

BACHELOROPPGÅVE

Korleis fremje meistring til pasientar med kols?

av
kandidatnummer 5
Torhild Bryn

Bachelor i sjukepleie
SK 152
Desember 2016

Ord: 6838
Rettleiar Hanne Marie Heggdal



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Eg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva "Korleis fremje meistring hjå pasientar med kols?" i Brage dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar.

Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og namn og set kryss:

Kandidatnummer 5. Torhild Bryn

kandidatnummer og namn

JA X NEI ___

Samandrag

Tittel

Korleis fremje meistring hjå pasientar med kols?

Bakgrunn for val av tema

Eg var i praksis på ei intensiv avdeling då eg verkeleg fekk auga opp for pasientar med kols. Dei som kom der var svært dårlege og eg såg kor mykje sjukdomen prega dei. Difor valde eg å setja meg inn i kva ein kan gjera for å få dei til å meistra kvardagen. Dette såg eg som interessant og lærerikt til seinare bruk som sjukepleiar.

Problemstilling

Korleis fremje meistring hjå pasientar med kols?

Framgangsmåte

Dette er ei litteraturstudie der eg har brukt ulik litteratur, både pensumbøker og andre fagbøker. Eg har nytta fem forskingsartiklar for å kunne grunngje drøftinga. Eg nytta to kvantitative forskingar for å kunne vise og bekrefte tal og statistikk. Og 3 kvalitative forskingar for å få fram meiningar og følelsar frå pasientar og helsepersonell.

Oppsummering

Sosial støtte er noko sjukepleiarar kan bidra med for at pasientar med kols skal kunne meistre kvardagen. Men dette er avhengig av at god relasjon er på plass. Som sjukepleiar bør ein ha kommunikasjonsferdigheitar for å kunne få ein god relasjon. Informasjon om sjukdom og symptom er med på å kunne auke meistringsevna og håp til pasientar. Mestringsstrategiar er effektivt for å kunne handtere kols, då dette kan bidra til at pasientar kan få følelsen av å lukkast.

Innholdsfortegnelse

1 Innleiing.....	1
1.1 Problemstilling	1
1.2 Avgrensing av oppgåva.....	1
1.3 Korleis oppgåva skal løysast	2
2 Metode.....	3
2.1 Val av metode	3
2.2 Søkjeprosessen og litteratur	3
2.3 Kjeldekritikk.....	4
3 Teoridel	1
3.1 Kols, angst og depresjon	1
3.2 Å leve med kronisk sjukdom	2
3.3 Meistringteori.....	3
3.3.1 Kriterier for å mestre	3
3.3.2 Empowerment.....	4
3.4 Informasjon og opplæring.....	4
3.5 Presentasjon av forskning	5
Oppsummering av forskning	6
4 Drøfting.....	8
4.1 Støtte, bygge tillit og skape relasjonar	8
4.2 Informasjon om sjukdom og symptom	9
4.3 Oppfølging og meistringstrategiar	11
5 Konklusjon.....	17
Kjeldeliste.....	18

1 Innleiing

KOLS er eit samlebegrep for lungesjukdommar som kronisk obstruktiv bronkitt og emfysem.

Fellestrekket er framadskridande, irreversibel luftvegsmotstand (Andenæs, 2007, s. 209).

Kronisk obstruktiv lungesjukdom er eit folkehelseproblem. Det er i auke når det gjelder førekomst, både i Norge og i resten av verden. I Norge er det ca. 250 000 til 300 000 personar som har denne sjukdommen, der mindre enn halvparten er klar over at dei har kols (Helsedirektoratet, 2012).

Sjukdommen kan vere ein stor belastning for pasienten. Det kan vere svært angstprega og ubehageleg, då pasientar opplever å ikkje få puste tilstrekkeleg (Vogt, 2014). Samfunnet har hatt meir fokus på førebygging av kols, blant anna røykeslutt på offentlige plassar og redusere luftforureining på arbeidsplassar som kan hindre utviklinga av kols (Helsedirektoratet, 2012).

Mange føler sjølvbebreiding og skuld då sjukdommen kan vere sjølvpåført (Halding, Heggdal, & Wahl, 2011). Som sjukepleiarstudent har eg vore i fleire ulike praksisar og har møtt mange pasientar med kols. Den siste praksisen eg hadde, var eg på ei intensiv avdeling. Der møtte eg pasientar som vart innlagt på grunn av forverring av sjukdommen. Det å sjå pasientane i denne situasjonen gjorde veldig inntrykk på meg, då eg såg korleis desse kritisk sjuke pasientane hadde det. Uansett kvar ein jobbar innan helsetenesta, kan ein møte på pasientar med kols. Dette fekk meg til å tenke tilbake på ulike praksis- og jobbsituasjonar knytt til meistring og kols. Eg såg dette som eit interessant tema å skrive om, og finne ut kva eg som sjukepleiar kan gjere for å fremje meistringsevna til pasientar med kols og bli meir bevist på å bruke det.

1.1 Problemstilling

For å finne ei problemstilling måtte eg tenke godt over kva eg ville finne ut meir om. Eg lurte på korleis pasientar med kols hadde det, korleis dei opplevde å leve med sjukdommen. Eg slo opp i pensumbøkene mine, for å kunne finne ut kva dei hadde å strid med. Eg tenkte igjennom ulike situasjonar som eg har opplevd i forbindelse med pasientar med kols. Noko som vart veldig sentralt for meg er kva eg kan bidra med for at pasientane med kols kan meistre og leve best mulig med sjukdomen. Så problemstillinga mi vart:

”Korleis fremje meistring hjå pasientar med kols?”.

1.2 Avgrensing av oppgåva

Eg har i denne oppgåva fokusert på pasientar som ein møter i heimesjukepleia som er ramma av

sjukdommen KOLS. Eg har valt å fokusere på pasientar som har angst og depresjon då det viser høg førekomst ved re-innlegging på sjukehus (Gudmundsson, et al., 2005). Det viser at angst og depresjon oppstår hjå pasientar som har kols (DiNicola, Julian, Gregorich, Blanc, & Katz, 2013). Eg har valt å fokusere på dei med kols grad 3 og 4, då begge stadium er alvorlig luftstraumsobstruksjon og dei har innverknad på pasienten sin meistring i kvardagen (Mjell, 2012, s. 232). Eg har valt å avgrense det til kvinner og menn over 65 år, då det er den aldersgruppa eg ser for meg å møte i heimesjukepleia. Eg har valt å ikkje avgrense det til eit spesifikt kjønn, då det ikkje er vesentlig forskjell når det gjelder førekomst (Helsedirektoratet, 2012). Eg har også avgrensa det til dei som har nytta tobakk store delar av livet, då dette er ein sjølvpåført sjukdom. Det viser at 87% av kols pasientar er røykarar eller er tidligare røykarar (Oksholm, 2013, s. 229). I oppgåva brukar eg forkortinga KOLS som står for kronisk obstruktiv lungesjukdom.

1.3 Korleis oppgåva skal løysast

Først skal eg gjere greie for kva metode eg har brukt, samt korleis eg har funne litteratur og forskning som er grunnlag for oppgåva. Ut i frå problemstillinga skal eg sjå på teori som omhandlar pasientar med kols og meistring. Presentasjon av forskning for å få fram funna. Deretter bruke dei ulike forskingsartiklar for å kunne grunngje det eg har funne i teorien og diskutere dei opp mot kvarandre. Samt eg skal dele litt av mine egne erfaringar.

2 Metode

Her skal eg seie noko om metoden som er brukt og ulike val som har vorte nytta i oppgåva. Deretter skal eg seie litt om korleis eg har funne relevant litteratur og om søkjeprosessen.

2.1 Val av metode

”En metode er ein framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap”, sitat av Aubert (sitert i Dalland 2012, s. 111).

I denne oppgåva har eg valt å nytte litteraturstudie for å kunne svare på problemstillinga mi. Val av metode kan eg grunngje med å bruke forskning, pensumlitteratur, anna litteratur og egne erfaringar som er relevant for problemstillinga.

2.2 Søkjeprosessen og litteratur

For å finne relevant forskning til oppgåva gjennomførte eg søk i ulike databasar. Dei databasane eg har brukt er SveMed+, PubMed og Academic Search Elite der eg inkluderte søk i Medline og Cinahl. Etter å ha søkt med ulike søkeord både på Norsk og Engelsk, såg eg at det var mykje internasjonal forskning i alle dei ulike databasane. Eg valte vidare å søke på Engelsk då det var mest treff på det. Eg brukte søkjeord som ”COPD”, ”ANXIETY”, ”Self-blame”, ”HOPE”, ”REHOSPITALISATION”, ”NURSES PERSPECTIVES” og ”COPING”. Eg brukte AND for å kombinera dei ulike orda.

Eg starta med å søkje etter forskning i SveMed+, for å sjå om det var nokre skandinaviske artklar. Eg brukte søkeord ”COPD” og fekk 490 treff. Eg avgrensa søkte til 5 år for å få treff på den nyaste forskinga og kombinerte søkte med ”COPD” AND ”Self- blame”, dette for å få fram om det eksisterte forskning som hadde sett på det med sjølvbebreiding og kols. Eg fekk kun 1 treff. Etter å ha lest igjennom abstraktet til artikkelen *”Experiences of self- blame and stigmatisation for self-infliction among individuals living with COPD”* (Halding, et al., 2011), såg eg at den var relevant for oppgåva mi.

Deretter søkte eg i PubMed med avgrensing på 5 år og ”free full text”. Der nytta eg søkjeord ”COPD” AND ”ANXIETY”, då fekk eg treff på 226 artklar. Dette var for å sjå om det var forska på angst og kols. For å sjå om kva sosial støtte har å seie pasientar med kols og angst la eg til AND ”SOCIAL SUPPOR” og fekk 30 treff. Etter å ha lest igjennom abstrakta, valde eg *”The role of social support in anxiety for persons with COPD”* (DiNicola,et al., 2013).

Eg søkte i Academic Search Elite, og inkluderte Medline og Cinahl med full tekst. Eg var ute etter ei forskning som omhandla kols og angst i forhold til re- innlegging på sjukehus. Eg avgrensa søket med 5 år, då fekk eg berre 1 resultat som eg ikkje såg som aktuelt for mi oppgåve. Deretter tok eg vekk avgrensinga for å sjå om eg fekk resultat i det heile. Eg søkte først på "COPD" AND "Rehospitalisation" og fekk 109 treff. Deretter la eg til "Anxiety", då fekk eg 3 treff. Eg valte artikkelen "*Risk factors for rehospitalisation in COPD: role of health status, anxiety and depression*" (Gudmundsson, et al., 2005) etter å ha lest igjennom abstrakta.

Eg søkte i Academic Search Elite, eg valte ulike databasar, som Academic search elite, Medline og Cinahl med full tekst. Eg avgrensa det til 2006-2016. Deretter søkte eg på "COPD", og fekk 11.634 treff. Og så la eg til "Experience" og fekk 1.727 treff, vidare la eg til "Anxiety", fekk 122 treff. For å korte det endå meir ned, la eg til "Coping" då fekk eg 14 treff. Deretter las eg gjennom abstrakta på alle og såg artikkel nr 3 som nytting "*Everything was spiraling out of control*" *Experience of anxiety in people with chronic obstructive pulmonary disease*" (Willgoss, Yohannes, Goldbart, & Fatoye, 2012).

Den siste forskinga eg valde å ha med i oppgåva mi, fant eg på Pubmed. Eg byrja med å bruke søkeord "Nurses Perspectives" AND "COPD" og avgrensa til 10 år, eg fekk 13 treff. Etter å ha lest igjennom abstrakta på artiklane, fant eg ut at "*Supporting Hope and Prognostic Information: Nurses' Perspectives on Their Role When Patients Have Life-Limiting Prognoses*" (Reinke, Shannon, Engelberg, Young, & Curtis, 2010) var ein artikkel eg kunne bruke i oppgåva mi.

Litteratur eg har brukt er pensumbøker og anna litteratur som eg søkte etter i Oria det elektroniske biblioteket til høgskulen. Eg nytta same søkeord som eg brukte for å finne forskning, berre på norsk. Eg har nytta "Helsepedagogikk" av Sidsel Tveiten for å få greie på Empowerment. Samt eg har brukt "Kan eg komme inn" av Marit Solheim og Kjell Arne Aarheim for å sjå på verdiar i heimesjukepleie. Eg nytta "Å leve med kronisk sjukdom" av Eva Gjengedal og Berit Rokne Hanestad for å få inspirasjon og fakta korleis det er å leve med ein kronisk sjukdom. Eg nytta helsebiblioteket for å finne "Nasjonal faglig retningslinje og vegleder for forebygging, diagnostisering og oppfølging for KOLS" (Helsedirektoratet, 2012).

2.3 Kjeldekritikk

I Dalland (2012, s 67) blir det sagt at kjeldekritikk er "dei metodane som blir brukt for å kunne fastslå om ein kjelde er god". I oppgåva mi nytta eg engelske forskingsartiklar, der eg tolka dei sjølv. Samt har eg brukt både kvantitativ og kvalitativ studie. Det som er positivt med det, er at eg ser dei relevante i oppgåva mi, både for å grunngje både tal, statistikk og få fram meiningar og følelsar.

Pensumlitteraturen ser eg på som gode kjelder, då nettopp den litteraturen er nytta til pensum. Anna litteratur eg har brukt, har vert tidligare pensum og bøker eg har funne på biblioteket til høgskulen. Nasjonal faglig retningslinje for kols har eg brukt då det er med på å grunngje temaet mitt.

3 Teoridel

Her skal eg ta for meg det faglige grunnlaget for problemstillinga.

3.1 Kols, angst og depresjon

Stadium 3 er alvorlig kols. Her er pasientane meir tungpusta og får fleire symptom frå luftvegane. Dei kan også få andre plagar som utmattelse, redusert aktivitet, ernæringsproblem og psykososiale utfordringar (Oksholm, 2013, s. 229). Grad 4 er ganske alvorlig kols, er symptoma som er nemnt over og lungesvikt og teikn te høgresidig hjertesvikt. Felles for begge stadium er at det påverke meistringsevna og livskvaliten (Mjell, 2012, s. 232). Hovudtyngda av pasientar med kols, har ein kombinasjon av kronisk bronkitt og emfysem. Kronisk bronkitt er hoste og ekspektoratproduksjon. Kronisk bronkitt er prega av jamn og progredierande luftstrømshindring som kan føre til respirasjonssvikt og invaliditet. Emfysem blir definert som kronisk tung pust, og det skuldast øydelagt lungevev og utvida alveolar (Mjell, 2012, s. 231).

Ein av dei vanlege årsaka til at pasientar med kols tar kontakt med lege, er at dei er tungpusta. Dei som har sjukdom som er relatert til tungpust vil utvikle angst. Følelsen av å ikkje få puste tilstrekkeleg kan vere skremmande. Dei kan få ein pipelyd i bringa og puste med saman pressa lepper. Pasientar som har hatt langvarig kols kan bruke hjelpemuskulatur når dei er tungpusta. Når pasientane kvilar kan dei også vera tungpusta og dei kan ha cyanose (Mjell, 2012, s. 233). Cyanose er at huda eller slimhinnene får ein blåleg misfaring. Dette kan vere eit symptom som skuldast auke av ikkje-oksygenholdig hemoglobin i blodet og at det er mindre oksygen i blodet enn normalt (Sandve, 2016). Ved alvorlig kols kan ein sjå alle desse symptoma som er nemnt over. Det er luftvegsinfeksjonar som er vanlig ved forverring, som bronkitt og pneumoni. Pasientar som har svært alvorlig kols er det størst førekomst av infeksjon forårsaka av bakteriar, ca 70 % av forverringane (Mjell, 2012, s. 234). Angst og depresjon kan oppstå som eit resultat av komplikasjonane. Det kan vere fort å "gløyme" at pasienten har angst eller depresjon og kun ha fokus på sjølve behandlinga av sjukdomen.

Angst kan vere vanskeleg å skildra då det er opplevde dimensjonar i kroppen, følelsar, tankar og handling. Symptom på angst kan vere auka utskilling av adrenalin, auka pulsfrekvens, tiltakande respirasjon, temperaturendringar og blodtrykksforandringar. Det som er felles for alle er at angst er ubehagelig og er psykiske smerter. Ved angst kan ein få katastrofetenking og handlingar kan bli prega av uro (Skårderud, Haugsgjerd, & Stanick, 2015, s. 292). Pasientar som slit med alvorlig dyspne og som har hatt mange sjukdomsforverringar kan få psykiske plagar. Pasientane kan verta redde når dei har dyspne, mens angsten kan gjere dei meir tungpusta. Som helsepersonell er det viktig å finne

tiltak mot angsten, då dette kan vere med på å betre den psykiske og fysiske tilstanden til pasienten (Oksholm, 2013, s. 254). Depresjon knytt til kols kan vera invalidiserande og ei byrde for pasientane. Det som kan kjenneteikne depresjon er isolering, mindre interesse for menneskjer og sosialt samvær og mykje tankar. (Kvaal, 2013, s. 387). Pasientar kan føle ei tristheit, minske livsgnist og lyspunkt i livet. Det kan også komme av sjølvbebreiding for å ha påført seg sjukdommen, ei skam og skuld for at livet er blitt som det er blitt (Halding, et al, 2011). Så depresjon og somatisk sjukdom som kols kan oppetre samtidig, kols kan vere ein utløyssande årsak for depressive tilstandar (Kvaal, 2013, s. 389).

Det er viktig i møte med pasientar med kols som har angst og depresjon, er å bygge ein god allianse, eit respektfullt og likeverdig forhold til pasienten. Kunne støtte og bekrefte pasienten gjennom samtalar. Støtte pasienten sitt sjølvbilde, motivere og informere (Kvaal, 2013, s. 394).

Det kan ta lang tid før ein person vågar å snakke om sine psykiske plager, dei fleste treng å opparbeide tillit (Kvaal, 2013, s. 391). Pasientane som lid av angst eller depresjon kan vere veldig sårbare. Dei krevjar ofte lite og lid kanskje litt i stillheit (Kvaal, 2013, s. 392). I slike situasjonar er det viktig for sjukepleiarar å prøve å byggje tillit ved å vise empati og forståing. Pasientar har ofte behov å fortelje om deira tankar og opplevingar, difor er det viktig som sjukepleiar å kunne respondere og bekrefte vedkommande. Dette via kommunikasjon som er prega av varme og respekt (Kvaal, 2013, s. 392). Mange av pasientane er åleine med kun sjukepleiarar og pleiepersonell rundt seg. Ei viktig oppgåve er å kunne vere med å bearbeide reaksjonar. Ved stress og angst kan sjukepleiarar vera med å bidra til å redusere dette for pasienten. Dette ved å unngå belastande situasjonar for pasienten og ved å bruke meistringsstrategiar (Hanssen & Natvig, 2007, s. 40).

3.2 Å leve med kronisk sjukdom

Ein definisjon som er mest nytta om kronisk sjukdom i National Commission on Chronic Illness 1956 er "all skade eller avvik frå det normale som har eit eller fleire av desse kjenneteikna: er permanent, fører til funksjonstap, kjem av ikkje-reversible patologiske endringar, fører til behov for rehabilitering" (sitert i Solheim, 2004, s. 110). Kronisk sjukdom vil følgja ein livet ut. Meistring kan virke inn på sjukdomen for personen, men fortida til pasientar kan også spele inn på korleis dei meistrar å leve med sjukdomen (Solheim, 2004, s. 111). Isolering og einsemd er et problem for mange som har kronisk sjukdom. Sjukdommen kan føre til at ein ikkje har krefter og energi til å vere med på ting som ein kanskje var med på før. Dette førar til at ein mistar noko av nettverket sitt. Pasienten kan for eksempel ha vanskar med å komme seg ut av huset, eller er redd for å få ein forverring av sjukdommen (Solheim, 2004, s. 127).

3.3 Meistringteori

Meistring går ut på korleis mennesket møter ulike belastande livssituasjonar. Meistring handlar om å ha tilgang til ressursar, kunnskap, ferdigheitar, utstyr og ha evne til i bruke ressursane (Tveiten, 2016, p. 18). Psykologane Lazarus og Folkman forska på stress og meistring. Meistring definerer dei som "kontinuerlig skiftande kognitive og åtferdsmessige anstrengelsar for å takle spesifikke ytre og/eller indre krav som opplevast som belastande eller som overstig ens ressursar og truar ens velvære" (sitert i Hanssen & Natvig, 2007, s. 47). Eit begrep som står sentralt her er "forandring", som er forstått som noko som krevjar tilpassing. Når ein forandring skjer fort, er det vanskelig for eit menneske å handtere og tilpasse seg forandringane i tråd med krava. I mellom forandring og tilpassing oppstår behovet for meistring. Lazarus meinte at stress oppstår ved forandring ved at meininga vart forstyrra, mens meistring er det ein gjer for å handtere forandringa (sitert i Tveiten, 2016, s. 19).

Meistring kan også vere retta mot det sosiale. Pasientar kan ha bruk for hjelp til å sjå ressursar i relasjon til andre, relasjon til familie, vennar og nettverk rundt. Det å fokusere på meistring, meistringsmuligheitar og hjelp til meistring kan vere ressursorientering. Lazarus og Folkman beskriver meistring som det å vurdere ein situasjon kognitivt og sjå kva moglegheit den gjer. Primær vurdering av ein situasjon er, kva som skjer og kvaliteten på det. Sekundær vurdering går ut på å sjå moglegheitene av eigen meistring og aktuelle meistringsstrategiar (Tveiten, 2016, s. 20).

3.3.1 Kriterier for å meistre

Investere energi, noko som går ut på å kunne styre egne krefter. Det å kunne takle problemet på ein aktiv, vaken og bestemt måte. Her er disiplin og vilje sentralt. Men samtidig ikkje gape over meir enn ein klarar.

Mobilisere ressursane sine, dette handlar om å bruke den intelligensen, kunnskapen, ferdigheita og ytre faktorar. Det er lett å kunne trekkje seg inn i seg sjølv og fokusere på nederlaget, når det oppstår tunge og vanskelige situasjonar. Det å tenke konstruktivt.

Stille realistiske krav, ein kan ikkje stille større krav enn det ein har kapasitet til. Det å kunne motivere seg sjølv, sette mål som ein kan nå. Om ein setter for store mål og ein ikkje klarar å mestre det, kan det forsterka nederlaget.

Det må finnast ein løysing på problemet. Dei aller fleste problem lar seg løyse, det er ikkje alltid ein ser løysinga med ein gong. Av og til kan ein trenge hjelp med å finne løysinga. Så det gjelder å nytta tida til hjelp.

Val i forhold til situasjon. Korleis ein veljar å sjå problemet på, er avgjerande kor stort problemet vert. Ein kan velje å vere passive og unnvikande eller aktive og direkte. Det handlar om å våge og velje.

Dette beskriv Jan Seidel som fem kriterier for kunne lukkast og meistre best mogleg (Sitert i Vifladt & Hopen, 2004, s. 70).

3.3.2 Empowerment

Verdens helseorganisasjon beskriver Empowerment som "a proactive partnership and patient selfcare strategy to improve health outcomes and quality of life" (sitert i Tveiten, 2016, s. 30).

Empowerment karakteriserast som aktiv deltaking, informert endring eller endring ein kan føreta seg etter at ein har tileigna seg relevant kunnskap. Kunnskap om problemløysing, ansvarlig eigenomsorg, opplevinga av kontroll, utvikling av personlig ferdigheiter, autonomi og meistring (Tveiten, 2016, s. 30). Om ein ikkje har Empowerment kan det føre til ein maktlausheit og oppleving å ikkje ha kontroll over eige liv. Empowermentprosessen kan vere samhandling mellom pasient og helsepersonell, der målet skal vere å utvikle mestringskompetanse. Den handlar også om å kunne stimulere den som treng hjelp, ressursar og moglegheitar til å kunne skape energi og krefter, og kunne redusere faktorar som skapar stress (sitert i Tveiten, 2016, s. 31). For å kunne ivareta prinsippa i Empowerment må sjukepleiaren vere bevisst på kva rolle og funksjon den har og kunne samhandle med pasienten (sitert i Tveiten, 2016, p. 32).

3.4 Informasjon og opplæring

Empowerment kan oppnåast via bevisstgjerjing og partnerskap, dette er det ein sjukepleiar kan bidra til med sin pedagogiske funksjon. Samhandling dreiar seg om interaksjon mellom fagperson og pasient. Ein interaksjon har aspektar av handling, relasjon og kommunikasjon (Tveiten, 2016, p. 71). Kommunikasjon er grunnlaget for samhandling. Når det gjelder kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient er dialog og samhandling ein forutsetning for medvikning blei beskrevet i Strøm og Fagermoen (2014) (Sitert i Tveiten, 2016, s. 73). Eide og Eide (2009) beskriv kjenneteikn som bør vere tilstade ved hjelpande kommunikasjon. Aktiv lytting, samtaleferdigheiter, anerkjennelse, trygghet og tillit, meistringshjelp, pasientsentrert, likeverdighet og respekt for pasientens rett til sjølvbestemmelse. (sitert i Tveiten, 2016, s. 73).

Informasjon og oppfylgjing er med på å styrke mestringskompetansen til pasienten i forhold til det å leve med sjukdommen (Tveiten, 2016, s. 159). Sjukepleiarar kan bruka vegleing til å formidle

kunnskap, gi råd, undervise og legge til rette for pasienten (Tveiten, 2016, s. 90). Dette er noko pasienten sjølv skal få veljar å bruke eller ikkje. Pasientar treng informasjon, råd og kompetanse for å kunne reflektere, auke sjølvbevisheit og meistringskompetanse. Helsepersonell skal bidra til at pasientar skal ha kunnskap og forståing slik at dei kan vurdere symptomutvikling, alvorlighetsgrad og iverksetting av eigenbehandling. (Helsedirektoratet, 2012).

3.5 Presentasjon av forskning

“The role of social support in anxiety for persons with COPD” (DiNicola et al., 2013) er ein kvantitativ studie som omhandlar kva sosial støtte har å seie for pasientar med kols som er prega av angst og depresjon. Forskinga er gjennomført via ein undersøking per telefon til 452 personar med kols. Det vart gjennomført tiltak som omhandla ein angstskala (Hospital Anxiety and Depression Scale), og depressive symptom blei målt i eit skjema (Geriatric Depression Scale, Short Form). Det blei målt alvorlighetsgrad av sjukdommen ved kols (KOLS Severity Score). Det blei brukt skala for å vurdere det som omhandlar sosial støtte og skjema for alder, inntekt, utdanning og røykestatus. Det kom fram at angst og depresjon er alvorlig kombinasjon når det gjelder mental helse til personar med kols. Det viser seg at sosial støtte kan vere både positivt og negativt for pasientar med kols som har angst og depresjon. Det positive i forhold til sosial støtte ved angst var å ta i mot hjelp og assistanse frå andre. Dette var spesielt i forhold til ein akutt situasjon som pasienten opplevde, og det viste seg at det var mindre depressive symptom assosiert med det. Nokre kunne føle auka angst ved dette då ein følte ein avhengigheit av andre. Det negative ved sosial støtte var at det kunne oppfattast som ufølsamt og usympatisk. Kvaliteten på relasjonen hadde betydning for samspel i den sosiale støtta.

“Risk factors for rehospitalisation in COPD: role of health status, anxiety and depression” (Gudmundsson, et al., 2005) er ein kvantitativ studie som omhandlar risikofaktorar for ny sjukehusinnlegging ved kols, når det gjeld helsetilstand, angst og depresjon. Dette er ein prospektiv studie som blei utført på 416 pasientar, som var innlagt på grunn av akutt forverring av obstruktiv luftvegssjukdom. Ved hjelp av ulike spørreskjema og data innsamlingar vart resultert at 246 (60%) pasientar hadde ein re-innlegging i løpet av 12 månadar. Resultatet var at det ikkje var signifikant forskjell mellom dei som hadde angst og depresjon. Hovudfunna viste at pasientar med kols som hadde lav helsetilstand og angst, hadde høgare risiko for re-innleggelse. Det var usikkert om depresjon hadde noko å seie for re-innleggelse. Det som kom fram var at pasientar som hadde vert innlagt på sjukehus hadde ein høg førekomst av angst og depresjon.

“Experiences of self- blame and stigmatisation for self-infliction among individuals living with COPD” (Halding et al, 2011) er ein kvalitativ studie som handlar om erfaring med sjølvbebreiding og stigmatisering til personar med kols der sjukdommen er sjølvpåført. Det var intervjuar trettan menn og fem kvinner som hadde kols, dei var rekruttert frå lungerehabilitering. Studien inneheld erfaringar til pasientar med kols. Det kom fram i studien at personane følte seg åleine i ein verden med fokus på sunnheit. Det kom fram at dei følte skam på grunn av skuld og ein mangel på støtte frå deira sosiale nettverk, helsevesen og generelt i samfunnet. Det blir konkludert med at helsepersonell bør ha meir fokus på røyking og psykososialt støtte i møte med pasientar med kols. For å vise merksam til pasienten sine bekymringar og personlige ressursar.

“Supporting Hope and Prognostic Information: Nurses’ Perspectives on Their Role When Patients Have Life- Limiting Prognoses” (Reinke et al., 2010). Dette er ein kvalitativ studie som skildrar sjukepleiaren sitt perspektiv i møte med pasientar som har behov for håp og sjukdomsinformasjon. Det blei gjort intervju av 22 sjukepleiarar som hadde omsorg for pasientar med avansert kols eller kreft. Eit resultat var at sjukepleiarar støtta pasientens håp ved å ha fokus på pasientens livskvalitet og bygge tillit med pasientar. Når det gjelder å gje informasjon, kjem det fram at sjukepleiarar og andre helsearbeidarar treng kommunikasjonsferdigheitar når det gjelder arbeid med pasientar som har ein kronisk sjukdom, som kols.

“Everything was spiraling out of control”: Experiences of anxiety in people with chronic obstructive pulmonary disease” (Willgoss et al., 2012). Dette er ein kvalitativ studie som beskriver angst til pasientar med kols. Dei 14 som deltok på studien var rekruttert frå lungerehabilitering og hadde stabil kols. Dei blei intervjuar med ulike spørsmål angående angst, og med dette kom det fram pasientens eigne opplevingar. Det resulterte i at pasientane hadde tankar om frykt, håplausheit og forvirring, som var assosiert med angst og panikkanfall. Studien konkluderar at angst ein ikkje klarar å styra, er svært belastande å leve med. Meistringsstrategiar som kvar og ein pasient har funne ut fungera for seg, er svært effektivt når det gjeld førebygging og handtering av angst.

3.6 Oppsummering av forskning

Det visar at sosial støtte kan vere både positivt og negativt, då kvaliteten på relasjonen for samspel hadde mykje å seie. Helsepersonell bør ha meir fokus på det psykososiale, for å vise merksam til pasienten sine bekymringar og personlige ressursar. Det visar at helsetilstand og psykologisk status har mykje å seie når det gjelder re-innleggelse. Det er høg førekomst av angst og depresjon til pasientar som har vert innlagt på sjukehus. Sjukepleiar skal ein ha kommunikasjonsferdigheit når ein

er i relasjon med pasientar med kronisk sjukdom, for å gje rett prognostisk informasjon. Det viser seg at å lære seg meistringsstrategiar er svært effektivt for å handtere angst.

4 Drøfting

4.1 Støtte, bygge tillit og skape relasjonar

Dei som har ein kronisk sjukdom som kols kan ofte verte isolert og ynskjer ikkje å snakke så mykje om livet og plagar som dei har. Mange synst det kan vere vanskelig å be om hjelp eller bli tatt hensyn til. Pasientane kan ha ei følelse av at dei ikkje bli forstått. Tap av sosial støtte visar å vere knytt til isolasjon frå samfunnet, stigmatisering av deira symptom og deira funksjonshemming (Halding et al., 2011). Det er ikkje alle som har eit sosialt miljø rundt seg, mange bur åleine. Dei får kanskje berre heimesjukepleia og heimehjelpa innom på besøk og det blir naturleg at dei vert ein del av nettverket til pasienten. I heimesjukepleia er spørsmålet om tid. Mange kan føle at dei ikkje vert hørd av helsepersonell då dei har det så travelt. For eksempel når ein pasient skal kle på seg, og har funksjonshemmingar som gjer at det går litt ekstra tid med påkledning. Som helsepersonell skal ein vere grei å hjelpe pasienten, samt vere effektiv. Ofte blir det til at ein berre kle på pasienten og tar seg ikkje tid til å la pasienten gjere det sjølv. Det blir ikkje rett støtte til pasienten, men ein overtar ein funksjon som pasienten er heilt avhengig av å bruke, vist ikkje kan pasienten bli endå meir hjelpetrengande. For målet er å kunne støtte opp under dei ressursane som pasienten har for å kunne meistre. For å kunne meistring må ein sjå på kva ressursar, kunnskap og ferdigheit ein har for å ha evne til å bruke ressursane (Tveiten, 2016, s. 18).

I forskinga om stigmatisering og sjølvbebreidelse kjem det fram at forståing og tillit frå helsepersonell kan påverka livet til kols pasientar positivt, då det er dokumentert at pasientar verdsetjar dialog med sine helsepersonell (Halding et al., 2011). Som helsepersonell er det store krav til å ta hand om pasienten. Kunnskap gir trygghet. Helsepersonell har lettare for å gjennomføre ulike tiltak og informere pasienten om ein har kunnskap og veit kva ein pratar om. Ved at helsepersonell framstår trygge og rolige i situasjonar, vil ofte gjere at pasientane føle ei trygghet. Ved akutte situasjonar som forverring av kols, der pasienten får akutt dyspne, er det nødvendig å fremtre med psykisk og støttande funksjon. Samt å starte behandling. I nokre situasjonar kan det vere nødvendig med oksygen og inhalasjonsmidlar for eksempel, men fokus på å vise omsorg og støtte pasienten er like viktig. Akutt dyspne kan oppstå ved forverring av kols, og pasientane kan få følelse av å kvelast (Skaug & Berntzen, 2012, s. 87). Forholdet mellom pust og angst blir beskriven av ein pasient som ein vond sirkel:

“It's like a vicious circle. Your breathing gets bad so you get anxious, then you get afraid, and your breathing gets worse, which makes you more afraid. The COPD feeds the anxiety and the anxiety feeds the fear.” (sitert i Willgoss et al., 2012).

I nettopp slike situasjonar ser eg på støtte som svært viktig.

Depresjon kan vere følgje av kols, men går nok meir på sjøvbredelse av sjukdomen. Og depresjonen pregar nok nokre pasientar til å mestre kvardagen sin. I den kvalitative studien om sjøvbredelse kjem det fram at kvardagen for kols pasientar er avhengig av sosial relasjonar og sosial støtte for å betre deira livskvalitet og personlig integritet (Halding et al., 2011).

Stang (2006) seier at empowerment er med på å stimulere den som har behov for hjelp, og kva ressursar og moglegheita ein har som kan bidra til meir energi og kunne handtere situasjonar som er med på å skape stress. (sitert iTveiten, 2016, s. 31). For å bli empowred skal ein oppleve tiltaka som ein setter i gang for å betre helse, som meningsfulle. For å kunne prosessen er ein avhengig av å få støtte, tillit og relasjon. Sosial støtte er eit godt tiltak som sjukepleiar kan bidra med for at pasientar skal mestre kvardagen sin. Ved å bruke Empowerment prosessen er det moglegheit for å kunne takle både symptom, angst og depresjon.

Eg har sjølv opplevd situasjonar der tillit og relasjon hadde mykje å seie for at kunne nytte hjelp til pasientar. Då eg var i praksis i heimesjukepleia, var eg innom til ein pasient som sleit mykje med sosial angst. Eg fekk beskjed om at pasienten er vant med å ha kjende sjukepleiarar innom. Pasienten verka missfornøgd då eg kom inn med kontaktsjukepleiaren min. Eg fekk inntrykk av at pasienten ikkje ønskte å snakke med meg, og var litt ufin i språket. Pasienten sjølv hadde veldig god kontroll på kva som skulle gjerast og sa kva me skulle gjere. Eg fekk gjennomført minimalt med oppgåve den dagen. Pasienten stolte ikkje på meg, eg var jo berre student og eg var ukjent. Men eg fekk betre kommunikasjon med pasienten etter kvart. Dagen etter var eg innom åleine til pasienten. Eg fekk beskjed om at eg kunne ta meg godt tid, og det gjorde eg. Det gjekk veldig bra, eg var interessert og lytta aktivt. Pasienten syntes det var så kjekt at eg hadde tid til å høyre på kva ho hadde på hjerta og ting vart gjorde slik som ho ynskte. Pasienten sa at det var så koselig å kunne prate litt, så eg måtte berre komme innom ein anna gong om eg hadde tid. Og med det såg eg kor viktig kvaliteten på relasjonen med pasientar var.

4.2 Informasjon om sjukdom og symptom

Når ein har fått relasjonen og tilliten på plass, som ein fyrste del av empowermentprosessen, er neste steg fagkunnskap som helsepersonell kan bidra med og kunnskap som pasienten har om seg

sjølv og sin situasjon (Tveiten, 2016, s. 43). Dette kan ein få fram via kommunikasjon. Empowerment er basert på fri bruk av makt, men ein relesjon som har fokus på likeverd (Tveiten, 2016, s. 42). Som helsepersonell står det i lova om helsepersonell i § 4 at ein skal utføre arbeid som er faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp som kan forventast ut i frå helsepersonell sine kvalifikasjonar, arbeidets karakter og situasjon for øvrig (Helsepersonelloven, 1999). Holdningar er viktig å tenkje over som helsepersonell, korleis ein møter pasientane. Å utøve makt er dårlig omsorg. I studien om sjølvbebreiding og stigmatisering (Halding et al., 2011) kom det fram at pasientar følte skuld frå helsepersonell, personar i sitt nære sosiale nettverk og offentlig informasjon. Då dei fleste var veldig fokusert på at kols var ein røykerelatert sjukdom. Dette følte pasientane som negative følelsar, som var tilknytt røyking og skuld for å vere ein byrde i kvardagen. Pasientar treng informasjon og det er med på å auke kompetansen deira til å reflektere over sin eigen sjukdom og situasjon og vere meir bevist på handlingar som kan bidra til meistring (Tveiten, 2016, s. 90).

Når ein skal informere om sjukdom eller snakke om symptom til sjukdommen, kan dette vere krevjande for pasientane. Nokre ønskjer minimalt med informasjon mens andre ønskjer alt av informasjon. I lov om pasient- og brukarrettigheter §3-2 står det at pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innhald i helsehjelpa. Men at det ikkje skal bli gitt informasjon mot pasientens sin vilje (Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999). Dette er noko ein må ta hensyn til som sjukepleiar, kva som er ynskkelig og ikkje. I forskinga der sjukepleiarane visar sitt fokus på informasjon og håp til pasientane, (Reinke et al., 2010) seier ein av dei intervjuarane at det var ein utfordring å sortera ut kor mykje informasjon om sjukdommen pasientane ønskte, så det lettaste var å spørje kor mykje informasjon dei ville ha. For eksempel alle detaljer eller berre det store bildet av sjukdomen. Sjukepleiarane følte i fleste tilfelle at pasientane hadde behov for informasjon om sjukdomen. Korleis prognosane er framover og kva dei kan håpe på. Kvar pasient har ulike reaksjonar på sin sjukdom og prognose. Det som sjukepleiarane såg som nøkkelen for å kunne støtte pasientar var å bli kjent med personen, kartlegge kva dei har som håp og korleis dei mestrar kvardagen. Ved forståing av dette, er det lettare å kunne vete kva pasientane treng mest støtte og informasjon om. Ved å snakke om pasientens livskvalitet og mål, kan ein få greie på kva behovet for vidare hjelp er og til å kunne nå realistiske mål. Det å stille realistiske krav, er viktig for at ein skal ha kapasitet til å kunne nå målet. Om ein setter for store mål og ein ikkje klarar å mestre det, kan det forsterka nederlaget seier Jan Seidel (Sitert i Vifladt & Hopen, 2004, s. 70).

Nokre pasientar som har kols, kan har problem med å gå ut på badet for så å stelle seg. Dette kan vere utfordrande då dei har vanskeleg med å puste, som igjen kan føre til angst for å ikkje få puste, den vonde sirkelen. Dette kan ta mykje krefter og krevje god planlegging. Som helsepersonell er det

viktig å kunne informere om moglegheiter som kan vere med på å handtera for eksempel angst. Informere om pusteteknikkar, då det kan vere med på at ein kan takle det betre, eller ein kan informere om at det er mulig å bruke rullestol ut på badet for å redusere tungpusten, til ein skal gjennomføre stellet. Og for pasientar som ein har fått ein god relasjon med og som er motivert, kan sjå på dette som ein mulighet å takle kvardagen. Men om ein seier dette til ein pasient som ein ikkje ha så god relasjon med, som er i utgangspunktet har fått lite informasjon om sjukdomen. Samt ikkje er motivert, kan føre til at han føler seg hjelpelaus. Så at det kan både vere negativt og positivt med sosial støtte (DiNicola et al., 2013). Kvaliteten på relasjonen er med på å kunne vidare formidle informasjon til pasienten.

4.3 Oppfølging og meistringsstrategiar

Angst og stress er ofte ein faktor som er viktig for kols pasientane å kunne lære seg å meistre. Å leve med dei symptoma som ein får av kols, som kronisk hoste, tung pust ved anstrengelse og auka slimproduksjon, kan føre til angst hjå pasientane då dei ikkje føler dei får puste tilstrekkeleg (Mjell, 2012, s. 232). Dei kan bli redd for å få dyspneanfall, då det er skremmande og alvorlig å ikkje få puste. Den faren som oppstår når det gjelder alvorlig pustebevisvær kan vere med å føre til angst i livssituasjonen til pasienten. Dette førar til at pasienten kan føle redsel for anfall eller forverring, spesielt når ein ikkje er forberedt eller om ein har problem med å handtere det. Nokre blir bekymra for å komme borti traumatiske situasjonar som dei har gått igjennom før, som akutt innlegging på sjukehus på grunn av alvorlig pustebevisvær (Skaug & Berntzen, 2012, s. 82). Som den eine studien seier, har lav helsetilstand og angst ein viktig risikofaktor for ny sjukehusinnlegging (Gudmundsson, et al., 2005). Eg nemnte fem betingelsar i teorien for meistring, som bør vere på plass for å få ei vellykka løysing på problemet. Panikk for pasientar med kols har symptom som går på det fysiske som tungpust og brystmerter. Men det kan også skape psykologiske symptom som sterk frykt for å dø (Willgoss et al., 2012). Så det er mange ulike faktorar som spelar inn når det gjelder meistring hjå kols pasientar. I den eine forskinga var det mange pasientar som følte at tungpust var ein utløyssande faktor av angst og panikk Her er eit sitat av ein av pasientane som var med i forskinga:

“Very often, if you have had a very severe bout of coughing ... then you can be short of breath again ... it can cause you to start to panic, and you think ‘god I have cleared all that muck off my lungs, and I still can't get my breath.’” (sitert i Willgoss et al., 2012).

Og slik kan det nok vere for mange. Det å kunne lære seg meistringsstrategiar, som for eksempel pusteteknikkar, kan nok vere med på å lette kvardagen for pasientane. Eller meistringsstrategiar som

går på det med depressive tankar. Det å sjå ulike teknikkar som kan fungera for pasientane, er ikkje alltid så lett for pasienten sjølv å sjå. Det å kunne få oppfølging og lære seg mestringsteknikkar kan vere ein godt tiltak for pasientar med kols for å kunne meistre kvardagen på best mulig måte.

Eg opplevde sjølv når eg var i heimesjukepleia at det var ein kols pasient som hadde sine måtar å handtere eit stell på best mulig måte. Pasienten brukte pusteteknikkar, hadde rutinar på alt som skulle gjerast og ønskte minst mulig prating. I forflytning var pasienten redd for å bli tungpusten men også redd for at noko skulle gå galt. Og i denne situasjonen såg eg kor viktig relasjon hadde å seie, det å få sosial støtte. Pasienten ønskte ikkje hjelp av nye folk, då det var eit stressmoment, ein usikkerheit og ein trigger for angsten. Denne pasienten hadde lært seg ein måte å mestre situasjonen på, og dette såg ein hadde stor betydning for resten av dagen. Om morgonstiller ikkje gjekk heilt smertefritt vart resten av dagen øydelagt. Eg såg i denne situasjonen at pasienten hadde fått mykje informasjon om sjukdommen sin og korleis takle den på best mulig måte. Samt kor viktig for pasienten at det var kjente personar, for at dette skulle fungere.

Meistringsstrategiar føler eg er heilt nødvendig for kven som helst. Men for pasientar med kols kan det bidra til at dei kan takle livet med kronisk sjukdom endå betre. Det kan vere med på å lette symptom som angst og depresjon. Om ein klarar å mestre ulike situasjonar som oppstår med for eksempel angst og depresjon, vil livskvaliteten verte betre. Livskvalitet kan vere å føle seg uavhengig, føle seg til nytte, ha sjølvbestemmelse, det å få støtte av dei som står ein nærast, føle seg trygg, kunne vere i aktivitet og oppleving av å kunne meistre (Wahl & Hanestad, 2007, s. 31).

5 Konklusjon

Pasientar som har kols har behov for å bli sett. Sosial støtte er noko sjukepleiarar kan bidra med for at pasientar med kols skal kunne meistre. Men dette er avhengig av at ein har god relasjon.

Sjukepleiarar bør ein ha kommunikasjonsferdigheitar for å kunne få ein god relasjon. Informasjon om sjukdom og symptom er med på å kunne auke mestringssevna og håp til pasientar, og det er viktig at sjukepleiarane brukar. Mestringsstrategiar er effektivt for å kunne handtere kols, då dette kan bidra til at pasientar kan få følelsen av å lukkast. Empowerment er eit svært relevant omgrep knytt til denne oppgåva, då målet er å kunne utvikle meistringskompetansen. Det som eg ville finne ut av med denne litteraturstudien, var kva eg som sjukepleiar kan gjere for å bidra til mestring, korleis ein bør gå fram. Kriteria som Jan Seidel (sitert i Vifladd & Hopen, 2004, s. 70) seier om kva som bør vere på plass for å lukkast og meistre best moglig, er punkt som er svært sentralt for

Empowermentprosessen. Som sjukepleiar skal eg bidra med å hjelpe pasientar til å investera energi, få dei til å fokusere på å mobiliser ressursar, vere til hjelp med å still realistiske krav, kunne finne ei løysing på problemet, då det er lettare som utanforståande og hjelpe pasientar til å ta egne val i forhold til situasjonar. Dette er gode punkt av Jan Seidel som bør vere der for å kunne meistre.

Problemstillinga eg hadde i denne oppgåva var "korleis fremje mestring hjå pasientar med kols?", og i oppgåva har eg fokusert på kva som bør vere på plass for å ha gode intensjonar for å mestre, korleis eg som sjukepleiar kan gå fram.

Kjeldeliste

- Andenæs, R. (2007). Å leve med lungelidelser. I E. Gjengedal, & B. R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom- en varig kursending* (ss. 208-222). Oslo: Cappelen Forlag AS.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- DiNicola, G., Julian, L., Gregorich, S., Blanc, P., & Katz, P. (2013). The Role of Social Support in Anxiety for Persons with COPD. *74* (2), ss. 110-115. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.09.022
- Gudmundsson, G., Gislason, T., Janson, C., Lindberg, E., Hallin, R., Ulrik, C., et al. (2005). Risk factors for rehospitalisation in COPD: role of health status, anxiety and depression. *26* (3), ss. 414-419. doi: 10.1183/09031936.05.00078504
- Halding, A. G., Heggdal, K., & Wahl, A. (2011). Experiences of self-blame and stigmatisation for self-infliction among individuals living with COPD. *25* (1), ss. 100-107. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00796.x
- Hanssen, T. A., & Natvig, G. (2007). Livskvalitet, helse, stress og mestring - Stress og mestring. I E. gjengedal, & B. R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom - en varig kursending*.(ss. 40-59) Bergen: Cappelen Akademiske Forlag.
- Helsedirektoratet. (2012). *Kols. Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging*. Henta 10 12, 2016 frå <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/847/Nasjonal-faglig-retningslinje-og-veileder-for-forebygging-diagnostisering-og-oppfølging-IS-2029.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Kvaal, K. (2013). Angst og depresjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten* (ss. 383-394). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Mjell, J. (2012). Sykdommer i respirasjonsorganene. I S. Ørn, J. Mjell, & E. B. Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (ss. 209-242). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Oksholm, T. (2013). Sykepleie til pasientar med lungesykdom. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie* (ss. 227-276). CAPPELEN DAMM AS.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter*. Henta frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/>

Reinke, L., Shannon, S., Engelberg, R., Young, J., & Curtis, J. (2010). Supporting Hope and Prognostic Information: Nurses' Perspectives on Their Role When Patients Have Life-Limiting Prognoses. *39* (6), ss. 982-992.doi: 10.1016/j.jpainsymman.2009.11.315

Sandve, L. (2016). *Cyanose*. Henta Oktober 31, 2016 frå store medisinske leksikon: <https://sml.snl.no/cyanose>

Skaug, E. A., & Berntzen, H. (2012). Respirasjon. I N. J. Kristoffersen, F. Nortveit, & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie- Grunnleggende behov* (ss. 61-87). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stanick, E. (2015). *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Solheim, M. (2004). Å vere kronisk sjuk- oppleving, mestringsoppgåver og konsekvensar for sjukepleie. I M. Solheim, & K. A. Aarheim (Red.), *Kan eg komme inn? - verdjar og val i heimesjukepleie* (ss. 110-131). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk - pasient-og pårørandeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.

Vifladt, E. H., & Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk - samhandling om læring og mestring*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.

Vogt, Y. (2014). *Kols sliter ut pårørende*. Henta Oktober 8, 2016 frå forskning.no: <https://www.lhl.no/lunge/kols/>

Wahl, A. K., & Hanestad, B. (2007). Livskvalitet, helse, stress og mestring - Livskvilitet. I E. Gjerngedal, & B. R. Hanestad (Red.), *Å leve med krokisk sykdom - en varig kursending* (ss. 29-59). Bergen: Cappelen Akademisk Forlag.

Willgoss, T., Yohannes, A., Goldbart, J., & Fatoye, F. (2012). "Everything was spiraling out of contro": Experiences of anxiety in people with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* , 41 (6), ss. 562-771.doi:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2012.07.003>