



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# EKSAMENSINNLEVERING

---

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

**SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave**

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 18.02.10

Kandidatnr.: 49

Antall ord: 7550

## **Sammendrag**

Rundt 2000 personer dør av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) i Norge hvert år (Andenæs, 2005). Behandlingen av KOLS blir rettet mot å forebygge forverring, forebygge og behandle symptomer, bedre mestring av daglige gjøremål og å redusere mortalitet (Giæver, 2008). I og med at KOLS er en kronisk sykdom ønsker jeg å rette fokuset mot mestring og hvordan jeg som sykepleier kan hjelpe eldre hjemmeboende med KOLS til å oppleve mestring. Problemstillingen er: Hvordan kan jeg som sykepleier hjelpe eldre hjemmeboende med KOLS til å mestre sin situasjon? Det er en litteraturstudie og det er blitt brukt både kvalitative og kvantitative studier. Noen av funnene kan si noe om de mest brukte og effektive mestringsstrategier som er blitt brukt av personer med KOLS. Funnene kan også gi et utgangspunkt for sykepleie. Det å hjelpe den enkelte til å akseptere sin situasjon, integrere symptomene inn i livet, støtte, tilpasse seg forandringer og undervisning i forskjellige mestringsstrategier kan være med å hjelpe eldre hjemmeboende med KOLS til å mestre sin situasjon.

## **Abstract**

About 2000 people dies of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Norway each year (Andenæs, 2005). The treatment of COPD is aimed at preventing deterioration, prevent and manage symptoms, improve coping with daily activities and to reduce mortality (Giæver, 2008). Because COPD is a chronic disease, I wish to focus on coping and how I as a nurse can help the elderly living at home with COPD to experience coping. The issue is: How can I as a nurse help the elderly living at home with COPD to cope with their situation? It is a study of literature and it has been used both qualitative and quantitative studies. Some of the findings may say something about the most used and effective coping strategies that have been used by people with COPD. Some findings may say something about the nurse's assignment. Helping the individual to accept his situation, include symptoms in life, adapt to changes, support and learning in different coping strategies may be helping the elderly living at home with COPD to cope with their situation.

# Innholdsfortegnelse

1.0. Innledning.....	1
1.1. Bakgrunn.....	1
1.2. Presisering og avgrensning av problemstilling.....	1
1.3. Oppgavens oppbygging .....	1
2.0. Teoretisk perspektiv .....	2
2.1. Sykepleiefaglig perspektiv.....	2
2.2. Travelbee.....	2
2.21. Travelbees definisjon på sykepleie.....	3
2.3. Sentrale begreper .....	3
2.30. Mestring.....	3
2.31. Å leve med kronisk sykdom .....	4
2.4. KOLS .....	5
2.5. Den hjemmeboende eldre i hjemmesykepleie .....	6
2.6. Aldringsprosesser.....	6
2.7. Sykepleie til den eldre hjemmeboende .....	7
3.0. Metode .....	8
3.1. Litteraturstudie .....	8
3.2. Litteratursøk .....	8
3.3. Vurdering av litteratur .....	9
4.0. Funn/resultater .....	10
4.1. Presentasjon av artikler.....	10
5.0. Drøfting .....	13
5.1. Opplevelse av sin egen helsetilstand .....	13
5.2. Å lære ulike mestringsstrategier .....	15
5.3. Å integrere sykdom og symptomer inn i livet .....	17
6.0. Avslutning .....	20
7.0. Litteraturliste .....	21

## **1.0. Innledning**

### **1.1. Bakgrunn**

Jeg har nå vært i to sykehjemspraksiser, hjemmesykepleie og psykiatrisk praksis. Dermed har jeg fått møte mange eldre med kroniske lidelser som blant annet kronisk obstruktiv lungesykdom. De eldre har hatt forskjellige grader av KOLS, både slik at de fungerer forholdsvis bra i dagliglivet, men jeg har også møtt de som klarer veldig lite selv og som har et stort hjelpebehov. Folkehelseinstituttet kan fortelle at trolig 200 000 personer hadde KOLS i Norge i år 2005. Det er i hjemmesykepleie jeg har møtt flest eldre med KOLS. Jeg ønsker å få frem hva jeg som sykepleier kan gjøre for å legge til rette for at eldre hjemmeboende med KOLS kan oppleve mestring. Problemstillingen jeg har valgt er: Hvordan kan jeg som sykepleier hjelpe eldre hjemmeboende med KOLS til å mestre sin situasjon?

### **1.2. Presisering og avgrensning av problemstilling**

Jeg ønsker å rette mot at den eldre hjemmeboende med KOLS skal få oppleve mestring, og på hvordan jeg som sykepleier kan være med på å fremme dette. Jeg velger å fokusere på eldre, ifra rundt 70 års alderen og oppover, i og med det er de jeg har møtt mest på ute i praksis. Jeg velger å ha et mer overordnet perspektiv på hvordan jeg kan hjelpe den eldre hjemmeboende med KOLS til å mestre sin situasjon, ved blant annet å se på hvilke mestringsstrategier som er blitt brukt tidligere av de med KOLS. Videre i oppgaven velger jeg å bruke forkortningen KOLS for kronisk obstruktiv lungesykdom.

### **1.3. Oppgavens oppbygging**

Jeg velger å ha et sykepleieperspektiv med, og da velger jeg å ta litt i fra Joyce Travelbee sin teori, hennes definisjon på sykepleie, der hun snakker om kronisk sykdom og hvordan vi som sykepleiere kan være med å hjelpe pasienter å mestre det. I forhold til mestring velger jeg å konsentrere meg mest om Lazarus og Folkman sin mestringsstrategi. Jeg velger også å forklare noen sentrale begreper som blir brukt videre i oppgaven. Før

drøftedelen kommer det en presentasjon av de artiklene jeg ønsker å bruke i drøftingen. I drøftedelen vil eg ta ut fra artiklene det som er relevant for hvordan en eldre hjemmeboende med KOLS kan oppleve mestring. Som avslutning vil jeg trekke ut litt av det jeg har kommet frem til i oppgaven i forhold til hvordan jeg som sykepleier kan hjelpe eldre hjemmeboende med KOLS til å mestre.

## **2.0. Teoretisk perspektiv**

### **2.1. Sykepleiefaglig perspektiv**

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleie står det: "Sykepleie har fire grunnleggende ansvarsområder: å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse" (2007, s. 24). Sykepleiens grunnlag er i følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleie: "Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert" (2007, s.7). Noen elementer som kommer frem som sykepleierens oppgave i forhold til pasienten i er blant annet det å vise omsorg og å være med på å gi pasienten god nok informasjon. Han/hun skal kunne ta avgjørelser selv. Når det gjelder sykepleie som profesjon, sier yrkesetiske retningslinjer (2007) noe om at sykepleieren har ansvar for å sette seg inn i gjeldene lover.

### **2.2. Travelbee**

Travelbee (1999) beskriver sykepleierens rolle ved individets mestring av sykdom og lidelse. Hun bruker ikke ordet pasient, men bruker heller at et menneske trenger sykepleie når den enkelte søker hjelp, og når han selv ikke lenger klare å mestre eller se mening i sykdom eller lidelse (Kirkevold, 1998). Travelbee (1999) mener at sykepleieren sin oppgave blir å møte den syke for akkurat der han er, og å bistå pasienten, slik at pasienten ikke føler seg alene med sykdommen. I følge Kirkevold (1998) mener Joyce Travelbee at kommunikasjon er en viktig egenskap hos sykepleieren, og er noe som trengs for å oppnå det Travelbee mener er sykepleiens hensikt. Travelbee (1999) mener at en dyktig sykepleier kan se at det største problemet for de med kroniske sykdommer som regel er deres egen holdning til den sykdommen de lever med, på grunn av at det ofte vil

skape konsekvenser for både ham selv og de som er rundt ham. Sykepleierens rolle ved kronisk sykdom blir det å la den syke oppleve høyest mulig nivå av helse, og at det alltid går an å gjøre noe for syke mennesker. Det er ikke alltid mulig at den kronisk syke blir frisk av sykdommen han lever med, men han/hun kan hjelpes til å finne mening i det meningsløse. Sykepleieren har gjort mye for den syke dersom hun klarer å hjelpe ham til å finne mening i hvordan han kan holde symptomene i kontroll, bevarer helsen og klarer å leve et godt liv til tross for de hindringer sykdommen eventuelt gir (Travelbee, 1999).

## **2.21. Travelbees definisjon på sykepleie**

Travelbee definerer sykepleie slik: "Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene"(1999, s. 29). Travelbee (1999) mener at en sykepleier har kunnskaper som han/hun kan bruke for å hjelpe andre til blant annet å oppnå god helsetilstand, forebygge sykdom og hjelpe mennesker til å finne mening i sykdom. Sykepleierens hensikt definerer Travelbee slik: "Sykepleiens mål og hensikt er å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene"(1999, s. 41).

## **2.3. Sentrale begreper**

### **2.30. Mestring**

Lazarus og Folkman definerer mestring slik: "Constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person" (1984, s. 141). Lazarus og Folkman sin teori går ut på at personen som opplever en stressende situasjon, gjør seg bevisst eller ubevisst noen tanker om hvordan han/hun kan komme seg gjennom den situasjonen og hvordan han i tilfelle kan gjøre det. På bakgrunn av dette vil personen kunne oppleve mestring. Mestring blir skilt fra hva resultatet blir, og deles inn i to hovedgrupper: problemfokuserert mestring, der en søker strategier for å få til eller endre det belastende, og følelsesfokuserert mestring, der en forandrer eller håndterer følelser som oppstår under

belastningen (Hanssen og Natvig, 2007). I vanskelige stressende situasjoner, bruker en ofte begge formene for mestring, både problemfokusert og følelsesfokusert, både for å regulere følelsene en får og for å forandre situasjonen (Lazarus og Lazarus, 2006). Konsekvensene av mestring kan være både kortsiktige og langsiktige. De langsiktige kan være med på å endre livskvalitet og sosial situasjon (Hanssen og Natvig, 2007). Det er flere måter en sykepleier kan hjelpe den syke til å oppleve mestring på. Hvis en skal hjelpe en til å mestre stress i forhold til for eksempel forverring av sykdommen, kan en ved å kjenne til disse situasjonene som skaper stress, finne måter sammen med den enkelte å mestre dette på ved blant annet veiledning, informasjon og læring. En annen måte er å bruke ulike teoretikere sine mestringsstrategier som for eksempel Lazarus og Folkman sin teori om mestring (Hanssen og Natvig, 2007).

### **2.31. Å leve med kronisk sykdom**

Gjengedal og Hanestad (2007) mener at kronisk sykdom ofte bærer med seg mange forandringer i livet. Innenfor de fleste av kroniske sykdommer innebærer sykdommen kontakt med helsepersonell, slik at helsepersonell får en stor rolle i livet til den syke. Kvaliteten av tjenesten som blir ytet og forholdet mellom helsepersonell og den syke kan påvirke livskvaliteten til pasienten. I følge Gjengedal og Hanestad er det ulike definisjoner på kronisk sykdom, men en definisjon som er blitt mye brukt er av Strauss m.fl. er sitert:

Alle avvik fra det normale som har en eller flere følgende karakteristika: er permanente, medfører varig funksjonshemming, er forårsaket av irreversible patologiske endringer, krever særskilte rehabiliteringsprogram og forventes å kreve langvarig veiledning, observasjon og pleie (Gjengedal og Hanestad, 2007, s. 11).

Definisjonen bestemmer allikevel for lite om for eksempel det sosiale livet i forhold til å ha kronisk sykdom, som ofte er det som de syke merker mest til (Gjengedal og Hanestad, 2007). Gjengedal og Hanestad bruker en definisjon av sykepleierne Mary Curtin og Ilene Lubkin som er sitert og oversatt slik: "Kronisk sykdom er en irreversibel, konstant, tiltakende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt" (2007, s.13). Å akseptere det å ha en kronisk

sykdom er ofte vanskelig. Ofte kommer ikke hele akseptasjonen før etter mange år, når den kronisk syke bare har akseptert symptomene som de har kommet en etter en (Bache og Østerberg, 2005). Kronisk sykdom kan ofte føre til flere tap både i forhold til det fysiske og sosiale. Dette kan dermed avgrense livsutfoldelsen, slik at de ikke kan gjøre alt som de gjorde før de ble syke (Heggdal, 2003).

## **2.4. KOLS**

I følge Folkehelseinstituttet hadde 200 000 trolig KOLS i Norge i år 2005 og halvparten av dem diagnosen uten om å vite om det. Sykdommen er en vanlig sykdom i Norge og rundt 2000 personer dør av KOLS hvert år (Andenæs, 2005). I følge Andenæs (2005) er KOLS en samlebetegnelse og kan være fra kronisk bronkitt til emfysem. Ved KOLS har en irreversibel luftveisobstruksjon, som vil si at obstruksjonen er kronisk, og ikke slik som ved astma, at det kommer og går. Symptomene ved KOLS er kronisk hoste med ekspektorat, en kan ha pipelyd under ekspirasjonen og dyspnè kommer som et sent symptom (Boye, 2001).

Den viktigste årsaken til KOLS er røyking. Risikoen for å få KOLS sies å være stor når en har røykt 20 sigaretter eller mer daglig i over 20 år. KOLS kan allikevel oppstå ved mindre inntak eller andre årsaker (Andenæs, 2005). Utviklingen av KOLS begynner sjelden før 50 års alderen hos menn og kan starte i 40 års alderen hos kvinner. I og med at det er en kronisk sykdom, blir fokuset rettet mot at den med KOLS skal ha det godt til tross for den sykdommen han/hun lever med (Sorknæs, 2001). Forverringer av sykdommen kan komme flere ganger årlig, spesielt høst og vinter (Giæver, 2008). Faktorer som kan forverre respirasjonen hos personer med KOLS er blant annet fysisk anstrengelse, kulde, psykisk ubalanse, luftveisinfeksjoner, forurensinger og sterke lukter (Sorknæs, 2001).

I følge Giæver (2008) blir behandlingen av KOLS rettet mot å forebygge forverring, forebygge og behandle symptomer, bedre mestring av daglige gjøremål og redusere mortalitet. Personen bør slutte å røyke for det er den eneste måten å forlenge livet på ved KOLS. Rehabilitering og fysisk aktivitet er også behandlingsmetoder for å øke livskvaliteten hos KOLS pasienter (Giæver, 2008). Bache og Østerberg (2005) mener at kronisk sykdom innebærer tap. Det innebærer ikke bare tap som fysiske funksjoner men kan også innebære tap som arbeid, fysiske og sosiale aktiviteter.



Noen med KOLS ofte kan oppleve er åndenød, som igjen kan føre til angst. Angsten kan igjen føre til åndenød, og dermed er en sirkel i gang (Sorknæs, 2001). Markussen (2009) skriver om angst- dyspnè- angst sirkelen. Det at en med KOLS får pustebesvær er hovedsymptomene på at sykdommen forverrer seg, men kan også være et tegn på at personen har angst eller at pustebesværet kan føre til angst. Dette kan ofte være vanskelig for den enkelte, i og med at han ikke klarer å skille hva som er hva, og fører ofte til at han/hun isolerer seg (Markussen, 2009). Sorknæs (2001) legger vekt på at når en med KOLS får åndenød, bruker han som regel all sin energi på å puste og har dermed ikke overskudd til noe annet.

## **2.5. Den hjemmeboende eldre i hjemmesykepleie**

Den største gruppen brukere i hjemmesykepleien er syke eldre (Fjørtoft, 2006). I møte med den syke eldre er det viktig å ha et livsløpsperspektiv, slik at vi ser på den eldre som en som har levd et langt liv, og vite litt om den enkelte. Selv om alderen ikke i seg selv er en sykdom, er det ofte på grunn av at den eldre opplever en helsesvikt, at han/hun trenger helsehjelp fra hjemmesykepleie. Eldre har ofte en redusert evne til å ta i mot informasjon og vanskelig for å tilpasse seg store endringer. Det er viktig at de eldre skal føle trygghet i sitt eget hjem, og derfor viktig med god omsorg (Fjørtoft, 2006). Det å motta hjemmesykepleie kan føre til endringer i både den syke eldre og de pårørende sitt liv. Noen trenger kanskje hjelpemidler, som kan føre til at hjemmet får mange forandringer. Tilsyn er ikke sjeldent i hjemmesykepleie, og dette kan være et forebyggende tiltak. Tilsyn kan være med på å støtte den enkelte hjemmeboende eldre og kan gi grunnlag for at den enkelte skal klare å mestre og å komme seg gjennom noen overganger i livet (Fermann og Næss, 2008).

## **2.6. Aldringsprosesser**

Solheim (2004) refererer til de fire livsfasene, der den siste livsfasen blir karakterisert som alderdommen, som ofte er preget av avhengighet og at kroppen blir svakere. Alle organer påvirkes av alderen, også sansene. I tillegg til den biologiske aldringen skjer det også en psykologisk aldring. Med dette menes at endringer i forhold til hukommelse, problemløsning og intelligens. Eldre kan altså kreve lenger tid på å utføre oppgaver enn yngre (Kirkevold, 2008). Lazarus og Lazarus (2006) mener at å bli gammel er ikke en

sykdom i seg selv, men når en blir eldre kan en være mer disponert for flere sykdommer. Solheim (2004) uttaler seg om at ifrå 80 års alderen og oppover øker antall som lever med sykdommer. Gruppen eldre er også de som er mest utsatt for å få sykdommer, både akutte og kroniske. Eldre trenger også som regel lenger tid på seg om de blir syke, og har ofte mange sammensatte sykdommer (Solheim, 2004).

## **2.7. Sykepleie til den eldre hjemmeboende**

Fjørtoft (2006) mener at hjemmesykepleie er å møte mennesker sine behov og blir sett på som et tilbud om pleie og omsorg til de som bor i hjemmet, enten over kort eller lang tid. Et overordnet mål for hjemmesykepleie er: " Brukeren skal få hjelp til å mestre hverdagen i sitt eget hjem" (Fjørtoft, 2006, s. 15). En hjemmesykepleier sin oppgave blir altså å bidra til at brukeren skal få hjelp til å mestre hverdagen. Å være sykepleier i hjemmesykepleien innebærer å komme inn i mange forskjellige hjem, og det er viktig å ha respekt for hver enkeltes hjem, verdier og regler. Hjemmesykepleie innebærer også å få se brukeren i sitt eget hjem, og dermed kanskje i et større perspektiv enn på for eksempel på en institusjon. Å være sykepleier i hjemmesykepleie, innebærer også andre arbeidsforhold enn på for eksempel et sykehus, som for eksempel kan føre til noen tunge løft på grunn av at brukeren ikke har heis eller sykeseng (Fjørtoft, 2006). I følge Bondevik (2002) er noe som blir viktig det å ta utgangspunkt for brukerens resurser. Sykepleien til den enkelte kan derfor tilpasses den enkeltes behov dersom en finner ut hvilke egenomsorgsområder den enkelte mestrer selv. Det er nødvendig at sykepleier gir undervisning og veiledning til den enkelte dersom de trenger det, og også gi støtte og råd. Også det å legge til rette for et terapeutisk miljø, som i hjemmesykepleie- situasjon kan bety å legge til rette og skaffe hjelpemidler til den enkelte slik at de kan klare seg bedre (Bondevik, 2002).

I møte mellom den eldre hjemmeboende og sykepleier blir ordene trygghet og tillit viktige. I følge Henriksen og Aareflot (2002) er tillit og trygghet to ord som hører sammen, men som allikevel må skilles fra hverandre. Måten vi forholder oss til den andre på, kan være med på å gi rom til at tillitten får komme frem. Tilliten mellom brukeren og pleier kommer ikke helt av seg selv, men har mye med det første møte med bruker og pleier å si. Det å vise tillit kan være at den enkelte uttrykker et behov, og sykepleier møter dette behovet på en god måte. Trygghet er noe som tillit kan føre til etter hvert, og handler om å føle seg ivaretatt og ikke å være redd. Det å bo hjemme og være eldre kan ofte føre til at de føler

seg utrygge, og et godt møte kan være med på å skape trygghet. Tryggheten kan hjelpe til at den hjemmeboende og sykepleier er på lag, og gjennom tillitt og trygghet kan forholdet til det tidligere utrygge og ukjente, som sykdom og behandling, bli mer trygt (Heriksen og Aareflot, 2002).

## **3.0. Metode**

### **3.1. Litteraturstudie**

Det er flere ulike definisjoner på ordet metode. I Dalland (2007) blir metode beskrevet som en fremgangsmåte til å komme frem til ny kunnskap, og sier noe om hvordan en går frem for å finne kunnskapen. Metoden sier altså noe om hvordan en går frem i oppgaven, og hjelper leserne til å forstå hvordan en har kommet frem til de eventuelle svarene eller funnene en har gjort. I følge Forsberg og Wengstrøm (2008) har systematisk litteraturstudie som forutsetning at studier har god kvalitet og gir et svar eller resultater på det vi leter etter. Systematisk litteraturstudie har av Mulrow og Oxman blitt definert som at studien går ut i fra en tydelig problemstilling som besvares ved å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengstrøm, 2008). Forsberg og Wengstrøm (2008) sier også noe om at en systematisk litteraturstudie bør ha en klar problemstilling, presentasjon av hver valgte studie, presentasjon av eksklusjons og vise tydelig eksklusjons og inklusjonskriterier for studiene, søkestrategi for å identifisere relevante publiserende og ikke-publiserende studier, gjennomføring av tydelig analyse og en rapport der sentrale deler beskrives. I systematisk litteraturstudie bør det bli fokusert på aktuell forskning på det bestemte området. Det er ikke grenser for hvor mange artikler en kan ha i systematisk litteraturstudie, men det er bra å ta med all forskning en finner som sier noe om temaet (Forsberg og Wengstrøm, 2008).

### **3.2. Litteratursøk**

For å finne litteratur om dette temaet, har jeg brukt skolens bibliotek og bibliotekets nettsider. Litt av kjernelitteraturen hadde jeg selv, men flere bøker har jeg funnet på biblioteket. Ved søk på bøker ble det da brukt Bibsys som søkekilde, og søkeord på bøker

var "KOLS", "COPD", "Coping", "Kronisk sykdom", "Mestring", "Hjemmesykepleie". For å lete etter artikler har jeg brukt flere søkekilder, blant annet SveMed, Vård i Norden, Proquest, PubMed, Ovid. Og søkeord jeg har brukt er "COPD", "Chronic obstructive pulmonary disease", "home care", "safety", "feel safe", "coping", "Adaptation, Psychological", "Chronic disease, Obstructive Pulmonary", "Nursing", "Home Nursing". Det var veldig ulikt hvor mange artikler som kom frem på hvert søkeord, og det var ikke alle som var like relevante. Flere av artiklene var medisinske. Ved å ha "Nursing" eller "Home Nursing" ved siden av søkeordet, fant jeg flere som var sykepleiefaglige. Jeg la vekt på at artiklene var publisert i et sykepleiefaglig tidsskrift, leste gjennom de og ettersom innholdet var sykepleiefaglig kunne artiklene være aktuelle. Videre plukket jeg ut noen av de artiklene som jeg mener passet best til problemstillingen min, og som kunne gi svar på problemstillingen. Jeg har også brukt en artikkel som ikke går direkte på det å mestre KOLS, men å mestre det å være eldre og hjemmeboende, med sviktende helse, i og med at problemstillingen også inneholder at den syke er eldre.

### **3.3. Vurdering av litteratur**

Jeg har brukt både primær og sekundær litteratur. Jeg har valgt å bruke noe av blant annet et kapittel av Sorknæs (2001) i Klinisk sykepleie 1 fordi jeg synes den beskriver mye på kort tid, som er sykepleierelatert og som jeg ser har brukt andre kilder som andre bøker og artikler. Joyce Travelbee (1999) er litt eldre litteratur, men jeg ser det allikevel som veldig aktuelt å bruke noe fra hennes bok i oppgaven, i og med at det jeg tar med mener jeg er veldig relevant for min problemstilling. Jeg har også brukt Lazarus og Folkman(1984) som er eldre litteratur, men enda veldig sentralt å bruke deres mestingsstrategier. Kirkevold (1998) er også litt eldre litteratur, men inneholder litt fakta og god kunnskap som jeg mener er sentralt. Det er allikevel nødvendig å være litt kritisk til denne litteraturen i og med at en del ting kan ha forandret seg.

Artiklene jeg har brukt har jeg funnet på skolens biblioteks databaser, som Proquest, SveMed, Ovid. Når det gjelder etiske vurderinger i forhold til artiklene, har jeg sett at de fleste artiklene har gått gjennom noe for å bli godkjent, men det er ikke like tydelig i alle artiklene om de har blitt godkjent av etisk komité. Artikkelen "Coping behaviours of individuals with chronic obstructive pulmonary disease" skriver at den støttes av Epsilon Zeta Chapter of Sigma Theta Tau, International Honor Nursing Society og The College of Nursing & Health Science, George Mason University. I artikkelen "Coping With

symptoms of dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease”, kommer det frem at den er godkjent av Institutional review board og Nursing research committees av de deltakende institusjonene. “Coping with ageing and failing helath: a qualitative study among elderly living alone” viser til at prosjektet har blitt godkjent av Norsk regional komitè for forskningsetikk (REK) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). I artikkelen “Self- management behaviours for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study” kan vi finne at The appropriate Institutional Review Board godkjente studien. Artikkelen “What determines subjective health status in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Importance symptoms in subjective health status of COPD patients” viser til at den er godkjent via Norsk regional komitè for forskningsetikk (REK) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). I artikkelen “Living with chronic obstructive pulmonary disease: insiders` perspectives” ble godkjenningen hentet fra det sponsende universitet og Hospital Institutional Review Boards.

## **4.0. Funn/resultater**

### **4.1. Presentasjon av artikler**

Artiklene jeg har valgt, er de artiklene jeg mener er mest relevante for min problemstilling. Jeg har valgt sykepleievitenskapelige artikler og med disse artiklene ønsker jeg å få frem studier som er gjort og som viser noe om hva vår oppgave som sykepleiere kan være ved hjemmeboende eldre med KOLS som skal oppleve mestring. Jeg vil også få frem litt om hvilke mestringsmåter som har blitt brukt tidligere av personer med KOLS.

“Coping With symptoms of dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease” er skrevet av Baker & Scholz (2002) og tar utgangspunkt i å se på symptomer som oppstår ved dyspnè, bruk av mestringsstrategier og funksjonell arbeidsuførlighet ved KOLS. Dette er en kvantitativ studie der det var 51 informanter med i studien og alle var i fra 53 til 83 år, og det var både menn og kvinner. Tre måleinstrumenter ble brukt: Bronkitt-emfysem sjekk liste, revidert Jalowiec mestringskala og funksjons inkapasitetsskala. Resultatene kan fortelle om at alle informantene fortalte at de mest hyppigste symptomene var fysiologiske som kortpusthet, tretthet og søvnvansker. De mest vanlige psykologiske symptomene var

hjelpløshet, håpløshet, angst og irritasjon. De vanligste mestringsstrategiene ble å være optimistisk, konfronterende og selvrealistisk. Det kom også frem at sykepleieren sin oppgave blir å lære pasientene mestringsstrategier når de opplever dyspné.

“Coping behaviours of individuals with chronic obstructive pulmonary disease” er skrevet av Wu, C., Lee, Y., Baig, K. & Wichaikhum, O. (2001). Studien har som hensikt å undersøke mestringsstrategier, mestringsstiler og effektivitet for pasienter med KOLS ved hjelp av Jalowiec mestringskala. Dette er en kvantitativ artikkel og hadde med 180 informanter med en gjennomsnittsalder på 68, 8 år i sin studie. Resultatene viser de fire mest brukte mestringsstilene var optimistisk, konfrontering, støtte og lindring. De mest effektive mestringsstilene var i rekkefølge; støtte, optimisme, lindring, konfrontering. Når det gjelder de mest brukte mestringsstrategiene var det å be og stole på Gud, trene og gjøre fysisk aktivitet, prøve å holde humoren oppe, tenke på de gode og positive tingene i livet og prøve å tenke positivt. Disse resultatene gav nye innsikter i hvordan pasienter med KOLS mestrer og en retning for sykepleie.

“Self-Management behaviors for patients with chronic obstructive Pulmonary Disease: a qualitative study” er skrevet av Chen, K. H., Chen, M. L., Lee, S., Cho, H. Y. & Weng, L. C. (2008). Denne studien ser på selvkontroll-adferd hos pasienter med KOLS. Det er en kvalitativ studie der 18 informanter er med i studien går fra november 2006 til april 2007 og er intervjuer. Studien er utført på blant annet en poliklinisk klinikk og en lungerehabiliteringsenhet ved et medisinsk senter i Taiwan. Resultatene viser at fem tema av selvkontrolls-adferd ved sykdommen ble identifisert. Disse var symptomkontroll, aktivitet og øvelse, miljømessig kontroll, følelsestilpassning og det å ha en sunn livsstil. Det kommer frem i studien at pasientene selv er ekspertene i deres liv og finner selvkontrollen basert på opplevelser og kjennskap så vel som å integrere sykdom og symptomene inn i livet.

“What determines subjective health status in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Importance symptoms in subjective health status of COPD patients” er skrevet av Bentsen, S. B., Henriksen, A. H., Larsen, T. W., Hanestad, B. R. & Wahle, A. K. (2008).

Denne studien ønsker å finne ut hva som bestemmer subjektiv helsestatus ved KOLS ved å evaluere faktorer som alder, kjønn, forventet FEV<sub>1</sub>%, O<sub>2</sub>- metning, pustebesvær, angst, depresjon, treningskapasitet og fysisk og mental helse. Det er en kvantitativ studie der 100 informanter var med. Det ble brukt instrumenter som spirometer, oksygenmåler, spørreskjema i forhold til symptomer som tungpusthet, angst og depresjon, en gå- test og et spørreskjema i forhold til den fysiske og mentale helsen. I resultatene kommer det frem at eldre pasienter opplevde mindre pustebesvær, kvinner mer angst, eldre kvinner med depresjon hadde lavere fysisk funksjon og pasienter med mer pustebesvær og angst eller depresjon opplevde en dårligere subjektiv helsestatus. Det kommer også frem at symptomene er viktigere for den subjektive helsen enn hva det å være fysisk aktiv er, og at dette bør tas i betraktning i behandlingen av pasientene.

“Coping with ageing and failing health: a qualitative study among elderly living alone” er skrevet av Birkeland, A. & Natvig, G. K. (2009). Studien har som hensikt at de ønsker å få mer forståelse for hvordan eldre med sviktende helse klarer å bo hjemme alene. Det er en kvalitativ studie som intervjuer 20 informanter, med gjennomsnittsalder på 82 år og med forskjellige utgangspunkter og sykdommer. Resultatene viser til at mestringsstrategien som ble mest brukt det å akseptere situasjonen. Noen hadde en passiv akseptasjon av sin situasjon, og hjemmesykepleierne sin oppgave kan da bli det å hjelpe disse individene på med en problemløsende mestringsstrategi, og hjelpe dem til å få en daglig rytme som de liker og som passer for den enkelte.

“Living with chronic obstructive pulmonary disease: insiders’ perspectives” er skrevet av Fraser, D. D., Kee, C. C., & Minick, P. (2006). Denne studien tar utgangspunkt i å få mer forståelse for hvordan eldre med KOLS opplever hvordan sykdommen påvirker deres liv. Det er en kvalitativ studie der 10 eldre informanter ble intervjuet i studien i 2003. Resultatene viser at KOLS pasienter blir kjent med teknikker som hjelper dem til å integrere sykdommen og symptomene inni deres liv. Dette viser igjen til at sykepleiere kan være med på å bruke kunnskapen som pasienten selv har, og som sykepleieren har til å hjelpe pasienter med KOLS til å oppnå bedre livskvalitet.

I disse studiene kommer det frem ulike måter personer med KOLS mestrer på, og også noen utgangspunkter for hvordan jeg som sykepleier kan hjelpe den enkelte med å mestre. Å lære seg mestringsstrategier, integrere sykdommen og symptomene inn i livet, å ha kontroll selv over situasjonen, ta med sykdommen og symptomene inn i livet og akseptere sin situasjon er noen viktige faktorer som kommer frem. Disse resultatene kan gi et utgangspunkt for hvordan jeg som sykepleier kan hjelpe eldre hjemmeboende med KOLS til å mestre sin situasjon.

## **5.0. Drøfting**

### **5.1. Opplevelse av sin egen helsetilstand**

Bentsen et al. (2008) kan si noe om at symptomene til de med KOLS har veldig mye å si for den subjektive helsen. Et lungerehabiliteringsprogram der fokuset rettes mot det å kontrollere symptomene kan dermed være med på å hjelpe de med KOLS og bedre deres subjektive helsetilstand. Fraser et al. (2006) kan i sin studie fortelle om at forandringene en med KOLS møter når han får diagnosen kan være store og utfordrende. Dyspnè er ofte det som påvirker livet deres mest og informantene belyste derfor at de opplevde mest effekt av mestringsmetoder som hjalp dem mot kortpusthet. Av erfaring har jeg i hjemmesykepleie møtt flere som prater om hvordan livet deres var før og at de hadde alltid hatt en god helse. De jeg har møtt har lagt vekt på at det å kunne klare å gjøre de daglige gjøremålene som trengtes å gjøre var viktig for dem, men ikke det som kom i første rekke. Det at de klarte dagen og å kontrollere symptomene ble det viktigste. Som sykepleieroppgaver i forhold til den enkelte hjemmeboende med KOLS sin helse, kan det i følge Bentsen et al. (2008) være det å ta i betraktning at de syke ofte synes at symptomene er viktigere enn den fysiske helsen. I følge Fraser et al. (2006) kan det å ta i bruk både den syke sin kunnskap og sykepleierens kunnskap være med på å øke den enkelte med å få en bedre livskvalitet. Av dette kan vi se at det ofte er symptomene som er grunnen til at den subjektive helsetilstanden er dårligere, og kan si meg som sykepleier noe om at den enkelte trenger å mestre sine symptomer. Som sykepleier i hjemmesykepleie kan jeg være med å finne den stressende situasjonen hos den eldre hjemmeboende med KOLS, og sammen med den enkelte prøve å hjelpe til at han/hun ikke havner oppi disse situasjonene.



## Opplevelsen av dyspnè

I følge Baker og Scholz (2002) er ofte det største problemet for de med KOLS det å ha kontroll over symptomene, dyspnèen og angsten. KOLS gir angst og dette kan ofte føre med seg at den med KOLS havner i den såkalte angst-dyspnè-angst sirkelen. Det at dyspnèen skaper angst og angst kan føre til dyspnè, fører ofte til at de med KOLS isolerer seg og ikke liker seg i sosiale sammenhenger (Markussen, 2009). I Baker & Scholz (2002) sin studie kunne informantene fortelle om både fysiske og psykiske symptomer i forhold til sin KOLS. De fysiske symptomene var blant annet kortpusthet og tretthet, mens de psykiske symptomene var hjelpløshet, håpløshet, angst og irritasjon.

Ute i hjemmesykepleien har jeg møtt flere eldre hjemmeboende med KOLS som er plaget av dyspnè og som har angst bundet til sin sykdom. De jeg har møtt har fortalt at det er viktig for dem å føle seg trygge, og ofte er det en trygghet bare at det kommer noen inn på tilsyn fra hjemmesykepleien. En av dem forteller at når noen fra hjemmesykepleien kommer, er da han kan slappe av og får den roen han trenger. Det som de mener også er med på å skape en trygghet er det at de har trygghetsalarm. Dersom de har den rundt seg hele døgnet, vet de at folk ikke er langt unna, og dette er ofte med på å hindre angsten. Noe som også blir vektlagt i forhold til dyspnèen er det å ha en god pusteteknikk, og gjerne at noen sitter en stund ved siden av dem mens det er verst. Baker og Scholz (2002) kan i sin studie fortelle om at de mest brukte og mest effektive mestringsstilene ble det å være optimistisk, konfronterende, selvhjulpen og støttende. Det kommer også frem at det blir vår oppgave som sykepleiere å lære pasientene mestringsstrategier når de opplever dyspnè. Det å være optimistisk og konfronterende kan en også se på som problemfokuset og følelsesfokuset mestring. Hvis jeg som sykepleier lærer den eldre hjemmeboende måter å mestre på via problemfokuset mestring kan dette være med å hjelpe den eldre hjemmeboende med KOLS til å mestre sine symptomer som angst og depresjon ved KOLS. Jeg som sykepleier kan hjelpe den eldre hjemmeboende med KOLS til å motivere til å være i litt fysisk aktivitet. Jeg opplever at det å ha en støttende rolle er viktig i møte med pasienten, og det er noe som også kommer frem i Andenæs (2001) sine funn, som sier noe om at vi som sykepleiere kan hjelpe de med KOLS til å mestre ved å støtte dem, undervise i forskjellige måter å mestre på og ivareta deres følelsesmessige reaksjoner.

I følge Baker og Scholz (2002) kan det å lære mestringsstrategier være det å hjelpe den enkelte med pusteteknikker, øvelse med pusting, og opplæring. I studien til Chen et al. (2008) kommer det frem at å være i litt fysisk aktivitet kan være med å hindre dyspnøen. Noen informanter i denne studien kan fortelle om at de tar en rolig tur utenfor eller går noen runder i huset og at de kan merke forskjell på pusten. Noen forteller også om at de velger å gjøre stillesittende aktiviteter hvis de ikke orker å gå ut eller ikke har pust til det. Som sykepleier blir det en oppgave å gi informasjon, læring og veiledning i forhold til dette. Sorknæs (2001) mener at et å ha en god respirasjonsteknikk på den måten at ikke unødig respirasjonsmuskulatur blir brukt er viktig for personer med KOLS. Dette er noe den enkelte trenger å få informasjon og opplæring for. Det å forandre måten en puster på, kan ta lang tid og det er viktig at han selv klarer å se betydningen det psykiske har i forhold til pusten og det å få åndenød. Pusten kan bedres ved at han selv klarer å være avslappet og ved pusteøvelser. Den enkelte bør lære seg måter å få opp ekspektorat, gode pusteteknikker og gode hosteteknikker (Sorknæs, 2001).

## **5.2. Å lære ulike mestringsstrategier**

### **Å kunne mestre å leve med KOLS**

Travelbee (1999) mener at det er sykepleieren sin oppgave å møte den enkelte som er syk, slik at den syke ikke føler at han er alene med sykdommen og å møte den kronisk syke til å finne mening i det meningsløse. Ved å bruke problemfokuset mestringsstrategi, tas det utgangspunkt i å ta bort eller å endre det belastende i en situasjon (Hanssen og Natvig, 2007). Et eksempel jeg har sett i praksis på problemfokuset mestringsstrategi kan være å være konfronterende. Jeg som sykepleier kan hjelpe den eldre hjemmeboende med å finne mening i det belastende i en problematisk situasjon. For at en hjemmeboende eldre med KOLS skal klare å mestre, er det nødvendig at han vet litt om hvordan en kan mestre. Som sykepleier kan jeg da gi eksempler til den eldre hjemmeboende med KOLS på problemfokuset og følelsesfokuset mestringsstrategi slik at dette kan gi et utgangspunkt for den enkelte til å mestre. Hanssen og Natvig (2007) sier noe om at følelsesfokuset mestringsstrategi går ut på å ta tak i den belastende følelsen i en situasjon og forsøke å endre eller ta bort den. Som følelsesfokuset mestringsstrategi kan et eksempel være å rette fokuset mot noe annet, som å endre fokus fra å tenke negativt til å tenke positivt. Ofte blir det brukt både følelsesfokuset og problemfokuset mestringsstrategi i sammen for å mestre en situasjon. Wu et al. (2001) fant i sin

studie at de mest brukte og effektive mestringsstilene hos KOLS pasienter ble støtte, optimisme, lindring og konfrontering. De mest brukte mestringsstrategiene ble å be og stole på Gud, være i fysisk aktivitet, prøve å holde humoren oppe og det å tenke positivt og tenke på de positive tingene i livet. Disse resultatene fra denne studien kan gi meg som sykepleier kunnskap om hvordan jeg kan hjelpe eldre hjemmeboende med KOLS til å oppleve mestring og sier noe om hvilke mestringsmetoder som har vært effektive for informantene. Ved å informere og veilede om disse videre til de eldre hjemmeboende med KOLS, kan dette gi et utgangspunkt for hvordan de ønsker å mestre. En kan se at av disse mestringsstrategiene blir det både brukt problemfokuset mestring som å være i fysisk aktivitet og følelsesfokuset mestring som for eksempel det å rette følelsene mot det positive. Av erfaring har det å hjelpe de hjemmeboende eldre med KOLS til å rette følelsene mot det positive blitt opplevd positivt. Det å prate med dem å få dem til å tenke på noe annet enn selve sykdommen, har ofte resultert at de klarer å komme seg litt vekk fra det belastende i situasjonen. Dette kan en også se komme frem i Chen et al. (2008) sin studie, der det kommer frem at informantene prøver å endre negative tanker til positive tanker og at de prøver å få kontroll over de følelsesmessige forstyrrelsene som påvirker sykdommen og symptomene på en negativ måte. Noen av informantene kom frem med at måten de kunne kontrollere følelsene på var det å akseptere at de var syke og å bli vant med de symptomene de fikk. Sykepleieren kan hjelpe den eldre hjemmeboende med KOLS til å forholde seg til både de fysiske og psykiske forandringene som skjer og også til å hjelpe den enkelte til å hjelpe seg selv og til å ha kontroll over sykdommen. Sykepleieren bør også ha en støttende rolle (Chen et al., 2008). Ved å lære og å vise til tidligere effektive mestringsstiler og mestringsstrategier til de eldre hjemmeboende med KOLS, kan dette gi utgangspunkt for hvordan de vil mestre.

### **Økt selvkontroll**

For at en med KOLS skal vite noe om sykdommen sin og måter å mestre på er det nødvendig med informasjon, læring og veiledning i forhold til sykdommen. Undervisning i forhold til sykdommen kan være med på å øke livskvaliteten til den med KOLS. De bør tilbys både individuell undervisning og også undervisning i grupper. Læringen bør for eksempel inneholde hvordan sykdommen utvikler seg, hvilke faktorer som forverrer sykdommen og hvilke symptomer som kan være med på å forverre sykdommen. I tillegg

til å vite om alle fysiske forandringer og hensyn en med KOLS må ta, er det viktig at undervisningen inneholder noe om de psykiske plagene som er forbundet med sykdommen (Sorknæs, 2001). Hanssen og Natvig (2007) sier noe om at vi som sykepleiere kan hjelpe en person til å mestre på flere ulike måter og dette gjerne ved undervisning og veiledning til den enkelte, eller det å vite om forskjellige situasjoner hos den enkelte som skaper stress, og prøve å hindre at disse oppstår. I følge Heggdal (2003) kan det å være kronisk syk ofte innebære det å oppleve stressituasjoner. Disse situasjonene kan kjennetegnes ved at dette er opplevelser den kronisk syke får, som han enda ikke har lært seg mestringsstrategier ved og som han ikke har erfaring ved. Heggdal (2003) bruker kroppskunnskapingsprosessen som et eksempel på å mestre sin kroniske sykdom. Kroppskunnskaping kan brukes på den måte at en ved å være kronisk syk, opplever en ny kunnskap (Heggdal, 2003). Av tidligere erfaring, har de jeg har møtt med KOLS hatt sykdommen i en del år, så jeg har sett at de kan en del om sin egen sykdom og tilstand. Dermed kjenner de til de ulike symptomene som dukker opp etter hvert. Allikevel trenger de av og til at noen er der, og trenger råd når de selv ikke klarer å tenke helt klart. Som sykepleier i hjemmesykepleie kan jeg være med den enkelte på å finne den stressende situasjonen hos den eldre hjemmeboende med KOLS, og sammen med den enkelte prøve at han/hun ikke havner oppi disse situasjonene.

I følge Chen et al. (2008) kom det frem at KOLS pasientene er selv eksperter i egne liv, og at selvkontrollen kommer etter hvert som de tar med symptomene og sykdommen inn i livet og at selvkontrollen også kommer gjennom opplevelser og kjennskap med sykdommen. Når informantene i studien opplevde forverring av symptomene, brukte de tidligere erfaring om hvordan de hadde komt seg gjennom det tidligere. Chen et al. (2008) mener at sykepleieren sin rolle ved å øke den enkeltes selvkontroll blir å være støttende og å hjelpe de med KOLS til å tilpasse seg fysiske og psykiske forandringer.

### **5.3. Å integrere sykdom og symptomer inn i livet**

Travelbee (1999) sier noe om at sykepleieren har gjort mye for den syke dersom hun klarer å hjelpe den syke til å finne ut måter å holde symptomene under kontroll. Av tidligere erfaring har jeg sett at de eldre hjemmeboende med KOLS har hatt flere måter å integrere sykdommen sin på. Eksempler er at en kjente når han ble dårlig, og utsatte derfor dagens gjøremål som ikke var absolutt nødvendige til neste dag. Ved å ha sett hvordan forskjellige

personer klarer å ta med sykdommen og symptomene inn i livet, og gjennom kunnskap i bøker, har dette gitt et utgangspunkt for hvordan den enkelte kan integrere sykdommen og symptomene inn i livet. Fraser et al. (2006) fant i sin studie at måten informantene klarte å mestre på var at de ble kjent med teknikker som hjalp dem å ta med sykdommen og symptomene inn i livet deres, slik at de da lærte å leve med det. Sykepleie i forhold til dette vil være det å hjelpe disse personene med å finne måter og teknikker som hjelper dem til nettopp dette. Ved at personen selv kan dele sin kunnskap og sykepleieren sin kunnskap, kan en komme frem til måter og teknikker som er med på å integrere sykdommen og symptomene inn i livet (Fraser et al., 2006).

### **Å akseptere det å være eldre og syk**

Eldre har redusert evne til å ta til seg informasjon og å gjøre store endringer. Faktorer som det å være eldre og hjemmeboende er av betydning for hvordan han/hun mestrer og hvordan han/hun da tar imot eventuell ny læring (Fjørtoft, 2006). Det er viktig å finne ut i hvilken grad den enkelte hjemmeboende eldre med KOLS trenger informasjon. For å kunne informere, veilede og samtale med den enkelte er det en forutsetning at det er god kommunikasjon mellom pleier og den enkelte (Fagermoen, 2001). God kommunikasjon er også noe som kommer frem hos Travelbee (1999) og som hun mener trengs for å kunne oppnå hensikten med sykepleie. Det er viktig å se til at den enkelte hjemmeboende med KOLS mottar og forstår den informasjonen som blir gitt. Derfor kan det være bra å planlegge hva en skal si før en skal møte den enkelte (Fagermoen, 2001). Noen av de eldre hjemmeboende med KOLS som jeg har møtt i hjemmesykepleien har i tillegg til sin KOLS sykdom også hatt en sviktende helse som for eksempel hatt hjerneslag, dårlig hørsel eller normale aldersforandringer som har ført til at de ikke er like fysisk aktive som de var før. Dermed har jeg møtt personer med ulike forutsetninger for hvordan de ønsker å mestre. Birkeland og Natvig (2009) sier noe om Eldres mestring av det å bli eldre og ha en sviktende helse. Der kommer det frem at den beste måten å mestre det å bli eldre og få sviktende helse på blir å akseptere sin situasjon, men det er ikke alle som klarer å akseptere den. Noen får en mer passiv akseptasjon. Det å ha noen aktiviteter i løpet av dagen ble viktig hos de eldre hjemmeboende, og hadde mye å si på hvordan de klarte å mestre sin situasjon. Her ble sykepleier sin oppgave å hjelpe de som ikke klarer å akseptere sin

situasjon til å finne en måte og en rytme i hverdagen som passer for den enkelte. Og også at sykepleierne har fokus på problemfokusert mestring, og tar tak i hva de hjemmeboende eldre trenger (Birkeland og Natvig, 2009). Sorknæs (2001) mener at det å sette seg opp noen mål, kan hjelpe den eldre hjemmeboende med KOLS til å ha et håp om å klare noe. Målene kan være både kortsiktige og langsiktige. Det som er viktig når en skal sette opp mål, er at de er realistiske og ikke for store, slik at den enkelte kan ha et håp om å nå målet(Sorknæs, 2001). Det jeg har sett av tidligere erfaring er at det er viktig å ta med ressursene og egenskapene til den enkelte. Jeg har hjulpet noen eldre til å sette opp enkle mål for dagen. Eksempler på mål kan for eksempel være å ta oppvasken og å gå ut i postkassen. Dette har ofte vært positivt og skapt et håp hos den enkelte.

## 6.0. Avslutning

Som sykepleier er det flere måter jeg kan hjelpe eldre hjemmeboende med KOLS til å mestre på. Ved å bli kjent med den enkelte, se hvilke resurser han/hun har og ha en god kommunikasjon mellom sykepleier og den eldre hjemmeboende med KOLS har jeg et godt utgangspunkt. Undervisning, veiledning og informasjon i den grad den enkelte trenger det kan gi et utgangspunkt for at den enkelte syke skal få oppleve mestring. Noe jeg må ta tenke over i møte med den enkelte, er at ingen er like, og utgangspunktet for å lære og mestre er ulikt. For å holde håpet og positive tanker oppe kan det å sette opp mål i lag med den enkelte være aktuelt. Hvis jeg som sykepleier ser på tidligere forskning, på hvilke mestringsstrategier som er blitt brukt og som har vært effektive, kan jeg videreføre dette til eldre hjemmeboende med KOLS, slik at de kan få et utgangspunkt for hvordan de ønsker å mestre. Hvis jeg som sykepleier følger det som Travelbee mener er sykepleiers hensikt, vil det gå ut på at jeg skal hjelpe syke med å mestre og å finne mening i det meningsløse. Det at jeg som sykepleier hjelper eldre hjemmeboende med KOLS til å integrere sykdom og symptomer inn i livet, øke selvkontrollen og hjelper dem til å ha kontroll over symptomene kan hjelpe dem til å mestre deres situasjon.

## 7.0. Litteraturliste

Andenæs, R. (2005). Psychological distress, coping, and quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Faculty of Medicine University of Oslo.

Andenæs, R. (2001). Følelser og mestring hos pasienter med kronisk obstruktiv lungelidelse (KOLS). I: E. Gjengedal og Rita Jakobsen (Red.). *Sykepleie- praksis og utvikling 2*. Cappelen Akademisk Forlag.

Bache, M. & Østerberg, B. (2005). At være i verden med kronisk sykdom. Dansk psykologisk Forlag.

Baker, C. F. & Scholz, J. A. (2002). Coping With symptoms of dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease. *Rehabilitation Nursing*, 27(2). Hentet ut 06. Januar 2010 fra ProQuest.

Birkeland, A. & Natvig, G. K. (2009). "Coping with ageing and failing health: a qualitative study among elderly living alone". *International Journal of Nursing Practice*. 15(4), 257-264.

Bentsen, S. B., Henriksen, A. H., Larsen, T. W., Hanestad, B. R. & Wahle, A. K. (2008) "What determines subjective health status in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Importance symptoms in subjective health status of COPD patients". *Health and quality of life outcomes* 6. Hentet ut 18. Januar 2010 fra <http://www.hqlo.com/content/6/1/115>



Bondevik, M. (2002). Mellom avhengighet og selvhjulpenhet. Kap.7. I: I. T. Bjørk, S. Helseth, F. Nortvedt (Red.). *Møte mellom pasient og sykepleier*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Boye, N. P. (2001). Lungesykdommer. I: D. Jacobsen, S. E. Kjeldsen, B. Ingvaldsen, K. Lund, K. Solheim (Red.), *Sykdomslære- Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Gyldendal Akademisk Forlag AS.

Chen, K. H., Chen, M. L., Lee, S., Cho, H. Y. & Weng, L. C. (2008). "Self-Management behaviours for patients with chronic obstructive Pulmonary Disease: a qualitative study" [Elektronisk versjon]. *Journal of Advanced Nursing*, 64(6). 595-604.

Dalland, O. (2007). Metode og oppgaveskriving for studenter. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fagermoen, M. S. (2001). Samtale, undervisning og veiledning. I: H. Almås (Red.). *Klinisk sykepleie 1*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fermann, T. og Næss, G. (2008). Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb og A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie- god omsorg til den gamle pasienten*. Gyldendal Akademisk Forlag AS.

Fjørtoft, A. K. (2006). Hjemmesykepleie- Ansvar, utfordringer og muligheter. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Folkehelseinstituttet (05.01.2009). KOLS- Fakta om kronisk obstruktiv lungesykdom. Hentet ut 06. Januar 2010 fra

[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5670&MainArea\\_5661=5670:0:15,3102:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5670=5544:55604::1:5675:2:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5670&MainArea_5661=5670:0:15,3102:1:0:0:::0:0&MainLeft_5670=5544:55604::1:5675:2:::0:0)

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Stockholm: Natur och kultur.

Fraser, D. D., Kee, C. C. & Minick, P. (2006). "Living with chronic obstructive pulmonary disease: insiders' perspectives". [Elektronisk versjon]. *Journal of Advanced Nursing*, 55(5), 550-558.

Giæver, P. (2008). Lungesykdommer. Universitetsforlaget AS.

Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (2007). Om kronisk sykdom. I: E. Gjengedal og B. R. Hanestad (Red.). *Å leve med kronisk sykdom*. Cappelen Akademisk Forlag AS.

Hanssen, T. A. & Natvig, G. K. (2007). Stress og mestring. I: E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.). *Å leve med kronisk sykdom*. Cappelen Akademisk Forlag AS.

Heggdal, K. (2003). Kroppskunnskaping- En grunnleggende prosess for mestring av kronisk sykdom. Institutt for samfunnsmedisinske fag Seksjon for sykepleievitenskap Universitetet i Bergen 2003.

Henriksen, J. O. & Aarflot, H. M. (2002). Å møte en annen. Kap. 10. I: I. T. Bjørk, S. Helseth, F. Nortvedt (Red.). *Møte mellom pasient og sykepleier*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kirkevold, M. (1998). Sykepleieteorier: analyse og evaluering. Gyldendal akademisk Elektronisk reproduksjon. Hentet ut 26. Januar 2010 fra NB digital.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. Springer Publishing Company.

Lazarus, R. S. & Lazarus, B. N. (2006). Coping with ageing. Oxford University Press.

Markussen, K. (2009). Kols gir angst. Sykepleien 97(09). Hentet ut 05. Januar 2010 fra [http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p\\_document\\_id=198990](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p_document_id=198990)

Solheim, M. (2004). Eldre menneske med funksjonshemming, I: M. Solheim og K. A. Aarheim (Red.). *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sorknæs, A., D. (2001). Spesiell sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom, I: H. Almås(Red.). *Klinisk sykepleie 1*, Gyldendal Norsk Forlag AS

Travelbee, J. (1999). Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Universitetsforlaget AS.

Wu, C., Lee, Y., Baig, K. & Wichaikhum, O. (2001). "Coping behaviours of individuals with chronic obstructive pulmonary disease". *Medsurg Nursing*, 10(6). Hentet ut 12. Januar 2010 fra ProQuest.

Norsk sykepleierforbund. (2007). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere- ICNs etiske regler. Hentet ut 26. Januar 2010 fra

[https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/143292/Yrkesetiske\\_retningslinjer](https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/143292/Yrkesetiske_retningslinjer)  
[.PDF](#)

**6.**