



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 17.02.10

Kandidatnr.: 53

Antall ord: 8989

Sammendrag:

Bakgrunn: 10 % av befolkningen i Norge lider av KOLS, rundt 200 000 – 300 000 mennesker, og flere og flere rammes (Andenæs, 2007). Jeg har i praksis sett at disse pasientene sliter med å mestre hverdagen og at mange trenger hjelp fra hjemmesykepleien for å mestre. Derfor har jeg valgt å studere hva sykepleieren kan gjøre for å hjelpe KOLS pasienter til å mestring hverdagen. Problemstillingen blir derfor: ”*Hvordan kan sykepleieren hjelpe KOLS pasienter til å mestre sin hverdag?*”.

Hensikt: Å øke kunnskapen og øke forståelse for hva hjemmesykepleier kan gjøre for å hjelpe hjemmeboende KOLS pasienter til å mestre sin hverdag. Jeg ønsker også å få mer kunnskaper om sykdommen KOLS og hvordan sykdommen oppleves for pasientene.

Metode: Metoden som brukes er litteraturstudie, hvor jeg har samlet inn data gjennom eksisterende litteratur og forskningsartikler. Å bruke litteraturstudie som metode er et krav for bacheloroppgaven.

Funn: Funnene i artiklene og undersøkelse viste at for at pasientene skal mestre sin hverdag må håp, sosial støtte, kommunikasjon mellom pasient og sykepleier og veiledning og informasjon være tilstedet. Økt mestring vil hindre sykehusinnleggelse.

Konklusjon: Viktige sykepleieoppgaver for å hjelpe KOLS pasienter til å mestre sin hverdag er: legge tilrette for å fremme håp, skape god kommunikasjon, gi sosial støtte/være støttende og gi informasjon og veilede pasientene innfor aktuelle problemområder. Dette har vist seg å ha god effekt på mestringen. God livskvalitet er sentralt i forbindelse med mestring.

Abstract

Background: 10% of Norway's population suffer from COPD, around 200 000 - 300 000 people, and more and more people get the disease (Andenæs, 2007). I've seen in practice that these patients are struggling to cope with their everyday life and that many of them needs help from homenurses to cope. Therefore, I have studied what nurses can do to help pasients with COPD to cope the everyday life. The question is therefore: "How can nurses help COPD patients to cope their everyday lives?".

Purpose: To expand knowledge and increase understanding for what homenurses can do to help COPD patients that live at home to cope their everyday life. I also wish to get knowledge about the disease COPD and how the patients experience to live with COPD.

Method: The method I used is literature study, where I have collected data through existing literature and research articles. Using literature as a method is required for the bachelor's thesis.

Findings: The findings in the articles showed that for patients to cope with their everyday life, must hope, social support, communication between patient and nurse and guidance and information be present. Increased coping will prevent hospital admissions.

Conclusion: Important nursing tasks to help COPD patients to cope their everyday lives are: promote hope, create good communication, provide social support/be supportive and provide information and guide the patients in problem areas. This has been shown to have good effect on coping. Quality of life is central in relation to coping.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Presentasjon av problemstillingen	6
1.3 Presisering og avgrensning av problemstilling	6
1.4 Oppgavens oppbygning	6
2.0 Berepsmessig rammeverk	7
2.1 Kronisk sykdom	7
2.2 Hva er KOLS?	7
2.3 Hjemmesykepleie	9
2.4 Sykepleiefaglig perspektiv	9
2.5 Sosial støtte	10
2.6 Kommunikasjon / informasjon	11
2.7 Mestring	12
2.8 Håp	13
2.9 Livskvalitet	14
3.0 Metode	15
3.1 Valg av metode	15
3.2 Litteraturstudie som metode	15
3.2.1 Sterke og svake sider ved metoden.	16
3.3 Litteratursøk og valg av litteratur.	16
3.4 Kildekritikk	17
3.5 Etske aspekter	18
3.6 Presentasjon av forskning	19
3.7 Presentasjon av bøker	21
4.0 ”Hvordan kan sykepleieren hjelpe KOLS pasienter til å mestre sin hverdag?”.	23
4.1 Håpet betydning	23
4.2 God kommunikasjon	24
4.3 Sosial støtte	25
4.4 Informasjon og veiledning	27
5.0 Avslutning	30
Referanseliste	31

1.0 Innledning.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema jeg har valgt å skrive om er mestring relatert til pasienter med Kronisk obstruktiv lungesykdom også kalt KOLS, som er begrepet jeg kommer til å benytte videre i oppgaven.. Jeg har valgt dette temaet på bakgrunn av hjemmetjeneste og sykehjem praksis. Jeg ble i disse periodene kjent med pasienter med KOLS og har etter dette hatt en interesse for denne pasientgruppen. Jeg har vært i kontakt med pasienter som har hatt forskjellige grader av KOLS, de har vært alt i fra godt fungerende til dårlig fungerende. Jeg synes det var lærerikt og jobbe med disse pasientene, og se hvordan de på best mulig måte prøvde ulike tiltak for å mestre sin hverdag. Jeg fikk et innblikk i hvor viktig det er for pasienter med KOLS og mestre sine problemer for å ha god livskvalitet, og så at pasienten trengte hjelp av andre for å mestre hverdagen. Bakgrunnen for at jeg har valgt min problemstilling er spesielt med tanke på en pasient som jeg fikk god kontakt med. Pasienten gjorde sterkt inntrykk på meg med sin hverdag og fortalte meg mye om hvordan hverdagen opplevdes for henne, og hvor viktig sykepleierens rolle er i forhold til å mestre. Dette er noe jeg skal prøve å få frem i oppgaven.

En regner med at 10 % av den voksne delen i Norge lider av diagnosen KOLS, dette vil si omtrent 200 000 – 300 000 mennesker. Mange lider av diagnosen uten å vite det, da KOLS ofte utvikler seg gradvis over flere år og gir lite symptomer i en tidlig fase. Det antas at kun 30 % av alle med KOLS har fått bekreftet sin diagnose (Andenæs, 2007).

Hensikten med at jeg skriver denne oppgaven er først og fremst for at det er krav for å fullføre studieretningen jeg går på. I tillegg til at jeg ønsker å få mer kunnskaper og økt forståelse om hjemmeboende pasienter med sykdommens KOLS, og hvordan pasienter opplever denne sykdommen. Jeg ønsker å sette meg inn i hvordan en sykepleier kan hjelpe disse pasientene til å mestre sin hverdag best mulig. KOLS er et økende problem, derfor er dette en sykdom som er høyst aktuell i forhold til hva jeg vil møte når jeg begynner som sykepleier. Da kan min problemstilling og min oppgave ha gitt meg mye informasjon om hvordan jeg kan hjelpe pasientene med å mestre sin hverdag, og for å oppleve livskvalitet. Noe av det jeg lærer underveis kan kanskje også tas med når det gjelder generelt å hjelpe pasienter med økt mestring.

1.2 Presentasjon av problemstillingen

Jeg har valgt problemstillingen ut fra at jeg vil finne mer ut av hvordan en sykepleier kan utøve god sykepleie til pasienter som har plager i forbindelse med sykdommen KOLS og hvordan sykepleieren kan hjelpe pasienten til å mestre sin hverdag.

Problemstillingen min ble slik: *"Hvordan kan sykepleieren hjelpe KOLS pasienter til å mestre sin hverdag?"*.

1.3 Presisering og avgrensning av problemstilling

Jeg velger i oppgave og ha fokuset mitt på mestring og kronisk obstruktiv lungesykdom. Da tenker jeg hvordan sykepleier kan bidra til best mulig mestring av hverdagen for pasienter som har diagnosen KOLS. Jeg ønsker også å ha fokuset på eldre og hjemmeboende KOLS pasienter som mottar hjemmesykepleie, og pasienter som har moderate KOLS plager. Da tenker jeg mest på plager som nedsatt kondisjon og pusteproblemer. Oppgaven min omfatter ikke den medisinske behandlingen eller praktiske sykepleietiltak. Jeg ønsker å ta tak i det psykiske aspektet i forbindelse med KOLS og mestring. Selv om informasjon og veiledning er viktig både for pårørende og pasient, er mitt fokus her pasienten. Jeg har valgt begrensninger for at oppgaven ikke skal bli for omfattende og for at jeg har en ramme på vist antall ord jeg må holde meg innenfor.

1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven starter med en innledning som sier noe om hvorfor jeg har valgt temaet KOLS og mestring. Problemstillingen min vil bli presentert sammen med hensikten med oppgaven min. Det kommer så en del om begrepsmessige rammeverk hvor jeg gjennom faglitteratur definere og beskrive sentrale begrepen i oppgaven min. Deretter følger en del om metode og litteraturstudie som metode. Jeg vil vise til mine søkeord og valg av litteratur og nevne kildekritikk og etisk aspekt. Videre skal jeg drøfte problemstilling min opp mot faglitteratur og forskningslitteratur, og prøve å finne et svar på problemstillingen. Så tilslutt kommer det en avslutning på oppgaven med hvordan sykepleier kan bidra til mestring.

2.0 Berepsmessig rammeverk

2.1 Kronisk sykdom

Siden KOLS er en kronisk sykdom har jeg valgt å definere begrepet. Dette er for å få et innblikk i hva begrepet kronisk sykdom vil si og innebærer. Kronisk sykdom er en sykdomstilstand som en ikke blir frisk av og som kan sette hindringer og begrensninger for dagliglivet (Gjengedal & Hanestad, 2007).

En definisjon på kronisk sykdom kommer fra sykepleierne Mary Curtin og Ilene Lubkin: Kronisk sykdom er en konstant tilstand som ikke går tilbake, tiltakende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele mennesket og omgivelser, og som fordrer egen omsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt (Gjengedal & Hanestad, 2007).

Når en rammes av kronisk sykdom endres livet for vedkommende. Sykdommen kan sette hinder i arbeidslivet og dagliglivet (Gjengedal & Hanestad, 2007). Den kroniske sykdommen KOLS vil som oftest påvirke hverdagen til pasientene. Den vil påvirke arbeid, familieliv, ekteskap, følelsemessige faktorer og avhengigheten av andre. (Andenæs, 2007). Hyppig kontakt med helsevesenet er en utfordring som den kronisk syke og dens familie må omstille seg til (Gjengedal & Hanestad, 2007).

2.2 Hva er KOLS?

Jeg vil se nærmere på sykdommen KOLS for å få frem hva selve sykdommen går ut på, og hvilke symptomer og problemer som følger med sykdommen. Dette er for å gi et innblikk i hva disse pasientene opplever.

KOLS er en kronisk sykdom hvor det foreligger en luftveisobstruksjon som aldri går helt tilbake, det vil si at pasientene hele tiden plages av luftveisobstruksjonen (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Lund & Solheim, 2001). Obstruktiv betyr hindring, ved KOLS hindres lufta når en puster inn og ut, men en møter mest motstand ved utpusting (Hånes & Bailey, 2008).

KOLS er en samlebetegnelse for kronisk bronkitt og emfysem. Kronisk bronkitt er en irritasjonstilstand i luftveiene (Jacobsen et al., 2001). Emfysem er en luftveissykdom som fører til at alveolene mister sin elastisitet og små bronkioler ødelegges. Det blir vanskelig å tømme lungene på grunn av at sammenklapping av små luftveier under ekspirasjon (Almås, Bakkelund,

Thorsen & Sorknæs, 2010). Graden av KOLS defineres etter GOLD kriteriene (The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease): Jeg har sett for meg pasient som ligger mellom stadium 2 og 3.

Stadium 2: Moderat KOLS, økende obstruksjon. Kronisk hoste og slim fra lungene.

Stadium 3: Alvorlig KOLS og obstruksjon. Akutt forverring av symptomer med innvirkning på livskvaliteten (Almås et al., 2010).

Symptomer:

Symptomer ved KOLS er hoste med ekspektorat, spesielt om morgnen. Dersom pasienten har tydelige obstruksjoner i perifere lungeavsnitt vil man høre en typisk pipelyd ved ekspirasjonen. Dyspné er et sent symptom eller er et tegn på akutt forverring (Jacobsen et al., 2001). Dyspné betyr anstrengt respirasjon og KOLS pasienter kan oppleve dyspné som følelsen av og bli kvalt (Almås et al., 2010).

Typiske symptomer med KOLS er kronisk hoste i perioder eller hverdag, kronisk slimproduksjon i lungene, gjentatte episoder med akutt bronkitt, tungpust som er tilstede hver dag og som forverres med anstrengelse (Almås et al., 2010). Følelsen av å ha et stramt bånd rundt brystet eller en følelse av å ikke få trukket lufta godt ned i lungene er ikke uvanlig (Sorknæs, 2001). Pasienter som har langtkommet sykdomsforløp sitter ofte forover bøyd og har tønneformet thorax/bryst. En kan se at de bruker hjelpemusklene i nakke og skuldre i større grad og de kan være cyanotisk. Cyanose betyr blålig misfarget hud eller slimhinner som følge av for lite tilgang på oksygen. Kaldt vær kan være med på å forverre symptomene på sykdommen. Pasienter med diagnosen KOLS lever ofte i en hverdag som består av angst for åndenød og kveling, redusert fysisk funksjon og redusert livskvalitet (Almås et al., 2010).

Årsak:

Almås et al. (2010) skriver at røyking er den største og viktigste årsaken til KOLS og at i følge folkehelseinstituttet 2009 er det i to av tre KOLS tilfeller snakk om røyking som årsak. I følge Andenæs (2007) er det bare 15 % av de som røyker som utvikler diagnosen KOLS. Andre årsaker til KOLS: genetiske årsaker, økende alder, yrkeseksponering av støv og kjemikalier, luftforurensing, passiv røyking, hyppige lungeinfeksjoner som barn som har ført til nedsatt lungefunksjon og astma.

Behandling:

KOLS er en sykdom som en ikke kan bli frisk av. Behandlingen tar derfor utgangspunkt i å skape en så god tilværelse som mulig for pasientene (Sorknæs, 2001).

2.3 Hjemmesykepleie

Jeg skal ta utgangspunkt i pasienter med KOLS som bor hjemme og har min bakgrunn for valg av problemstilling fra hjemmesykepleien. Jeg har derfor valgt å ha med en kort beskrivelse på hva hjemmesykepleie er.

Hjemmesykepleie er et tilbud til hjemmeboende med svekket helse, sykdom, alderdom eller en vanskelig livssituasjon. Hjemmesykepleie har flere funksjoner som for eksempel helsefremming, forebygging, behandling og lindrende funksjoner. Det overordnede målet i hjemmesykepleien er at brukeren av tilbudet skal mestre sin livssituasjon i eget hjem (Fjørtoft, 2006).

2.4 Sykepleiefaglig perspektiv

Jeg har valgt å bruke Travelbee sin sykepleietenkning i oppgaven. Hennes syn på sykepleie passer bra med min problemstilling. Travelbee tar utgangspunkt i at hensikten med sykepleien er å hjelpe mennesker til å mestre og bære sin lidelse. Travelbee legger også vekt på at håpet er viktig for å kunne mestre en sykdom (Travelbee, 1999). Sykepleie tenkningen til Travelbee er fra 1966 når hun kom med sin første bok om emnet, men jeg anser den som like aktuell den dag i dag.

Travelbees definisjon på sykepleie:

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 (Travelbee, 1999, s. 29).

Travelbee (1999) ser på hvert enkelt menneske som unikt og enestående. Hvert mennesket har en verdi sett ut fra at de er menneskelig. Hun mener at ingen sitter inne med klokskapen eller kriteriene for å måle ets menneskes verdi. Mennesket har en mulighet til å søke mening i lidelse, sykdom og smerte. Travelbee (1999) hevder at måten et menneske reagerer på sykdom er svært individuell og avhenger av ulike ting, blant annet graden av mestrings

mulighet. Selv om mennesket og menneskets måte å reagere på en lidelse er individuell og personlig finnes det allikevel noen fellestrekk. Mennesket vil som regel forsøke å finne en årsak til lidelsen eller en forklaring på hva som har skjedd. Travelbee (1999) mener at målet og hensikten med sykepleie er å hjelpe en person til å mestre, bære og finne mening i erfaringer som følger med å ha en lidelse eller sykdom. Sykepleieren skal også hjelpe mennesket til å ha håp. Uten håp ser en som oftest ikke lengre en mulighet eller har initiativ eller motivasjon til å forandre eller forbedre sin situasjon og mestrer sykdommen dårligere.

For å oppnå hensikten må sykepleieren skape en tilknytning til pasienten, et menneske-til-menneskeforhold. Begrepet menneske-til-menneske forhold er et virkemiddel som gjør at en sykepleier kan oppfylle sykepleiens mål og hensikt. Det betyr å unngå et sykepleier-pasient forhold, da dette gjør at en ikke når frem til hverandre. Kommunikasjon er et viktig redskap for å etablere et menneske-til-menneske forhold til pasienter. Gjennom kommunikasjon blir sykepleieren og pasienten kjent med hverandre som igjen hjelper til å gjennomføre mål og hensikt med sykepleien. Sykepleieren oppfordres i følge Travelbee til å bli kjent med pasienten som individ ikke som sykdom eller pasient. Sykepleieren må møte pasienten der pasienten er og bistå pasienten for at han ikke føler seg alene. Alt sykepleieren gjør sammen med den syke bidrar til å kunne oppfylle sykepleiens mål og hensikt (Travelbee, 1999).

2.5 Sosial støtte

Sosial støtte er sentralt i mestring av ulike livshendelser. Vi mennesker trenger noen å støtte oss til gjennom hele livet. Når helsen svikter vil betydningen av sosial støtte for mange bli enda sterkere (Renolen, 2008). Når en person mottar støtte vil det hindre at belastninger utvikler seg til psykiske problemer og sykdom. Det vil gi økt mestringsevne (Smebye, 2005).

Det er to ulike innfallsvinkler og studere sosial støtte på, den tilgjengelige støtten som venner, familie eller andre og personens egen opplevelse av støtten. Når en er i en vanskelig situasjon er hvordan personen opplever støtten viktigst (Renolen, 2008). Støtte har en direkte innvirkning på helsen vår. Når en føler at en får god støtte vil tilværelsen føles stabil og forutsigbar og en føler seg verdsatt. Det har en dempende effekt på stressopplevelse, dette fordi en vet at støtten er der (Smebye, 2005).

Emosjonell støtte er veldig viktig. Dette betyr å få sympati, aksept og verdsettelse. Dette vil styrke følelsen av at noen bryr seg. Pasienter trenger støtte til å bearbeide følelser og reaksjoner. Her handler det om samtaler omkring hvordan situasjonen oppleves og tanker pasienten har omkring sykdommen (Renolen, 2008). Mangel på sosial støtte kan bidra til sykdom fordi en føler seg forlatt og alene og en kan bli overveldet av kravene i situasjonen en er i (Smebye, 2005).

2.6 Kommunikasjon / informasjon

Kommunikasjon har jeg også valgt å definere. Dette er for å få et innblikk i hva begrepet omhandler. Kommunikasjon er viktig for å skape tillit og trygghet mellom pasient og sykepleier. Travelbee (1999) skriver at gjennom kommunikasjon blir sykepleieren og pasienten kjent med hverandre. Det hjelper sykepleieren til å kunne gjennomføre mål og hensikt med sykepleien.

Kommunikasjon kommer fra det latinske ordet *communis*, som betyr å ha felles. I samhandlingen mellom mennesker er kommunikasjon nødvendig for å skape felleskap. Ulike faktorer som kan ha betydning for kommunikasjonen er: verdier, kulturer, selvbildet, rolleoppfatning og forventninger til seg selv og andre (Hummelvoll, 2004). Mye av det vi trenger for å fungere psykisk er knyttet til menneskene rundt oss, dermed er kommunikasjon avgjørende faktor (Ekeland, 2007). Fjørtoft (2006) skriver at i følge Røkenes og Hanssen handler det om å skape et godt møte, en god relasjon. Den grunnleggende evnen til å kommunisere er noe alle mennesker har, og det er noe vi gjør hele tiden. Kommunikasjonen foregår ikke bare med ord men også utseende og væremåte ovenfor andre mennesker. Kommunikasjon og det å skape tillitt er et viktig arbeidsredskap for sykepleieren (Fjørtoft, 2006). For å få til god kommunikasjon er det viktig at en føler seg respektert og anerkjent som et menneske. Det er ødeleggende for kommunikasjonen dersom en ikke gjør dette (Ekeland, 2007). Sykepleieren har i møte med mennesker som trenger hjelp et spesielt ansvar for å legge opp til god kommunikasjon. Profesjonalitet i helsefaglig kommunikasjon kan kjennetegnes ved 4 punkter:

- Kunnskap og ferdighet
- Etikk
- Målorientering
- Empati (Fjørtoft, 2006)

Sykepleierne må ha kunnskaper om målgruppen og kommunikasjon, og kommunikasjonen må styre av etiske verdier. Å ha en forståelse for andre reaksjoner og følelser er sentralt for kommunikasjonen. Det kan ofte være bra å sette mål for kommunikasjonen, sett ut ifra om hensikten er informasjonsformidling eller å oppnå kontakt og trygghet mellom pasient og sykepleier (Fjørtoft, 2006). Empati er et gresk ord og betyr fra direkte oversettelse, innfølelse (Renolen, 2008). Å ha empati vil si og sette seg inn i andres situasjon og leve seg inn i deres følelser. Å ha empati ses på som veldig sentral i møte med syke mennesker som en helsearbeider (Ulla Holm, 2001) Når et menneske rammes av funksjonssvikt kan dette oppleves som et stort hinder for kommunikasjon (Fjørtoft, 2006).

En sykepleieroppgave i forhold til syke mennesker er å ha nærkontakt med pasienten, informere og veilede i spørsmål som oppleves vanskelige (Renolen, 2008). Veiledning og informasjon handler om å gi ny ferdigheter og kunnskaper til den syke, som kan hjelpe i mestringen av sykdommen (Storaker, 2007).

2.7 Mestring

Mestring er viktig for alle mennesker. Når en opplever at en har kontroll og at en er i stand til å mestre situasjoner vil situasjoner virke mindre truende. Studier viser at bedre mestring et menneske har, jo bedre oppleves livet til vedkommende (Fjørtoft, 2006). Mestring er i behandling av kronisk sykdom minst like viktig som den medikamentelle behandlingen (Storaker, 2007).

Psykologene Lazarus og Folkman kom i 1984 med en definisjon på mestring: stadig skiftende og kognitiv adferdrettmessig forsøk på å takle bestemte indre og/ytre utfordringer som blir oppfattet som en byrde eller som går utover de ressursene pasienten har (Heggen, 2007).

Behovet for mestring oppstår når et mennesket blir utsatt og prøver å håndtere en situasjon som oppleves som påkjenning eller belastning, for eksempel dødsfall, skilsmisse eller å få en alvorlig sykdom (Heggen, 2007). Mestring er en persons opplevelse av å kunne påvirke sin situasjon og har en positiv innvirkning på livskvaliteten (Fjørtoft, 2006). Lazarus og Folkman mener at mestring av situasjon avhenger av hvordan hver enkelt tolket situasjonen, som igjen er avhengig av erfaring og ressurser. Mestring handler om å ha tilgang til ressurser, kunnskap, ferdigheter, hjelpere og ha evne til å utnytte disse (Heggen, 2007).

Sosiologen Antonovsky har en teori som omhandler stress og mestring. Forståelse, mestring og mening er tre sentrale begreper i denne teorien om mestring. Med *forståelse* mener han den forståelsen hvert enkelt menneske har av sin situasjon, forståelsen bygger på kunnskapen mennesket sitter med. *Mestring* knyttes til at mennesket vet at en er i stand til å bruke tilstrekkelig ressurser ovenfor utfordringene som oppstår. Å finne *mening* har ifølge Antonovsky noe med å betrakte livets utfordringer og problemer som en del av livet. Ved å ha fokus på disse tre begrepene mener Antonovsky at en lettere kan håndtere og mestre de utfordringene livet kommer med (Bastøe, 2007).

2.8 Håp

Jeg vil definere begrepet håp. Håp er sentral for at pasienter skal mestre sin sykdom, og for å få en god hverdag. En følelse av håp vil gi energi, styrke mot til å takle motgang (Renolen, 2008).

Håp er knyttet til fremtiden og vil bli et sentralt begrep for kronisk syke. Håp blir også beskrevet som å være en faktor for god livskvalitet, ikke bare mestring. Håp er beskrevet som en følelse, en erfaring, et behov og en dynamisk egenskap (Rustøen, 2007). Håpet kan deles i to ulike typer: universelt håp og spesifisert håp. Universelt er definert som generell tro på fremtiden mens spesifisert håp er knyttet til at man håper på noe konkret (Renolen, 2008).

Travelbee er en teoretiker som er nevnt tidligere og har definert begrepet håp. Håp er en mental tilstand med et ønske om å nå frem til eller oppfylle et mål. Personen som har mistet håpet har mistet troen på at problemet som har oppstått kan løses og er i sykdom for å ikke gi opp. Et mennesket med håp har oppmerksomheten rettet mot en bedre fremtid, selv om øyeblikket kan være fult med fortvilelse og takler bedre tap, ensomhet og mangler. (Travelbee, 1999). I følge Madeleine Clemence Valliot er det en sykepleierens oppgave og inspirere pasienten til å ha håp (Gylling, 2003).

2.9 Livskvalitet

Jeg har valgt å definere begrepet livskvalitet. Det er en sterk sammenheng mellom mestring av en sykdom og livskvalitet. Det er viktig at det legges til rette for den enkeltes opplevelse av livskvalitet (Fjørtoft 2006).

Næss skrev i 2001 en definisjon på livskvalitet. Hun skriver at livskvalitet er å ha det godt, at man har gode følelser og positive vurderinger av sitt eget liv. Gode følelser kan forstås som glede, engasjement og kjærlighet. Positive vurderinger forstås som tilfredshet, selvspekt og opplevelse av mening (Wahl & Hansestad, 2007).

Hva som defineres som å ha det godt varierer fra menneske til menneske. I møte med pasienter er det vesentlig å ta tak i den personens oppfatning av det gode liv. Å ha det godt er en indre opplevelse men er styrt av ytre faktorer som helse, levekår og sosiale relasjoner (Fjørtoft, 2006). Livskvalitet dreier seg også om hvilke verdier, mål, forventninger og meninger hver enkelt har i livet. Noen faktorer kan være viktige for livskvalitet: å være nyttig, uavhengig, ha selvbestemmelse, ha støtte, føle seg sterk og trygg, god helse, å kunne være aktiv og opplevelse av mestring (Wahl & Hansestad, 2007).

3.0 Metode

Metode defineres av Aubert i Dalland (2007, s.83) som en fremgangsmåte eller middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Hvilket som helst middel som tjener dette formålet hører med under metode. Metode er vårt redskap i møte med noe vi vil undersøke. Metoden vil hjelpe oss til å samle inn nødvendig informasjon til det vi vil undersøke. Det vi mener vil gi oss god data og belyse spørsmålet vårt på en faglig og interessant måte er ofte begrunnelsen for å velge en bestemt metode (Dalland, 2007).

Kvantitative metoder tar sikte på å forme informasjon om til målbare enheter. Noe som kan gi oss muligheten til å for eksempel finne gjennomsnitt og prosent. Måten en kvantitativ metode foregår på er med spørreskjema som har faste svar (Dalland, 2007). Kvalitativ metode er en forskningsmetode som tar for seg menneskets egne skrevne eller talte ord (Olsson & Sörensen, 2003). Kvalitativ metode foregår med intervju uten faste svaralternativer. Begge metodene tar på sikte på å forbedre forståelsen for samfunnet vi lever i, og hvordan enkelt mennesker samhandler. Begge metodene kan i noen sammenhenger være aktuelle og bruke sammen for å belyse et tema (Dalland, 2007).

3.1 Valg av metode

Jeg bruker i oppgaven litteraturstudie som metode. I retningslinjer for bacheloroppgaven står det at litteraturstudie er metoden som ska brukes. I hovedoppgaver er det vanlig å bruke litteraturstudier som metode (Olsson & Sörensen, 2003).

3.2 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie er å gjøre systematiske søk, kritisk granske og sammenfatte litteraturen innenfor et valgt tema. En allmenn litteraturstudie kan være en litteraturgjennomgang, forskningsoversikt eller litteraturoversikt. For å kunne utføre en systematisk litteraturstudie er det viktig at det finnes nok studier av god kvalitet, som kan ligge bak vurderinger og funn (Forsberg & Wengström, 2008). Som alle andre oppgaver skal litteraturstudier bestå av bakgrunn, formål, spørsmålsstilling og innsamlingsmetode osv. Litteraturen blir i denne type oppgaver informasjonskilden, på samme måte som en respondent vil være ved et intervju. I drøftingsdelen skal man sette innsamlingsdata fra litteraturen i dialog med bakgrunns litteraturen og drøfte dette ut fra formål og spørsmålsstilling (Olsson & Sörensen, 2003). I litteraturstudier skal artiklene som er brukt være kvalitetsbedømt, eller så kan det være fare for feil kilder (Forsberg & Wengström, 2008).

3.2.1 Sterke og svake sider ved metoden.

Sterke sider ved litteraturstudie som metode er at en får mye informasjon om et emne på kort tid, og får en breddeinnsikt innenfor emnet i studien. Sykepleiere og leger holder seg oppdatert innenfor sitt område ved hjelp av artikler og bøker som er gjort av ekspertene innen for det bestemte området (Forsberg & Wengström, 2008).

Svake sider med litteraturstudie som metode er i følge Hearn m.fl som siteres i Forsberg & Wengström (2008, s. 30): Man får en begrenset tilgang til relevant forskning om emnet, studien kan være selektiv dersom ekspertene velger studier som støtter deres egne meninger eller synspunkter på emnet og eksperten innenfor samme område kan ha kommet frem til ulike resultater (Forsberg & Wengström, 2008).

3.3 Litteratursøk og valg av litteratur.

Formålet med litteratursøk vil være for å finne ulik kunnskap som allerede finnes om emnet, relatert til problemstillingen, forskningsspørsmål eller hensikt. Man må bruke en god søkestrategi for å finne frem til relevant tema og for å holde irrelevante tema eller stoff utenfor (Bjørk & Solhaug, 2008). Det er viktig å være åpen for nye ideer, vår egen forforståelse kan være begrensene, litteraturen kan være til hjelp for å åpne for flere perspektiver (Dalland, 2007).

Bøker jeg har brukt i oppgaven er bøker fra pensumlisten og bøker jeg selv har funnet ved biblioteket på skolen som er relevante for oppgaven min. Da jeg søkte etter litteratur brukte jeg databasene Proquest, Academic Search Premier, Vård i norden og CINAHL.

I **ProQuest** fikk jeg 7276 treff da jeg søkte "chronic obstructive pulmonary disease". Jeg valgte å begrense søke med å kombindere ordet med "coping, jeg fikk da 31 treff. Her var det flere aktuelle artikler. Jeg valgte å kombinere disse to søkeordene med "nursing" og søkte på kun fulltekst artikler for å begrense søket mitt ytterligere, da fikk jeg 15 treff. Hvorav 7 av artiklene var fra 1997 eller eldre så disse utelukket jeg fra oppgaven min på grunn av årstall. Av de gjenværende 8 artiklene har jeg valgt ut 2 som skal være med i oppgaven min. Jeg søkte så "chronic obstructive pulmonary disease" og "hope" og fikk 30 treff jeg har jeg valgt ut 1 artikler.

I **Academic Search Premier** fikk jeg 6047 treff på søket ordet "COPD". Jeg valgte å kombinere søkeordet mitt med "coping" og "anxiety" og fikk da 4 treff. Her har jeg valgt ut 1 artikkel som skal være med i oppgaven min. Jeg valgte og kombinere "COPD" med "coping" og "nursing" og fikk da 13 treff.

I **CINAHL** brukte jeg søkte ordet "chronic obstructive pulmonary disease" og fikk 5841 treff, jeg valgte og kombinere med søkeordet "hope" og fikk dermed 21 treff. Her har jeg valgt ut 1 artikkel jeg synes var god.

Vård i Norden:

"Relasjon" – 58 treff.

"COPD" – 4 treff.

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode som brukes for å kunne finne ut om en kilde er sann, en vurderer og karakteriser kildene som skal benyttes. Hensikten med kildekritikk er for å vise leserne hvilke refleksjoner en har gjort seg, hvilken relevans og gyldighet de aktuelle kildene har i forhold til å belyse problemstillingen. Det kan være greit at en beskriver hvordan litteratursøket har gått. Det er to sider med kildekritikk: Den ene handler om hjelp til å finne frem litteraturen som belyser problemstillingen, den andre å gjøre rede for brukt litteratur (Dalland, 2007).

Primærkilde er original kilden også kalt førstehåndskilden, Typiske eksempler på slike kilder er rapporter fra enkeltstående forsknings eller fagutviklingsprosjekter. Det kan også være for eksempel upubliserte masteroppgaver og prosjektrapporter og bøker. Sekundærkilde er en andrehåndskilde der materialet til primærkilder er bearbeidet. Dersom en med tanke på en annens teori som står i en pensumbok blir pensumboken sekundærkilden, en støtter seg da på en annens forfatters fremstilling ikke på selve originalen (Bjørk & Solhaug, 2008).

Når jeg lette frem litteratur til oppgaven utenom pensum har jeg prøvd å bruke primærkilder, men det er ikke alltid dette har vært mulig. Når jeg har brukt sekundærkilder angående hva enkelt personer har sagt for eksempel Hearn, har jeg referert til sidetall i boken jeg har funnet litteraturen. Når jeg har søkt etter forskningsartikler har jeg prøvd å lese hvilke artikler som har mest relevans for min oppgave. Jeg har prøvd å unngå at litteraturen min skal være mer en 10 år gammel, spesielt tenker jeg da på forskningsartikler. Dette er på grunn av at forskningen

stadig finner ut nytte ting og fornyer seg, så en kan risikere at forskningen er for gammel. Noen bøker som for eksempel Travelbee sin bok er eldre enn 10 år men i dette tilfellet anser jeg hennes syn på sykepleie like aktuelt ennå. En artikkel om kommunikasjon handler om psykiatriske pasienter i egen bolig, men jeg synes den allikevel passer i forhold til hva som forventes av en sykepleier med tanke på væremåte og kommunikasjon. Jeg har også valgt å bruke en artikkel som omhandler håp som er fra 1990, jeg anser denne artikkelen som like aktuell i dag. Selv om jeg har sett og brukt artikkelene med kritisk blikk siden den er gammel.

3.5 Etiske aspekter

I en litteraturstudie er det viktig at en bruker rett kildehenvisning på kildene som brukes. Dette er for å unngå plagiering (Forsberg og Wengstrøm, 2008). Plagiering betyr menneskerov, men kan i slike sammenhenger tolkes som tekstrov (Olsson & Sørensen, 2003). Den svenske Kommitte om forskningsetikk har i 1998 skrevet en liste på 5 punkter om vitenskapelig uredelighet:

- 1. Uredelighet i forbindelse med håndtering av data/kildemateriale og vitenskapelig metode.*
- 2. Plagiering – det å ta noe som en annen har gjort og føre det videre som om det var ens eget.*
- 3. Uredelighet i forbindelse med publisering.*
- 4. Uredelighet i forbindelse med interessekonflikter.*
- 5. Manglende dømmekraft og upassende atferd. (Olsson og Sørensen, 2003, s. 62).*

Jeg prøver i oppgaven så godt jeg kan å bruke rett kildehenvisning og vise til hvor jeg har funnet materialet jeg har brukt. Jeg prøver å være så nøyaktig som mulig når jeg oppgir mine referanser i teksten og referanselisten i slutten av oppgaven. Dette er for å unngå at jeg tar ære for noe som forfatterne til mine kilder har skrevet. Referansene mine blir referert etter høyskolens standard for referansebruk. Jeg har prøvd å se på om artiklene mine er godkjent i etisk komité.

3.6 Presentasjon av forskning

”Coping with symptoms of dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease” av Baker & Scholz (2002). Studiens hensikt var å se på symptomer som oppstår ved dyspné og bruk av mestringsstrategier ved KOLS. Det er en kvantitativ studie. I studien kommer det frem blant annet at de hyppigste fysiske symptomene var kortpust, tretthet og søvnproblemer. Mens de psykiske symptomene var å være hjelpløs, håpløshet, angst og irritasjon. Videre kommer det frem at kontroll over symptomer som tungpust og angst er viktig for mestring. Det er sentralt at en sykepleier må hjelpe denne gruppen for å mestre symptomene med for eksempel med informasjon og veiledning. De viktigste mestringstrategiene i studien er optimisme, problemløsende mestring og det å motta sosial støtte.

”The role of coping resources and coping style in quality of life og pasients with asthma or COPD” av Hesselink, Pennix, Schlösser, Wijnhoven, Van der Windt, Kriegsmann & Eijk (2004). Dette er en kvalitativ studie som ser på forskjellen mellom livskvalitet og mestring mellom KOLS og astma pasienter. Funnene i studien kommer frem til at psykososiale mestringressurser og mestringstil er forbundet med livskvalitet hos pasienter med astma eller KOLS. Dårlig livskvalitet var knyttet til selvbilde og liten følelse av mestring. KOLS-pasienter rapporterte mindre følelse av mestring og selvtilit og en dårligere livskvalitet. Å få økt selvfølelse og sosial støtte virker positivt inn på livskvaliteten til KOLS informantene.

”Chronic obstructive pulmonary disease: a phenomenological study of patients’ experiences” av Barnett (2004). Hensikten med studien var å undersøke opplevelsen av å leve med KOLS, forklart av pasienter selv. Funnene i studien viser at andpustenhet er det verste symptomet med KOLS som igjen førte til angst, panikk og frykt. Informantene fortalte at frustrasjon og trøtthet som følge av andpustheten hadde ført til sosial isolasjon. For sykepleierne er det viktig at de bryr seg om pasienten og hører etter hvordan symptomene arter seg. Pasientene vil føle seg mer ivaretatt. For noen av informantene opplevdes det som viktig med sosial støtte, og det at noen var der og holdt dem i hånden under anfall.

”COPD and coping with breathlessness at home: a review of the litteratur” av Harris (2007). Dette er en review studie som handler om KOLS pasienter og hjemmesituasjonen. Hensikten er for å se på hvordan KOLS pasienter klarer seg i hverdagen og i hjemmesituasjon. I artikkelen kommer det frem at stadig kontakt med sykepleier gjorde hverdagen bedre og letter og mestre. Kontakten kunne være gjennom møter men også oppfølging via telefon hadde positiv effekt. Kontakten gjorde at pasientene mestret hjemme situasjon og var med på og hindre innleggelse.

”Hope: a construct central to living with chronic obstructive pulmonary disease” av Milne, Moyle & Cooke (2009). Hensikten med studien var å se på betydningen av håp for mennesker som lever med sykdommen KOLS. I studien kommer det frem at håp ofte vedvarer selv om en lever med kronisk sykdom. Informantene avslører at de vil leve så normalt som mulig. Det hjemmebaserte vedlikeholdsprogrammet økte muligheten for håp, aktivitet og velvære. Sykepleierne spiller en stor rolle i forhold til å opprettholde eller få håp for informantene. Håp øker muligheten for kontroll, som øker muligheten for mestring i følge forfatterne.

”Coping behaviours of individuals with chronic obstructive pulmonary disease” av Wu, Lee, Baig & Wichaihum (2001). Den kvantitative studien har som hensikt å undersøke ulike mestringsstrategier, mestringsstiler og effektiviteten av disse for pasienter med KOLS. De fire mest brukte og effektive mestringsstilene var i rekkefølge støtte, optimisme, lindring og konfrontering. Mest brukte mestringsstrategier: stole på gud, trene, holde humøret oppe og holde fokus på positive ting i livet. Resultatene ga innsikt i hvordan pasienter med KOLS mestrer og kan brukes som retningslinjer for sykepleien.

”Evaluation of a nurse-led groupbased education program for in-patients with chronic obstructive pulmonary disease” av Göransson, Kirkegaard & Fridlund (2003). Hensikten med studien var å se på effekten av ulike undervisning- og informasjonsprogram for inneliggende pasienter med KOLS. Det kommer frem i studien at gruppeundervisning økte kunnskapen om sykdommen, egen omsorgen ble bedre mens motivasjonen for røykeslutt og kosthold ble uendret. Informantene hadde godt av å møte mennesker som var i lignende situasjoner som sin egen. Trettheten ble bedre generelt i dagliglivet til pasientene. En sykepleiers oppgave er å undervise og lære pasientene om gode mestringsmåter. Forfatteren skriver at undervisning bør også skje enkeltvis.

”Opplevelse av behov for hjelp hos psykiatriske pasienter som bor i egen bolig” av Birkeland og Kristoffersen (2004). Studien har som hensikt å få frem psykiatriske pasienters opplevelse av situasjonen sin hjemme, og i hvilke situasjoner de trengte hjelp hos sykepleier. Funnene i studien viste at det var viktig for informanten å ha en uformell kontakt med sykepleierne, og at fokuset til sykepleierne burde være motivasjon og praktisk hjelp. Sykepleierens holdning var viktig for å skape god relasjon, og sykepleieren måtte bli kjent med dem som person. Hjelpen pasientene i studien hadde mest behov for var emosjonell støtte, sosial kontakt og aktiviteter.

”The effects of positiv mental imagery on hope, coping, anxiety, dyspnea and pulmonary function in persons with chronic obstructive pulmonary disease: tests of a nursing intervention and a theoretical modell” av Aubuchon (1990). Hensikten med studien var å fastslå effekten av positive bilder på håp, mestring, angst og dyspnê hos personer med KOLS og å teste en teoretisk modell som forklarer effekten av bilder. Forfatteren fant ut i studien at håpet endret seg som følge av behandling, mens angsten ble uendret. Håpløshet henger sterkt sammen med å miste kontrollen. Forfatteren la vekt på at håpet er viktig for utfallet av sykdommen. Håp er viktig for å mestre sykdom, det hjelper den syke til å handle effektivt for å bedre situasjonen sin.

3.7 Presentasjon av bøker

Her kommer det en kort presentasjon av noen av bøkene som er brukt i oppgave for å finne svar på min problemstilling. Jeg har valgt ut noen av de bøkene som har blitt brukt mye og som er mest relevante for oppgaven.

Joyce Travelbee: ”Mellommenneskelige forhold i sykepleien” (1999). Denne boken er aktuell for min oppgave da den handler om hva mennesker trenger for å oppleve håp, mening og for å mestre sin situasjon når de rammes av lidelse eller vanskelig tid i livet. Boken beskriver også at kommunikasjon er viktig og at det må være gode relasjoner mellom sykepleier og pasient. For å få dette til setter hun menneske-til-menneske forholdet sentralt.

Eva Gjengedal & Berit R. Hanestad (red.): "Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring" (2007). Dette er en bok som en innføringsbok i hva det vil si å være kronisk syk. Denne boken er aktuelt for min oppgave da den gir en innsikt i hvordan kronisk lidelse påvirker livskvalitet og helse og hvordan ulike grupper takler dagliglivet og hvordan hverdagslivet, yrkesliv, sosialt nettverk og helsetjenester oppleves.

Hallbjørg Almås (red.): "Klinisk sykepleie 1" (2001). Boken inneholder teoretiske og praktiske kunnskaper om ulike sykdommer og tydeliggjør ulike konsekvenser, hvordan en skal ivareta pasienter og sykepleierens ansvar og oppgaver i forhold til dette. Denne boken er aktuell for min oppgave da den har kapittel som omhandler sykepleie til pasienter med forstyrrelser i lungefunksjonen og et kapittel om hvordan en skal utføre sykepleie til pasienter med diagnosen KOLS.

Åse Renolen: Forståelse av mennesket – innføring i psykologi for helsefag (2008). Boken gir innblikk i det å forstå et mennesket og menneskers reaksjoner, derfor er den også aktuell for min oppgave. Eksempler på hva som beskrives er: Kjennetegn ved menneskelæring. Kroppslige endringer og selvoppfattning. Litt om hvordan en skal møte kriserammede, reaksjoner i kriser, hvordan vi danner inntrykk av andre. Den omhandler også stressreaksjoner og faktorer som virker inn på stressmestring.

4.0 "Hvordan kan sykepleieren hjelpe KOLS pasienter til å mestre sin hverdag?"

Her vil jeg drøfte problemstillingen opp mot faglitteratur og forskningslitteraturen for å prøve å komme frem til et svar. Jeg kommer også til å trekke inn egne erfaringer med KOLS pasienter i hjemmesykepleien. Temaene jeg skal drøfte er:

- Håpets betydning
- God kommunikasjon
- Sosial støtte
- Informasjon og veiledning

4.1 Håpet betydning

I følge Milne, Moyle & Cooke (2009) er håp av betydning for å komme gjennom hverdagen for KOLS pasienter. Informantene i studien hadde alle hvert sitt håp, både store og små, men det viste seg å ha stor betydning for hver enkelt. Baker & Scholz (2002) hevder at håpløshet kan bli sett på som et symptom hos KOLS pasienter. Håp er ifølge Renolen (2008) viktig i mestring av sykdom, håp er nemlig noe som gir oss energi og styrke til å takle motgang. Håp er det som gjør det mulig for den syke å komme over hindringer i hverdagen i følge Travelbee (1999), og håpet gjør det mulig å takle tap, ensomhet og mestre sykdom. Rustøen (2007) påpeker at siden håpet er knyttet til fremtiden vil det være svært sentralt i sykdom og for livskvaliteten, og Aubuchon (1990) legger vekt på at håpet er viktig for utfallet av sykdommen. Travelbee (1999) hevder igjen at et menneske uten håp ser ikke utvei eller mulighet til å kunne forbedre sin situasjon og prøver ikke lenger å mestre. Av erfaring fra arbeid med pasienter har jeg sett store forskjeller i hvordan hverdagen takles. Noen som har store funksjonssvikter kan takle hverdagen bedre enn pasienter med mindre. Dette så ut som det hadde mye med hvordan personene takler funksjonssvikten og hvilke muligheter de så for fremtiden. En har sett veldig syke bli friske uten at en helt forstår, da har nok håpet hatt en del å si.

Aubuchon (1990) skriver i sin doktograd at håp er et viktig fenomen i å mestre en sykdom. Når en har håp motiveres personen til å handle effektivt med ulike metoder når sykdommen er forverret. Det kom frem i studien at håpløshet henger sterkt sammen med følelsen av å miste

kontroll. I studien til Baker og Scholz (2002) hevdes det at det var viktig og ha kontroll over symptomene for å mestre hverdagen. Dermed kan man si at å miste kontroll vil gjøre at personen føler håpløshet og redusert mulighet til mestring. Travelbee (1999) skriver at når et mennesket har håp føler han at han har valg foran seg og åpner muligheten for følelse av kontroll. Håpet til informantene i studien til Milne et al. (2009) så til å øke sammen med følelse av økt kontroll. Forfatterne viser til en studie som fant at når en fremmer håpet, og prøver å øke pasienters følelse av å ha kontroll, vil muligheten for mestring øke. Informantene opplevde håp når de kunne nyte hverdagslige ting og føle velvære. Rustøen (2007) hevder at når en styrker håpet til en person som er kronisk syk vil det hjelpe dem til å gjenvinne følelse av kontroll og velvære.

I følge Milne et al. (2009) at det er viktig for en hjemmesykepleier å bevare håpet eller fremme håp hos KOLS pasienter. Håp hos syke er i følge Renolen (2008) sentralt i mestring av sykdom. Både Renolen (2008) og Gyllingen (2003) understreker at en vesentlig sykepleieroppgave er å hjelpe og inspirere pasienter til å ha håp. Rustøen (2007) viser til en studie som beskriver hva som er viktig for å styrke håpet, studien fortalte hva som var viktig at helsepersonell gjør. Det kom frem at det var informasjon, være vennelig, høflig, vise respekt, ta seg tid til å prate, være omsorgsfull og bare være der. Den viktigste faktoren som reduserte håp var måten informasjon ble gitt på. Renolen (2008) nevner de samme faktorene som noe som styrker håpet, og den viktigste som reduserer er hvordan informasjon gis.

4.2 God kommunikasjon

Milne et al. (2009) skriver i sin studie at kontakten mellom en pasient og hjemmesykepleier er viktig, blant annet for å opprettholde håpet for pasienter med sykdommen KOLS. Og som nevnt skriver Renolen (2008) at håp er sentralt for å kunne mestre en sykdom. Man kan derfor si at god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient styrker håpet og ikke minst mestringen av hverdagen med en KOLS sykdom.

I studien til Barnett (2004) hevdes det at sykepleieren måtte bry seg om pasientene og høre etter deres behov, de følte seg da ivaretatt. I følge Travelbee (1999) er det viktig at sykepleieren blir kjent med pasienten som person, og ikke for diagnosen. Man må skape et menneske-til-menneske forhold og se bort fra pasient – pleier forholdet. På denne måten vil kommunikasjon hjelpe sykepleieren å utøve målet og hensikten med sykepleien. Fjørtoft (2006) hevder at for å forstå et mennesket må vi se hele mennesket ikke bare sykdommen. I

studien til Birkeland og Kristoffersen (2004) mente informantene at for å skape god kommunikasjon mellom dem og hjemmesykepleieren, var det for de fleste aktuelt at hjemmesykepleieren kom med egne erfaringer og litt om eget liv, innenfor visse grenser. Dette gjorde at de ble bedre kjent. I følge Travelbee (1999) er det gjennom kommunikasjon man kjent med pasienten og skiller dem fra andre pasienter. Noe som hun anser som viktig for sykepleien og kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Kommunikasjon er en prosess hvor en påvirkes av hverandres meninger, ideer, følelser og holdninger skriver Mackay (2001).

Informantene i Birkeland og Kristoffersen (2004) sin studie trekker frem at hjemmesykepleierens holdning var viktig for kommunikasjonen og relasjonen mellom dem. Det var viktig at sykepleieren prøvde å ha forståelse for dem som pasient, at tider som ble avtalt ble holdt og at sykepleieren satt seg inn i deres situasjon. Det å sette seg inn i eller ha forståelse for pasientene (å ha empati) vil være et betydningsfullt verktøy for å bygge opp en god relasjon eller kommunikasjon til den hjelpetrengende. Fjørtoft (2006) skriver at empati er en forutsetning i forhold til kommunikasjon. Renolen (2008) hevder at væremåten vår i en situasjon vil være avhengig av vår evne til empati. Det kan være vanskelig å bry seg uten empati. Men som Travelbee (1999) skriver så gir ikke empati automatisk god kontakt mellom mennesker. Ekeland (2007) påpeker at for å oppnå god kommunikasjon mellom mennesker er det viktig at menneskene anerkjenner hverandre, og ikke minst respektere hverandre. Det vil være ødeleggende for kommunikasjonen dersom respekt utelates.

4.3 Sosial støtte

Studien til Harris (2007) viser at kontakten og støtten informantene fikk av hjemmesykepleieren gjorde det lettere å mestre hverdagen med sykdommen KOLS i eget hjem. Støtten kunne være gjennom hjemmebesøk, men også oppfølging gjennom telefonsamtale hadde positiv effekt på informantene. Det kommer frem i studien til Wu, Lee, Baig & Wichaihum (2001) at viktige og mye brukte mestringsstiler hos pasienter med sykdommen KOLS var: optimisme, støtte, lindring og konfrontering. Renolen (2008) skriver at sosial støtte er sentralt i mestring av ulike livshendelser, vi trenger gjennom hele livet noen å støtte oss til. Den sosiale støtten vil bli ekstra tydelig når helsen vår svikter. Travelbee (1999) påpeker at vi mennesker er avhengige av andre mennesker, og av å få hjelp. Smebye (2005) nevner at når en mottar støtte vil en føle tilhørighet i et fellesskap, noe som vil være en

ressurs i mestring av hverdagen med sykdom. Sosial støtte har en dempende effekt på stressopplevelsen hos mennesker.

Når en har sykdommen KOLS innebærer det pustebesvær, hoste og nedsatt kondisjon (Andenæs, 2007). Studiene til Barnett (2004) og til Baker og Scholz (2002) viser at tungpusten var det verste symptomet med KOLS, etterfulgt av tretthet. Tungpusten førte til psykiske problemområder som angst og frustrasjon. Pustebesvær er en ubehaglig følelse av og ikke få puste nok, og av å bli kvalt. Pustebesvær påvirker oftest også den psykiske tilstanden og kan gi utslag i frustrasjon, angst og stress (Almås et al, 2010). Av erfaring fra praksis så jeg dette tydelig med egne øyne, men ble også fortalt av pasienter at det verste med sykdommen var tungpust og angsten som fulgte pustevanskene. Pasientene la vekt på hvor godt det var at noen var hos dem, og tanken på at noen kom og hjalp dem. De anså sosial støtte fra hjemmesykepleien, familie og venner som viktig for å mestre hverdagen. Baker & Scholz (2002) fant blant annet i studien at å få kontroll over symptomene som blant annet tungpusthet og angst vil ha stor betydning for mestringen, her var støtte og optimisme samt informasjon og veiledning viktig. I studien til Barnett (2004) viser det at informantene mente det var viktig at sykepleieren var der for dem, og viste at de brydde seg. Den sosiale støtten var spesielt for en informant viktig under anfall, det var av stor betydning at noen var der og holdt henne i hånden. Når en pasient opplever pustebesvær bør en sykepleier opptre rolig og bli hos pasienten for å støtte ham (Sorknæs, 2001). Hvordan en pasient takler pustebesvær handler mye om den psykiske tilstanden og støtten han får. Opplevelsen av pustebesværet påvirkes av eventuell angst, depresjon og sinne (Margereson, 2001). Stress og angst har negativ effekt på sykdom og kan forverre sykdommen (Aubuchon, 1990). Begrepet mestring blir assosiert med å lykkes med å takle problemer, ikke nødvendigvis og løse problemer. For en KOLS pasient handler mestring om å lykkes i mestring av sin hverdag, og å forholde seg til stresset som følger med tungpusthet (Andenæs, 2001).

Wu et al. (2001) hevder i sin studie at den mest effektive mestringstilen i forbindelse med mestring av sykdommen KOLS var først og fremst støtte, og med optimisme på andre plass. I en studie som undersøkte hvilke symptomer som oppstår ved dyspne og bruk av mestringsstrategier ved KOLS, fant Baker og Scholz (2002) derimot ut at optimisme var den mest effektive mestringstilen. De skriver også at sosial støtte hadde stor betydning for mestringen for informantene.

Hesselink, Pennix, Schlösser, Wijnhoven, Van der Windt, Kriegsmann & Eik (2004) kommer i sin studie frem til at pasienter med KOLS hadde dårligere livskvalitet. Dårligere eller nedsatt livskvalitet ga dem mindre følelse av mestring. Sosial støtte kommer frem som en sentral faktor for å øke livskvaliteten. Dermed vil sosial støtte på denne måten gi en større følelse av og mulighet for mestring. I følge Milne et al., (2009) har sosial støtte stor betydning for håpet til KOLS pasienter. Smebye (2005) skriver at når en pasient mottar sosial støtte vil dette hindre at belastninger utvikler seg videre til sykdom eller forverring av sykdom, og en vil få økt mestringevne. Renolen (2008) påpeker at det er av betydning av pasientene får støtte til å bearbeide følelser og tanker rundt situasjonen og hverdagen sin. Dette var også noe pasientene jeg har truffet i praksis synes var avgjørende. De mente at det å få snakke med noen fagpersoner om plagene sine, og at noen var der å bare lyttet til dem, gjorde hverdagen lettere og bære. De fikk satt ord på sine opplevelser og tanker. Spesielt en pasient mente dette hjalp og sortere tankene sine, noe som førte til bedre kontroll.

Informantene i studien til Barnett (2004) sier at det var viktig at sykepleierne viste at de brydde seg om dem, og lyttet til hvordan de opplevde symptomene. Informantene mente det var viktig at de hadde en opplevelse av å bli ivaretatt og de sa at sosial støtte var viktig. Både Holm (2001) og Renolen (2008) skriver at empati for pasienter er viktig for å skape en god relasjon som vil gi følelse av støtte og trygghet. Renolen (2008) påpeker også at sykepleiere uten empati kan fort virke fraværende for pasienten eller pårørende. Storaker (2007) hevder at i et møte med pasienten må en sykepleier være deltagende, sette seg inn i situasjonen og være støttende, ikke være tilskuer.

4.4 Informasjon og veiledning

Baker og Scholz (2002) hevder i sin studie at en sykepleier oppgave for å hjelpe KOLS pasienter å mestre sine symptomer og hverdag er gjennom informasjon og veiledning. Fagermoen (2001) skriver at informasjon og veiledning er aktuell metode for å hjelpe en pasient til å mestre sin hverdag. I følge Sorknæs (2001) kan ikke sykdommen KOLS helbredes men veiledning vil bedre livskvaliteten og mestringen til disse pasientene.

Göransson, Kirkegaard og Fridlund (2003) hevder at hensikten med pasient informasjon og veiledning er å fremme egenomsorg, tilpassning til symptomer og økt funksjonalitet ved å gi større innsikt i sykdommen. Dette vil hjelpe dem å mestre hverdagen sin bedre.

Markussen, Wang & Norstein (2001) påpeker også at hensikten med å gi informasjon er å gi kunnskaper som kan hjelpe å mestre sykdom og unngå at angst skal ta overhånd.

Det hevdes i studien til Göransson et al. (2003) at en sykepleier oppgave er å tilby pasienter mulighet for informasjon og veiledning. Også å veilede og motivere til å ta ansvar for egenomsorg. I teorien sier både Renolen (2008) og Storaker (2007) at en sykepleiers oppgave i møte med pasienter er å gi informasjon og veiledning om aktuelle tema. I følge Göransson et al. (2003) vil pasienter som får informasjon, få mer kunnskap noe som vil forsterke deres involvering i sin sykdom. Forfatterne påpeker at dersom pasientene får informasjon om hva som kan gjøres ved for eksempel dyspné, kan det redusere deres opplevelse av angst og depresjon. Dette er noe som gir pasienten håp og følelse av mestring. Mestring er i følge Andenæs (2007) relatert til at en føler at en har kontroll og oversikt over situasjonen sin. Paragraf 3-2 i pasientrettighetsloven (1999) fastslår at pasienter har rett på å få informasjon om tilstanden sin og eventuelt innhold i helsetjenesten. Man kan dermed si at å gi informasjon er en viktig sykepleie oppgave, fordi det har betydning for mestring, men det er også en plikt sykepleieren har. Å ha empati når en gir informasjon er et viktig redskap for sykepleieren. Ved å ha empati har sykepleieren mer forståelse for pasienten, og hva pasienten opplever (Holm, 2001).

Göransson et al. (2003) fant ut i sin studie at KOLS pasienter har godt av å treffe andre i lignende situasjon og dele erfaringer, og skriver at gruppeundervisning er en god måte å gjøre det på. I følge Sorknæs (2001) kan undervisningen skje i både individuell form, men også gruppevis, men at gruppeundervisning ikke må overta for den individuelle. Margereson (2001) hevder at informasjon må gis etter pasientens behov. Dette for å ta tak i og øke kunnskap om det pasienten selv har behov for. I følge pasientrettighetsloven (1999) har pasienter rett til individuell tilpasset informasjon, og sykepleier må sikre seg at informasjonen er forstått. Sneltvedt (2005) skriver at det er en sykepleier oppgave og sikre at pasienten har mottatt, og forstått informasjonen som gis.

Aubuchon (1990) påpeker at usikkerhet hos pasienter fører til nedsatt mulighet for håp og er angstskapende. Fagermoen (2001) hevder at usikkerhet er en av de viktigste årsakene til at mennesker føler seg truet. Manglende informasjon om diagnose er sett på som det som skaper usikkerhet hos pasienter. Sykepleieren må også tenke på språkbarrieren i møte med pasienter som mottar informasjon. Pasienter har ofte manglende konsentrasjons evne og, og glemmer

lett i slike situasjoner. Pasientene har ikke samme forutsetning for å forstå fagspråket som sykepleieren. Fagbruk kan skape unødig angst og usikkerhet hos pasienter. Det er viktig at en tenker på hvordan informasjonen formidles for at pasienter skal forstå. I studien til Göransson et al.(2003) kommer det frem at sykepleierne trenger mer kunnskaper i undervisningsmetoder, for å sikre at pasienter får god nok informasjonen om sykdommen sin. Informasjonen kan gjerne gis både muntlig og skriftlig, og det er viktig at det ikke brukes fagord. Det er en forutsetning at informasjonen som gis er lett å forstå, det vil si uten faguttrykk, ifølge Bjøro og Kirkevold (2005).

5.0 Avslutning

Hensikten med studien var å finne ut hva hjemmesykepleierne kan gjøre for KOLS pasienter, for at de skal mestre sin hverdag. Jeg ønsket å få mer kunnskaper om pasienter som lever med sykdommen KOLS. En hjemmesykepleier har flere oppgaver i forhold til å hjelpe KOLS pasienter til å mestre hverdagen sin. Blant annet har jeg ved å gjennomgå mye forskning og litteratur om KOLS og mestring kommet frem til blant annet:

En sykepleieroppgave er å fremme håpet til pasientene. Håpet gir pasientene energi og styrke til å komme gjennom hindre som møter dem i hverdagen, for eksempel funksjonstap eller tungpust. Dersom pasienter mangler håp vil de ikke lengre se en mulighet til å endre sin situasjon eller komme seg gjennom hverdagen.

Kontakten mellom hjemmesykepleier og pasienten anses som viktig for pasienten. Blant annet har dette noe å si for håpet og mestringen. Det har gjennom studiene kommet frem at det var viktig med empati/forståelse, at sykepleieren brydde seg, hørte på deres behov, holdninger, og at de satte seg inn i deres situasjon for å opprettholde god kommunikasjon. Mangel på anerkjennelse og respekt var ødeleggende for kommunikasjon. God kommunikasjon var sentralt for å utøve sykepleie til pasientene.

Sosial støtte var sett på i de fleste studiene og var noe som stilte høyt for mestring av hverdagen. Det å vite at noen var der, og at de hadde noen å støtte seg til gjorde hverdagen med KOLS og dyspné lettere og mestre. Sosial støtte vil dempe stress opplevelsen og unngå unødige forverringer av dyspné som følge av angst, panikk og stress. Informantene selv i studien sa at den sosiale støtten fra både familie og personell var viktig i forbindelse med mestring og livskvaliteten. For å hjelpe en KOLS pasient å mestre hverdagen var det også viktig med informasjon og veiledning. Forskning og teori sier noe om at informasjon og veiledning har god effekt på mestringen og livskvaliteten for disse pasientene. Det gir en større innsikt og større følelse av kontroll. Pasienten har også krav på informasjon om sin situasjon og diagnose, som må tilpasses hver enkelts behov.

Referanseliste

Almås, H., Bakkelund, J., Thorsen, B.H. & Sorknæs, A.D. (2010). Sykepleie ved lungesykdom. I: H. Almås, D.G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4.utg.) (s. 107 – 164). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Andenæs, R. (2007). Stress, mestring og livskvalitet hos pasienter med kronisk obstruktiv lungelidelse (KOLS). I: E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom – En varig kursendring* (2. utg.), (s. 208 – 232). Oslo: Cappelen Akademiske Forlag AS.

Andenæs, R. (2001). Følelser og mestring hos pasienter med kronisk obstruktiv lungelidelse (KOLS) I: E. Gjengedal & R. Jakobsen (Red.), *Sykepleie 2 – Praksis og utvikling*, (s. 550 – 563). Oslo: J. W. Cappelen forlag AS

Aubuchon, B. L. (1990). *The effects of positiv mental imagery on hope, coping, anxiety, dyspnea and pulmonary function in persons with chronic obstrutive pulmonary disease: tests of a nursing intervention and a theoretical model*. Dr.gradsavhandling, The university of texas at Austin.

Baker, C. F. & Scholz, J. A. (2002). Coping With symptoms of dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease [*Elektronisk versjon*]. *Rehabilitation Nursing*, 27(2), 67-8

Barnett, M. (2004). Chronic obstructive pulmonary disease: a phenomenological study of patients' experiences [*Elektronisk versjon*]. *Issus in Clinical Nursing*, 14, 805-812-

Basteøe, L.K.H (2007). Reaksjoner og strategier i bearbeidning av sykdom og skade. I: T.E., Mekki (Red.), *Sykepleieboken 1* (3.utg.), (s. 27 - 54). Oslo: Akribe AS.

Birkeland, A. & Kristoffersen, B. (2004). Opplevelse av behov for hjelp hos psykiatriske pasienter som bor i egen bolig [*Elektronisk versjon*], *Vård i nord*, 24(4), 15-19.

Bjørk, I.T. & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie – En ressursbok*. Oslo: Akribe AS.

Bjøro, K. & Kirkevold, M (2005). Kvalitet og kvalitetsutvikling i sykepleie I: N.J., Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 4*, (s. 149 - 183). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ekeland, T. J. (2007). Kommunikasjon som helseressurs I: T.J. Ekeland & K. Heggen (red.), *Meistring og myndiggjering – reform eller retorikk?* (s. 29 – 52). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fagermoen, M. S. (2001). Samtale, undervisning og veiledning. I: H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (3.utg.), (s. 12 - 30). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentasjon av omvårdnadsforskning* (2. utg.). Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Fjørtoft, A.K. (2006). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Gjengedal, E. & Hanestad, B.R (2007) Innledning – om kronisk sykdom. I: E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom – En varig kursending* (2. utg.), (s. 10– 26). Oslo: Cappelens Akademiske Forlag AS.

Gyllingen. M. K. (2003). Sygepleie til patienter med lungelidelser I: B. K.. Nielsen (Red.), *Sygeplejebogen 2* (s. 193 – 217). København: Gads forlag.

Göransson, C., Kirkegaard, A. & Fridlund, B. (2003). Evaluation of a nurse-led groupbased education programme for in-patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease [Elektronisk versjon]. *Vård i nord*, 23(3), 33-38.

Harris, S. (2007). COPD and coping with breathlessness at home: a review of the literature [Elektronisk versjon]. *British Journal of Community Nursing*, 12 (9), 411-415.

Heggen, K. (2007). Rammer for meistring I: T.J. Ekeland & K. Heggen (red.), *Meistring og myndiggjering – reform eller retorikk?* (s. 64 – 82). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hesselink, A.,E, Penninx B.W.J.H., Schlösser, M.A.G., Wijnhoven, H.Å.H., van der Windt,D.A.W.M., Kriegsman, D.M.W. & Eijk, J.Th.M. (2004). The role of coping resources and copingstyle in quality of life of patients with asthma or COPD [Elektronisk versjon]. *Quality of Life Research*, 13 (2), 509-518.

Holm, U (2001). *Empati: Att förstå andra människors känslor (2.utg.)*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt – Ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse (6.utg.)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Hånes, H. & Bailey, A. (2008). Kols. *Landsforeningen- for hjerte- og lungesyke*. Hentet 15. Januar 2011 fra <http://www.lhl.no/no/Leve-med-sykdom-/A-leve-med-lungesykdom/Kols/>.

Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Lund, K. & Solheim, K. (2001). *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Mackay, L. M (2001). Primary and secondary interface I: G. Esmond (red.), *Respiratory nursing*, (s. 243 – 258). London: Balillière Tindall

Margereson, C. (2001). Living with chronic respiratory illness and breathlessness I: G. Esmond (red.), *Respiratory nursing*, (s. 102 – 125). London: Balillière Tindall

Markussen, H. Ø, Wang, I. J. H. & Norstein, G. M. (2001). Sykepleie til pasienter med lungesykdomer I: E. Gjengedal & R. Jakobsen (Red.), *Sykepleie 2 – Praksis og utvikling*, (s. 522 – 540). Oslo: J. W. Cappelens forlag AS

Milne, L., Moyle, W. & Cooke, M. (2009). Hope: a construct central to living with chronic obstructive pulmonary disease [Elektronisk versjon]. *International Journal of Older People Nursing*, 4 (4), 299-306

Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Pasientrettighetsloven (1999). *Lov om pasientrettigheter av 2. Juli 1999 nr. 63*. Hentet 09. Februar. 2011 fra http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=pasientrettighetslov*&&.

Rustøe, T. (2007). Håp hos kronisk syke mennesker. I: E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom – En varig kursendring* (2. utg.), (s. 60 – 102). Oslo: Cappelen Akademiske Forlag AS.

Renolen, Å. (2008). *Forståelsen av mennesker: - Innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS-

Smebye, K.L. (2005). Kontakt med andre I: N.J., Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3*, (s. 159 - 189). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sneltvedt, T. (2005). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere I: B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleie*, (s. 88 - 104). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sorknæs, A. D. (2001). Spesiell sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom. I: H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (3.utg.) (s. 338 – 365). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Storaker, J.M. (2007). Sykepleieren i møte med pasient og pårørende. I: T.E., Mekki (Red.), *Sykepleieboken 1*, (s. 159 - 189). Oslo: Akribe AS.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitets Forlag

Wahl, A.K. & Hanestad, B. R. (2007). Livskvalitet, helse, stress og mestring. I: E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom – En varig kursendring* (2. utg.), (s. 29 – 59). Oslo: Cappelen Akademiske Forlag AS.

Wu, C.Y., Lee, Y.Y, Baig, K. & Wichaikhum, O.O (2001). Coping behaviours of individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease [Elektronisk versjon]. *Medsurg nursing*, 10 (6), 315-320