se hvordan sykepleien tilrettelegges for å hjelpe pasienter som er plaget av angst og depresjon var lærerikt, og betenkelig. Betenkelig i den forstand at vår erfaring er at gapet mellom hvor mye ressurser som finnes til å møte slike

problemstillinger i psykiatriske avdelinger kontra somatiske avdelinger er veldig stort. Å gi god sykepleie til en pasient som har angst tar *tid*. Tid sykepleiere på somatiske sengeposter ikke har slik situasjonen er i dag. Her har vi som sykepleiere og våre ledere i praksis en stor utfordring. Den nye kunnskapen om hvor alvorlige konsekvenser manglende håndtering av angst og depresjon har både for pasienter og sykepleiere må få konsekvenser for bemanningen på avdelinger som har ansvar for disse pasientene. En sykepleier på en intensivavdeling sier at angst hos pasienten er en svært stor plage for pasienten og at *alle* pasienter med KOLS har det. Hun formidler sin følelse av å ikke lykkes ved å si at hun skulle ønske hun kunne hypnotisere bort angsten (Goodridge m. fl. 2008). Dette syns vi er alvorlige signaler.

Vi mener at denne pasientgruppen bør få langt bedre oppfølging enn de får i dag, og det er i tråd med det Ek og Ternestedt (2008) sier i sin artikkel om at det er stort behov for å utvide palliativ omsorg til også å omfatte pasienter med KOLS slik at de kan få individuell tilpasset omsorg den siste tiden de lever.

I en slik virkelighet som vi ser i dag med lite ressurser på somatiske sengeposter blir behovet for tidlig intervensjon enda viktigere mener vi. Vi tror at dersom pasienten på et tidlig tidspunkt får opplæring og trening i mestring av angst og depresjon kan en potensielt unngå mye lidelser for pasienten når han blir innlagt på sykehus. Dette støttes av Cully m. fl. (2006) som sier at å få kontroll på angsten ser ut til å være en nøkkel for å forbedre pasientens fungering både mentalt og fysisk og at tidlig oppdagelse og behandling kan spille en kritisk rolle mht å forbedre pasientens livskvalitet.

Artiklene vi har funnet trekker frem kognitiv adferdsterapi som en god metode for å behandle angst og depresjon (Kunik m. fl. 2008, Wagena m. fl. 2005, Marco m. fl. 2006, Paz-Diaz m. fl. 2007, Cleland, Lee og Hall 2007 og Cully m. fl. 2006). Denne behandlingsmetoden blir også utprøvd på pasienter som har KOLS i Norge. Universitetet i Bergen slutføres nå en studie hvor kognitiv adferdsterapi har blitt benyttet på denne pasientgruppen for å redusere angst og depresjon (Dagens Medisin 08-02-2007).

Undervisning om sykdommen KOLS er også en metode som fremheves som effektivt mht behandling av angst og depresjon. Kunik m. fl. (2008). Dette er interessant med tanke på at det ikke er angst og depresjon det undervises om, men sykdommen KOLS. I denne

artikkelen oppnådde de like gode resultater med KOLS-undervisning som med å bruke kognitiv adferdsterapi. Vi tenker oss at det handler om mestring, noe Cully m. fl. (2006) også sier i sin artikkel hvor det trekkes frem at det å få *kontroll på angsten* er en viktig nøkkel for å forbedre pasientens fungering både mentalt og fysisk.

Det er viktig å kartlegge pasientens kunnskap om sykdommen og om egne tiltak ved økning av symptomer og at både pasienter og pårørende har nytte av en handlingsplan som beskriver hva de skal gjøre ved akutt forverring (Oksholm 2008). Dette står i kontrast til de erfaringer vi leser om i en artikkel av Goodridge m.fl. (2008) hvor sykepleierne uttrykte frustrasjon over manglende kunnskap om sykdommen hos både pasienter og pårørende. Det ser altså ut til at det er behov for økt fokus på dette hos sykepleierne i praksis. I våre praksisperioder har vi ikke hørt om at noen pasienter med KOLS har en sånn handlingsplan, og vi har heller aldri sett at det har vært satt av tid til å undervise pasienten om sykdommen sin. Vi mener at undervisning om sykdommen må gis til pasienter og pårørende på et langt tidligere tidspunkt enn ved en sykehusinnleggelse. Grundig gjentakende informasjon bør gis pasienten allerede ved diagnostisering av sykdommen, og det bør følges opp hele sykdomsforløpet med tilpasset undervisning etter hvor pasienten er i sitt sykdomsforløp.

Vi mener at vi har funnet viktig ny kunnskap i arbeidet med denne oppgaven. Kunnskap som alle sykepleiere som møter pasienter med KOLS burde ha. Vi mener at denne kunnskapen er så viktig at den bør tas med i pensumlitteratur som skal skrives for sykepleieutdanningene fremover og formidles til sykepleiere ute i praksisfeltet. Vi ser også gjerne at kunnskapen om hvor effektivt kognitiv adferdsterapi og undervisningsopplegg for pasienter med KOLS er blir kjent slik at sykepleiere som har med denne pasientgruppen å gjøre kan inspireres til å iverksette slike tiltak. Sykepleiestudenter bør trenes i å gjennomføre undervisningsopplegg for pasienter og undervises i hvor viktig dette er for denne pasientgruppen. Sykepleiestudenter bør også med fordel få undervisning i hva kognitiv adferdsterapi er og tilbys kursing i dette. I vårt sykepleiestudie har det ikke vært fokusert på denne behandlingsformen.

## 6.0 Konklusjon

Det finnes ikke noe sikkert antall personer med KOLS i Norge, men det antas at ca 200 000 voksne har denne lidelsen og at ca 20 000 voksne får KOLS hvert år. Våre funn fra studiene viser at om lag halvparten av pasienter som har sykdommen KOLS også rammes av angst og depresjon. Dette har alvorlige følger for pasienten både fysisk og psykisk. De fysiske og psykiske symptomene påvirker hverandre og pasienten fanges ofte i en ond sirkel av dyspné, angst, isolasjon og depresjon. De blir oftere innlagt på sykehus med eksaserbasjoner og har raskere sykdomsutvikling.

Vi har funnet at pasientene rammes av angst og depresjon helt fra først fase av sykdommen og at forekomsten er lik for alle de fire stadiene. Videre fant vi at kvinnelige, yngre og pasienter som fremdeles røyker er langt mer sårbare for å rammes av angst og depresjon enn pasientgruppen for øvrig. Dette er ny kunnskap som ikke finnes i lærebøkene enda og er derfor viktig å få formidlet til sykepleiere i praksis.

I studien kom det også frem at depresjon og angst ofte blir oversett hos helsepersonell. Det er skrevet lite angående angst og depresjon i de ulike veilederne som er utgitt om KOLS og det gis ingen anbefalinger om hvordan en best bør håndtere dette problemet.

For at pasientene skal få den hjelpen de trenger for å bekjempe sin angst og depresjon er det nødvendig at dette tas på alvor, at sykepleiere får de ressurser og hjelpemiddel som er nødvendige for å fange opp og redusere angst og depresjon hos pasienter med KOLS. Resultatene i studien viser at det er mange ulike screeningverktøy som kan benyttes i å avdekke denne problematikken og flere sykepleieintervensjoner som kan iverksette som viser seg å ha god effekt.

Vi anbefaler videre forskning på angst og depresjonsproblematikk hos denne pasientgruppen. Spesielt hadde det vært interessant med norske studier på forekomst av angst og depresjon og nye tall på hvor mange som får behandling. Vi imøteser resultatene fra studien som pågår i Bergen som omhandler kognitiv adferdsterapi på pasienter med KOLS som har angst og depresjon. Forhåpentlig har den positive resultater og dermed kunne være med på å sette en ny standard for behandling av pasienter som lider av KOLS.



## Litteraturliste

- Britton, Mona. 2000. *Evidensgradering*. SBU Kunskapscentrum för helsa- och sjukvården. Utdrag ur Lakartidningen. 97:4414-15.
- Dalland Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4 utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Den norske lægeforenings Strategigruppe for KOLS. 2002. *Veiledning, behandling og forebygging av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)*. Oslo: Norsk lægeforening
- Førde, Reidun. 2009. Helsinkideklarasjonen. *FORSNINGSETISK BIBLIOTEK*, 11. 02. 2009 [http://etikkom.no/no/FBIB/Praktisk/Lover-og\\_retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/](http://etikkom.no/no/FBIB/Praktisk/Lover-og_retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/) (Lest 18.oktober 2010).
- Hanger, Mari Rian. 2007. Angst følger KOLS. *Dagens medisin*, 08. 02. 2007 <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2007/02/08/angst-flger-kols/indekk.xml> (Lest 14.10.2010).
- Helse og omsorgsdepartementet. 2006. *Nasjonal strategi for KOLS området 2006-2011*
- Holst, Inger Johanne. 2007. *Sykepleieboken 1, grunnleggende sykepleie*. Kapittel 9, s 177-199. Red; Mekki, Tone Elin. 3 utg. Oslo. Akribe AS
- Hummelvoll, Jan Kåre. 2008. *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie*. 6 utg. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Klungsoyr O., Nygard J.F., Sorensen T. & Sandanger I. 2006. Cigarette smoking and incidence of first depressive episode: an 11-year, population-based follow-up study 1. *American Journal of Epidemiology* 163, 421-432.
- Markussen, Kristin. 2009. Kols gir angst. *Sykepleien* 2009 97(09):70-71
- Nibe, Kristian Skaksrud. 2010. *Depresjon – klinisk bilde. Hvordan livet er som deprimert*. <http://www.norsk-psykolog-senter.com/depresjonkliniskbilde.html>. (21.10.2010)
- Nortvedt W. Monica, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinart. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert*. Norsk sykepleier forbund.
- Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/> (15.08.2010)
- Oksholm, Trine 2008. *Sykepleieboken 3, klinisk sykepleie*. Kap 5 s 191 – 239. Red: Knutstad Unni. 2008. Oslo. Akribe AS
- Willman Aina, Peter Stolz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbasert Omvårdnad- en bro mellom forskning og klinisk virksomhet*. Forfatterna og Studentlitteratur.
- World Health Organization. 2010. *Tema: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*, <http://www.who.int/respiratory/copd/en/> (Lest 19.10.2010)

## Artikler:

- Borgee m. fl. 2005. Associations of breathlessness with multiple symptoms in chronic obstructive pulmonary disease *Journal of advanced nursing*.
- Cleland m. fl. 2007. Associations of depression and anxiety with gender, age, health-related quality of life and symptoms in primary care COPD patients. *Family practice advance access* 24;217-223 Tilgjengelig fra : Ovid, Medline.
- Cully m. fl. 2006. Quality of life in Patients With Obstructive Pulmonary Disease and Comorbid Anxiety and Depression. *Psychosomatics* 47;312-319 Tilgjengelig fra : Ovid, Medline.
- Diaz m. fl. 2007. Pulmonary Rehabilitation Improves Depression, Anxiety Dyspnea and Health Status in patients with COPD. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation* 86;30-36 Tilgjengelig fra : Ovid, Medline.
- Ek, Kristina og Britt Marie Ternestedt. 2008. Living with chronic obstructive pulmonary disease at the end of life: a phenomenological study. *Journal of advanced nursing* 62 (4), 470-478 Tilgjengelig fra : Ovid, Medline.
- Goodridge m. fl. 2009. Exploring the quality of dying of patients with chronic obstructive pulmonary disease in the intensive care unit: a mixed methods study. *Nursing in critical care*. Tilgjengelig fra : Ovid, Medline.
- Goodridge m. fl. 2008. Caring for critically ill patients with advanced COPD at the end of life: a qualitative study. *Intensive and critical care nursing*.24;162-170 Tilgjengelig fra : Ovid, Medline.
- Goodridge m. fl. 2005. Are patients with COPD psychologically distressed? *European respiratory journal* 26: 242-248.
- Gudmundsen m. fl. 2006. Depression, anxiety and health status after hospitalization for COPD: A multicentre study in the Nordic countries. *Respiratory Medicine* 100;87-93 Tilgjengelig fra : Ovid, Medline.
- Hynninen m. fl. 2007. Factors affecting health status in COPD patients with co-morbid anxiety and depression. *International journal of COPD* 2(3)323-328 Tilgjengelig fra : Ovid, Medline.
- Jonkers m. fl. 2007. Process evaluation of a minimal psychological intervention to reduce depression in chronically ill elderly persons. *Patient Education and Counselling* 68 8 2007) 252-257. Tilgjengelig fra : Ovid, Medline.
- Kunik m. fl. 2007. COPD education and cognitive behavioural therapy group treatment for clinically significant symptoms of depression and anxiety in COPD patients: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*..
- Kunik m. fl. 2005. Surprisingly High Prevalence of Anxiety and Depression on Chronic Breathing Disorders *Chest* 127; 1205-1211.

- Marco m. fl. 2006. Anxiety and depression in COPD patients: the roles of gender and disease severity. *Respiratory Medicine* 100;1767-1774 Tilgjengelig fra : Ovid, Medline.
- Moussas m. fl. 2008. A comparative study of anxiety and depression in patients with bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease. *Annals of general psychiatry* 7;7.
- Quint m. fl. 2008. Relationship between depression and exacerbations in COPD. *European respiratory journal* 32;53-60 Tilgjengelig fra : Ovid, Medline.
- Wagena m. fl. 2005. Risk factors for rehospitalisation in COPD: role of health status, anxiety and depression. *European respiratory journal* 26;414-419.

## Vedlegg 1

PIC skjema 1 – Brukt i SveMed+

Søkeord	Database	P	I	C
Skandinaviske søkeord	SveMed+ NorArt	KOL? KOLS Kronisk obstruktiv lungesykdom	Sykeple?	Angst Depres? Dyspnea

PIC skjema 2 – Brukt i Ovid - MEDLINE

Søkeord	Database	P	I	C
MeSH termer	Ovid, MEDLINE	COPD/ Cronic obstructive pulmonary disease	Nurs\$	Anxiety Depres\$ Dyspnea Fatigue Cognitive Behavioural therapy Quality of life

## Vedlegg 2 - Oversiktstabell over kvalitetssikrede tabeller:

Nr	Tittel	Hensikt:	Metode	Deltakere/fracfall	Hovedfunn	Kvalitet	
1	<p><b>Forfattere:</b> Jonkers m. fl. <b>År:</b> 2007 <b>Land:</b> Nederland <b>Tidsskrift:</b> Patient education and counselling</p>	Process evaluation of a minimal psychological intervention to reduce depression in chronically ill elderly persons.	Å finne ut om DELTA intervensjonen ble godt mottatt og implementert av sykepleiere og pasienter, samt kartlegge hvilke problemer som evt. oppsto. Samt finne ut om sykepleierne og pasientene var fornøyd med intervensjonen.	Kvalitative og kvantitative data ble innsamlet fra deltakerne via spørreskjema og sjekklister av pasienter og intervju med sykepleierne.	183 pasienter i testgruppen, 178 i kontrollgruppen. Frafall fra testgruppen var 47 pasienter (25,7 %) 4 sykepleiere deltok i undersøkelsen	DELTA intervensjonen som har som mål å redusere depresjon hos kronisk syke eldre ble godt implementert både av sykepleierne og pasientene. Ved å bruke intervensjonen i standard pleie kan man tidlig oppfange depressive symptomer og sette i verk tiltak.	God *
2	<p><b>Forfattere:</b> Goodridge m. fl. <b>År:</b> 2009 <b>Land:</b> USA <b>Tidsskrift:</b> Nursing in critical care</p>	Exploring the quality of dying of patients with chronic obstructive pulmonary disease in the intensive care unit: a mixed methods study	Å studere sykepleiere i Intensivavdelingens perspektiver på kvaliteten på døden for pasienter med KOLS som dør på Intensivavdelinger, samt sammenligne denne kvaliteten med hvordan sykepleierne oppfatter kvaliteten på døden hos andre pasientgrupper som dør på Intensivavdelingen.	Kvantitativ og kvalitativ studie. Data ble innsamlet fra sykepleiere om 103 pasienter som døde på intensivavdelingen. Data om 34 pasienter med KOLS ble sammenlignet med data om 69 pasienter som døde av andre årsaker	103 pasienter, hvorav 34 hadde KOLS.	De pasientene som døde av KOLS hadde betydelig lavere score på dyspné og angst enn de andre pasientene. Å ha fokus på å håndtere dyspné og angst er derfor viktige for sykepleien til pasienter med KOLS innlagt på intensivavdelinger	God *
3	<p><b>Forfattere:</b> Goodridge m. fl. <b>År:</b> 2008 <b>Land:</b> USA <b>Tidsskrift:</b> Intensive and critical care nursing</p>	Caring for critically ill patients with advanced COPD at the end of life: a qualitative study	Utforske intensivsykepleieres tanker om hvilke utfordringer som ligger i å gi sykepleie til døende pasienter med KOLS som dør på intensivavdelinger.	Kvalitativ studie som bruker intervju for å kartlegge erfaringer fra sykepleiere som har ansvar for alvorlig syke pasienter med KOLS	17 sykepleiere	Dyspné og angst er symptomer som sykepleierne følte seg nesten overveldet og hjelpeløse i forhold til når de hadde ansvar for alvorlig syke pasienter med KOLS. De følte også enorm frustrasjon over å ikke ha nok ressurser til å hjelpe disse pasientene tilstrekkelig.	God *

4	<b>Forfattere:</b> Kristina Ek & Britt Marie Ternestedt <b>År:</b> 2008 <b>Land:</b> Sverige <b>Tidsskrift:</b> Journal of advanced nursing	Living with chronic obstructive pulmonary disease at the end of life: a phenomenological study	Å beskrive hvordan den døende pasienter med KOLS opplever å leve med alvorlig KOLS i den palliative fasen av sykdommen.	Kvalitative intervju av pasienter med KOLS	8 pasienter med KOLS	Pasientene opplevde store utfordringer i sitt daglige liv og slet med følelse av tap, meningsløshet og isolasjon. De beskrev også at livet kunne fylles med mening hvis de fikk være deltakende i familieliv og sosiale aktiviteter.	God *
5	<b>Forfattere:</b> Cully m. fl. <b>År:</b> 2006 <b>Land:</b> USA <b>Tidsskrift:</b> Psychosomatics	Quality of Life in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Comorbid Anxiety and Depression	Å avgjøre hvilken betydning behandlingstrengende depresjon og angst har på pasienter med KOLS sin livskvalitet.	Kvantitativ metode hvor deltakerne fylte ut spørreskjema. Spirometri ble brukt for å måle lungefunksjon.	179 veteraner fra det amerikanske forsvaret. 170 av dem var menn.	Når pasienter med KOLS også har angst og depresjon er disse symptomene det som har mest negativ betydning for livskvaliteten hos disse pasientene.	God *
6	<b>Forfattere:</b> Cleland m. fl. <b>År:</b> 2007 <b>Land:</b> Skottland <b>Tidsskrift:</b> Family practice advance access	Associations of depression and anxiety with gender, age, health-related quality of life and symptoms in primary care COPD patients.	Å vise sammenhenger mellom angst og depresjon og egenvurdert livskvalitet og kliniske symptomer hos pasienter med KOLS i UK.	Kvantitativ tverrsnittstudie basert på ulike spørreskjema	170 pasienter (57% av dem som ble invitert )	Peker på at angst og depresjon oppstår tidlig hos pasienter med KOLS. Viktig med tidlig intervensjon.	God *
7	<b>Forfattere:</b> Hynninen m. fl. <b>År:</b> 2007 <b>Land:</b> Norge <b>Tidsskrift:</b> International journal of COPD	Factors affecting health status in COPD patients with co-morbid anxiety and depression	Undersøke faktorer som har sammenheng med helsestatus hos en gruppe polikliniske pasienter med KOLS, i alle stadier av sykdommen, og hvor disse pasientene allerede har symptomer på angst og depresjon.	En kvantitativ tverrsnittstudie basert på ulike spørreskjema. Spirometri ble brukt for å måle lungefunksjon.	58 pasienter, rekruttert fra en større RCT studie	Kvinner rammes oftere av angst, og angst oppstår i alle fire faser av sykdommen. Påpeker viktigheten av tidlig screening for å finne de pasientene som trenger behandling.	Mid dels *

8	<b>Forfattere:</b> Quint m. fl. <b>År:</b> 2008 <b>Land:</b> England <b>Tidsskrift:</b> European respiratory journal	Relationship between depression and exacerbations in COPD	Vurdere om depresjon er relatert til forverrings frekvens, systematisk innflamasjon og forskjellige sosiale faktorer. Assosiasjoner av en hver økning I depressive symptom ved en forverring ble også undersøkt.	Kvantitativ studie basert på ulike spørreskjema.  (SGRQ) CES-D	169 pasienter 1 year period (May, 2006 to May, 2007) M: 95 K: 74	Den første studien til å vise en sammenheng mellom depresjon og forverrings- frekvens hos pasienter med KOLS. Pasienter med hyppige for-verringer er mer deprimert enn de med færre for- verringer.	God *
9	<b>Forfattere:</b> Diaz m. fl. <b>År:</b> 2007 <b>Land:</b> Venezuela <b>Tidsskrift:</b> American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation	Pulmonary Rehabilitation Improves Depression, Anxiety, Dyspnea and Health Status in patients with COPD	Å fastslå effekten av et 8 ukers program med omfattende depresjon, angst, dyspne og helse relatert livskvalitet hos pasienter.	Kvantitativ	24 pasienter med alvorlig KOLS	Denne studien viser at hos pasienter med alvorlig KOLS setter lungerehabilitering I gang viktige endringer på depresjon og angst, uavhengig av endringer i dyspne og livskvalitet.	God *
10	<b>Forfattere:</b> Marco m. fl. <b>År:</b> 2006 <b>Land:</b> Italia <b>Tidsskrift:</b> Respiratory Medicine	Anxiety and depression in COPD patients: the roles of gender and disease severity	Målet med studien var å kartlegge omfanget av angst og depresjon blant pasienter med alvorlig KOLS I undergrupper klassifisert etter kjønn og alvorlighetsgrad.	Kvantitativ studie basert på ulike spørreskjemaer.	202 pasienter M: 155 K: 47	Angst og depressive symptomer er vanlig hos selv ved mild grad av KOLS Kvinner er mer utsatt for korrelasjon av angst og depresjon og andre symptomer som f eks dyspne enn menn. De psykologiske aspektet må vurderes nøye hos disse pasientene, spesielt hos kvinner.	God *
11	<b>Forfattere:</b> Gudmundsen m. fl. <b>År:</b> 2006 <b>Land:</b>	Depression, anxiety and health status after hospitalisation for COPD: A multicentre study in the Nordic countries	Analysere sammenhengen mellom helsetilstand, angst, depresjon og fysisk tilstand hos pasienter med KOLS etter utskrivelse fra sykehus.	Kvantitativ studie basert på spørreskjema (SGRQ).	416 pasienter fra fem av de nordiske byene. M: 205 K: 211	Studien viste at angst og depresjon er vanlig hos pasienter med KOLS, og at kvinner har mer angst enn menn, videre at pasienter med psykiske lidelser har dårlig	Mid dels *

	Norden <b>Tidsskrift:</b> Respiratory Medicine					helsestatus. Kartlegging av depresjon og angst kan hjelpe å identifisere pasienter med dårlig livskvalitet og at der er ett akutt behov for tiltak for å forbedre helse tilstanden.	
12	<b>Forfattere:</b> Kunik m. fl. <b>År:</b> 2007 <b>Land:</b> USA <b>Tidsskrift:</b> Psychological Medicine	COPD education and cognitive behavioural therapy group treatment for clinically significant symptoms of depression and anxiety in COPD patients: a randomized controlled trial	Studien sammenligner CBT gruppe terapi for pasienter med KOLS som har angst og depresjon mot KOLS utdanning for pasienter med moderat til alvorlig angst og eller depressive symptom.	Kvantitativ RCT studie fra 11 July 2002 til 30 April 2005.	238 tilfeldig utvalgte pasienter med KOLS 118 I CBT gruppen og 120 pasienter I KOLS utdannings gruppen. M:229 K: 9	Begge behandlinger føret til markant forbedring av livakvalitet, angst og depresjon for pasientene over 8 uker.	God *
13	<b>Forfattere:</b> Kunik m. fl. <b>År:</b> 2005 <b>Land:</b> USA <b>Tidsskrift:</b> Chest	Surprisingly High Prevalence of Anxiety and Depression on Chronic Breathing Disorders	Å kartlegge omfanget, screening og anerkjennelse av depresjon og angst hos pasienter med dyspne, inkludert KOLS.	Kvantitativ studie basert på telefon spørreundersøkelse.	1334 pasienter M: 1243 K: 91	Det er problematisk at bare 31 % av pasienter med KOLS som har angst eller depresjon blir behandlet, spesielt I lys av deres prevalens I denne populasjonen. Praktiske screenings instrumenter kan bidra til å øke anerkjennelsen av angst og depresjon hos medisinske pasienter, som I denne studien der PRIME-ED instrumentet ble benyttet.	God *
14	<b>Forfattere:</b> Moussas m. fl. <b>År:</b> 2008 <b>Land:</b> Hellas <b>Tidsskrift:</b>	A comparative study of anxiety and depression in patients with bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease	Å vurdere angst og depresjon hos pasienter innlagt på sykehus for lungesykdom på en lungeavdeling.	Kvantitativ	132 pasienter M: 78 K: 54	Undersøkelsen viser at kvinner har høyere angst og depresjon skår enn menn, Depresjon hadde korelasjon med angst, alder og tidspunkt for diagnosen.	God *



	Annals of general psychiatry						
15	<b>Forfattere:</b> Wagena m. fl. <b>År:</b> 2005 <b>Land:</b> Norden <b>Tidsskrift:</b> European respiratory journal	Risk factors for rehospitalisation in COPD: role of health status, anxiety and depression	Målet med studien var å analysere risikoen for rehospitalisering for pasienter med KOLS og tilknyttede risikofaktorer.	Kvantitativ studie basert på (SGRQ) undersøkelse.	416 pasienter, oppfølging av 406 der 57 pasienter døde	Risikoen for reinnleggelse er økt hos pasienter med angst og hos pasienter med lav helsetilstand. Hos pasienter med lav helsetilstand, er angst en viktig risikofaktor for reinnleggelse. Dette kan være viktig for pasientbehandlingen og her er det behov for videre forskning.	God *
16	<b>Forfattere:</b> Goodridge m. fl. <b>År:</b> 2005 <b>Land:</b> Nederland <b>Tidsskrift:</b> European respiratory journal	Are patients with COPD psychologically distressed?	Studien ble designet for å vurdere nivået av psykologiske plager i en forskjellig sammensatt gruppe av pasienter med KOLS, og sammenligne dem med den generelle befolkningen og med polikliniske psykiske pasienter.	Kvantitativ studie der pasientene var diagnostisert etter GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) standard.	118 pasienter med KOLS og 500 tilfeldig valgte pasienter av den generelle befolkningen og 500 psykiatriske polikliniske pasienter deltok i denne studien.	Gruppen av pasienter med KOLS erfarte betydelige større grad av psykologiske plager enn den generelle befolkningen, men mindre grad enn den polikliniske psykiatriske pasientgruppen. Pasientene opplevde psykiske plager uavhengig av graden av KOLS.	God *
17	<b>Forfattere:</b> Borgee m. fl. <b>År:</b> 2010 <b>Land:</b> Norge <b>Tidsskrift:</b> Journal of advanced nursing	Associations of breathlessness with multiple symptoms in chronic obstructive pulmonary disease.	Undersøke sammenhenger mellom demografiske og kliniske variabler, og symptomer på dyspné, depresjon, angst, fatigue, søvnproblemer og smerte hos pasienter med KOLS.	Tverrsnittstudie som brukte spørreskjema og lungefunksjonstester på en gruppe polikliniske pasienter fra et middels stort norsk sykehus i perioden Juni 2005-Mai 2006	168 pasienter godtok invitasjonen, 14 ble ekskludert, så 154 fullførte studien.	Dyspné har sammenheng med symptomer på angst, depresjon, fatigue, søvnløshet og smerte. Det er behov for et utvidet fokus på psykiske plager i behandling av pasienter med KOLS	God *

# HAD

Navn: .....

Fødselsdato: .....

Dato: .....

Pasient nr.: .....

Intervjuer: .....

## Rettleiding

Legen er klar over at følelser spiller en stor rolle ved de fleste sykdommer. Hvis legen vet mer om følelser, vil han/hun bli bedre i stand til å hjelpe deg.

Her kommer noen spørsmål om hvordan du føler deg. For hvert spørsmål setter du kryss for ett av de fire svarene som best beskriver dine følelser *den siste uken*. Ikke tenk for lenge på svaret – de spontane svarene er best.

### 1. Jeg følger meg nervøs og urolig

- 3 - Mesteparten av tden
- 2 - Mye av tiden
- 1 - Fra tid til annen
- 0 - Ikke i det hele tatt

### 4. Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner

- 0 - Like mye nå som før
- 1 - Ikke like mye nå som før
- 2 - Avgjort ikke som før
- 3 - Ikke i det hele tatt

### 2. Jeg gleder meg fortsatt over tingene slik jeg pleide for

- 0 - Avgjort like mye
- 1 - Ikke fullt så mye
- 2 - Bare lite grann
- 3 - Ikke i det hele tatt

### 5. Jeg har hodet fullt av bekymringer

- 3 - Veldig ofte
- 2 - Ganske ofte
- 1 - Av og til
- 0 - En gang i blant

### 3. Jeg har en urofølelse som om noe forferdelig vil skje

- 3 - Ja, og noe svært ille
- 2 - Ja, ikke så veldig ille
- 1 - Litt, bekymrer meg lite
- 0 - Ikke i det hele tatt

### 6. Jeg er i godt humør

- 3 - Aldri
- 2 - Noen ganger
- 1 - Ganske ofte
- 0 - For det meste

7. Jeg kan sitte i fred og ro og kjenne meg avslappet
- 0 - Ja, helt klart
  - 1 - Vanligvis
  - 2 - Ikke så ofte
  - 3 - Ikke i det hele tatt

12. Jeg ser med glede frem til hendelser og ting
- 0 - Like mye som før
  - 1 - Heller mindre enn før
  - 2 - Avgjort mindre enn før
  - 3 - Nesten ikke i det hele tatt

8. Jeg føler at alt går langsommere
- 3 - Nesten hele tiden
  - 2 - Svært ofte
  - 1 - Fra tid til annen
  - 0 - Ikke i det hele tatt

13. Jeg kan plutselig få en følelse av panikk
- 3 - Uten tvil svært ofte
  - 2 - Ganske ofte
  - 1 - Ikke så veldig ofte
  - 0 - Ikke i det hele tatt

9. Jeg føler meg urolig som om jeg har sommerfluer i magen
- 0 - Ikke i det hele tatt
  - 1 - Fra tid til annen
  - 2 - Ganske ofte
  - 3 - Svært ofte

14. Jeg kan glede meg over gode bøker, radio og TV
- 0 - Ofte
  - 1 - Fra tid til annen
  - 2 - Ikke så ofte
  - 3 - Svært sjelden

10. Jeg bryr meg ikke lenger om hvordan jeg ser ut
- 3 - Ja, jeg har sluttet å bryr meg
  - 2 - Ikke som jeg burde
  - 1 - Kan hende ikke nok
  - 0 - Bryr meg som før

**Takk for utfyllingen!**

**Sum A:**  
 $1 + 3 + 5 + 7 + 9 + 11 + 13 =$  .....

11. Jeg er rastløs som om jeg stadig må være aktiv
- 3 - Uten tvil svært mye
  - 2 - Ganske mye
  - 1 - Ikke så veldig mye
  - 0 - Ikke i det hele tatt

**Sum D:**  
 $2 + 4 + 6 + 8 + 10 + 12 + 14 =$  .....

**Sum A + D:** .....