



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	23-04-2018 12:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	25-04-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)	<b>Studiepoeng:</b>	12
<b>SIS-kode:</b>	203 SYKSB3001 1 PRO 2019 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 351

### Informasjon fra deltaker

**Tittel \*:** Kols og mestring

**Antall ord \*:** 7396

**Tro- og loverklæring \*:** Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja  
registrert oppgavetittelen  
på norsk og engelsk i  
StudentWeb og vet at  
denne vil stå på  
uitnemålet mitt \*:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Kols og mestring

COPD and coping

**Kandidatnummer: 351**

Bachelor i sjukepleie

Helse- og omsorgsvitenskap/Stord/Sjukepleie

Veileder: Angelina Belova

Innleveringsdato: 25.04.19

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.



## **Kols og mestring**

Bacheloroppgave i sjukepleie

HVL, Stord og kull 2016

Innleveringsdato: 25.04.19

Antall sider: 21

Antall ord: 7396

## Sammendrag

**Tittel:** Kols og mestring

**Bakgrunn for valg av tema:** I løpet av min sykepleierutdanning har jeg møtt flere kols-pasienter, i praksis og i jobbsammenheng. Jeg har sett sykdommen utarte seg på flere stadier. På bakgrunn av den høye forekomsten av kols, min egen opplevelse av kols-pasienter og et ønske om å lære mer om dette temaet var grunnen til at jeg ønsket å skrive om dette i oppgaven.

**Problemstilling:** «*Hvordan kan sykepleiere bidra til mestring av sykdommen kols hos pasienter i hjemmet?*»

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å få større kunnskap og innsikt i hvordan sykepleiere kan hjelpe pasienten til å mestre sin kols sykdom i hjemmet.

**Metode:** Oppgaven er skrevet som en litteraturstudie. Jeg har gjort flere søk etter forskningsartikler i databaser som Chinal, Pubmed, Svemed og Ovid. Søkord som ble brukt var COPD, home nursing, home care, coping, quality of life. Etter søk i de ulike databasene ble det valgt fire artikler fra Chinal.

**Resultater/funn:** Forskningsartiklene viste blant annet at det er viktig å etablere et godt første møte med pasienten. De viste redusert kvalitet på ADL-kvaliteten hos kols-pasientene. Forskjellige rehabiliteringsprogrammer bidro til at pasienten følte seg trygge, komfortable og motiverte til å skape endring. Funnene i artiklene viste også at programmene var forståelige og anvendelige i pasientens hverdag.

**Oppsummering/konklusjon:** Sykepleierne kan hjelpe kols-pasienten til å mestre sin hverdag ved blant annet å etablere en hensiktsmessig kontakt mellom sykepleier og pasient. Kartlegge hvilke ADL-funksjoner pasienten har. Ved å bruke forskjellige rehabiliteringsprogrammer kan pasienten oppleve en problemfokuset mestring.

**Nøkkelord:** Kols, hjemmesykepleie, mestring.

## Summary

**Title:** COPD and coping

**Background:** During my nursing education, I have met several COPD-patients, in practice and in a job context. I've seen the disease degenerate into several stages. Based on the high incidence of COPD, my own experience of COPD-patients and a desire to learn more about this topic, is the reason why I wanted to write about this.

**Thesis statement:** *"How can nurses contribute to coping with the disease COPD in patients at home?"*

**Aim:** The aim of the task is to gain greater knowledge and insight into how nurses can help the patient to cope his COPD disease at home.

**Method:** The thesis is written as a literature study. I have made several searches for research articles in databases such as Chinal, Pubmed, Svemed and Ovid. Keywords used were COPD, home care, coping, quality of life. After searching the various databases, four articles were chosen from Chinal.

**Findings:** The research articles showed, among other things, that it is important to establish a good first meeting with the patient. They showed reduced quality of ADL quality in the COPD-patients. Different rehabilitation programs helped the patient feel safe, comfortable and motivated to create change. The findings also showed that the programs were understandable and usable in the patient's everyday life.

**Summary/conclusion:** The nurses can help the COPD-patient to cope his/her everyday life by, among other things, establishing an appropriate contact between the nurse and the patient. Identify the ADL functions the patient has. By using different rehabilitation programs, the patient can experience a problem-focused coping.

**Key words:** COPD, home care, coping.

## Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1. 1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1. 2 Presentasjon av problemstilling.....	1
1. 3 Avgrensinger og presiseringer.....	2
1. 4 Oppbyggingen av oppgaven.....	2
2.0 Teori .....	2
2. 1 Sykepleieteori – Joyce Travelbee.....	2
2. 2 Hjemmesykepleie .....	4
2. 3 Mestring.....	5
2. 4 Kols .....	6
3.0 Metode.....	7
3. 1. Litteraturstudie .....	8
3. 2. Fremgangsmåte .....	8
3. 3. Metodekritikk .....	9
3. 3.1 Vurdering av egen oppgave.....	10
3. 3.2 Kritisk vurdering av artikler .....	10
3. 5. Etikk i oppgaveskriving.....	11
4. 0 Resultat.....	11
4. 1. District nurses’ views on quality of primary healthcare encounters.....	11
4. 2. Self-reported quality of ADL task performance among patients with COPD exacerbations ....	12
4. 3. Feeling safe and motivated to achieve better health: Experiences with a partnership-based nursing practice programme for in-home patients with chronic obstructive pulmonary disease .....	13
4. 4 Home-based COPD psychoeducation: A qualitative study of the patients' experiences.....	14
4. 5 Samlet analyse av resultatene i artiklene .....	15
5. 0 Drøfting .....	15
5. 1 Etablere kontakt med pasienten i hjemmet.....	16
5. 2. Kartlegging av funksjon til kols-pasienten i hjemmet.....	17
5. 3 Rehabiliteringsprogrammer som løsninger for mestring i hverdagen? .....	19
6. 0 Avslutning .....	21
Referanser.....	22
Vedlegg .....	24
1.1 Matriser .....	24

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet for denne oppgaven vil være at pasienter opplever mestring av kols i hjemmet. Helsedirektoratet (2012, s. 9 - 10) skriver at kols er et folkehelseproblem. Forekomsten av Kols i både Norge og verden er økende. Etter hjerte – og karsykdommer og ondartede svulster er kols den hyppigste årsaken til død. Trolig har 250 000 – 300 000 personer kols, men under halvparten vet at de har sykdommen, men ofte har symptomer som pustebesvær og redusert livskvalitet. Grundt & Mjell (2016, s. 239) skriver videre sykdommen er sjelden før 40 – årsalderen, men øker med alderen. Hos befolkningen over 70 år har 10 % kols. Kols er nå blitt den hyppigste årsaken til sykehusinnleggelse.

Bakgrunn for valg av dette teamet er eget møte med Kols-pasienter både i jobbsammenheng og i praksis. Sommerjobb på lungeavdelingen på sykehuset ga sterkt inntrykk. Her så jeg sykdommen utarte seg på flere stadier, også pasienter med alvorlig kols. Videre har jeg også møtt kols-pasienter på jobb i hjemmesykepleien. Her har jeg sett pasienter som har lært seg å leve med sykdommen og mestrer dagliglivet, men jeg har også sett hvordan sykdommen kan gå utover dagliglivet og livskvaliteten. På bakgrunn av den høye forekomsten av kols og min egen opplevelse av pasienter med kols vil denne oppgaven handle om mestring av sykdommen kols i hjemmet. Hensikten med oppgaven er å få større kunnskap og innsikt i hvordan sykepleiere kan hjelpe pasienten til å mestre sin kols sykdom i hjemmet. Oppgaven vil bli skrevet som en litteraturstudie og vil bygge på Joyce Travelbee sin sykepleieteori.

### 1.2 Presentasjon av problemstilling

Problemstillingen i denne oppgaven er følgende:

*«Hvordan kan sykepleiere bidra til mestring av sykdommen kols hos pasienter i hjemmet?»*

### 1. 3 Avgrensinger og presiseringer

I denne oppgaven vil fokuset være på pasienter med kols som bor hjemme og mottar hjemmesykepleie. Det vil ikke bli fokusert på pasientens pårørende, selv om de kan være en stor ressurs for pasienten. Dette er fordi omfanget av oppgaven ville blitt for stort.

Aldersgruppen det kommer til å bli fokusert på i denne oppgaven er eldre mennesker. Dette er fordi forekomsten øker kraftig med alderen. Alder er en viktig faktor for tilstedeværelse av denne sykdommen (Helsedirektoratet, 2012, s. 36). Det vil ikke bli avgrenset i forhold til kjønn. Grundt & Mjell (2016, s. 239) skriver at det tidligere har vært lavere forekomst hos kvinner enn menn. Forskjellen er nå på vei til å jevnes ut i takten med økende andel kvinnelige røykere.

### 1. 4 Oppbyggingen av oppgaven

I oppgavens teoridel vil det bli forklart hva kols er og hvilke symptomer og plager det kan føre med seg. I teoridelen vil også kronisk sykdom, mestring, hjemmesykepleie og Joyce Travelbee sin sykepleieteori bli forklart. Videre i oppgaven vil jeg beskrive metode og litteraturstudie som metodevalg. I drøftingsdelen vil jeg se problemstillingen i lys av aktuelle funn fra forskningsartiklene og annen relevant faglitteratur.

## 2.0 Teori

### 2. 1 Sykepleieteori – Joyce Travelbee

Sykepleietoretikeren som kommer til å bli brukt i denne oppgaven er Joyce Travelbee. Kirkevold (1998, s. 113) skriver at Joyce Travelbee sin sykepleieteori fokuserer på sykepleien sin mellommenneskelige dimensjon. Travelbee hevder at for å kunne forstå hva sykepleie er, må man ha en forståelse av hva som foregår mellom sykepleier og pasient, hvordan denne interaksjonen kan bli opplevd, og hvilke konsekvenser det kan ha for pasienten.

Det som blir fremhevet som teoriens viktigste begrep er mennesket som individ, mening, lidelse, menneske-til-menneske-forhold og kommunikasjon (Krikevold, 1998, s. 113).

Travelbee (1999, s. 53-60) konstaterer at sykepleie er en mellommenneskelig prosess fordi den alltid, indirekte eller direkte dreier seg om mennesker. Travelbee legger vekt på



mennesket evner, det unike mennesket og menneskeverdet. Travelbee skriver også om lidelse. Hun ser på lidelse som en som en felles livserfaring som kommer til alle mennesker. Lidelser er en noe alle vil stå ovenfor før eller senere i livet. Likevel ser hun på lidelse som en erfaring som oppleves av hver enkel på hver sin måte. Hun skriver at lidelse er åndelig så vel som kroppslig og følelsesmessige erfaringer (Travelbee, 1999, s. 98). Kirkevold (1998, s. 113-116) skriver at Travelbee hevdet at lidelse ofte knyttet til sykdom, som kan føre til tap av åndelig, kroppslig eller emosjonell integritet. Å finne mening i livets erfaringer er av fundamental betydning. Travelbee hevder at en person sin opplevelse av lidelse og sykdom er viktigere for sykepleieren enn diagnosen. Travelbee sa det slik:

Enhver sykdom eller skade er en trussel mot en selv, og måten den syke personen oppfatter sin sykdom på, er viktigere enn noen helsearbeiders kategoriseringssystem. En helsearbeider kan ikke vite hvordan individet opplever sin sykdom, før helsearbeideren drøfter dette med individet og får fra ham de meninger han knytter til sin tilstand (Kirkevold, 1998, s. 113 - 116).

Travelbee (1999 s.177-217) skriver at menneske-til-menneske-forholdet er erfaringer eller rekke erfaringer som finner sted mellom sykepleier og de som hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet er at pasienten får sine behov i varetatt. Forholdet blir bygget opp av sykepleieren, hun står ansvarlig for å bygge forholdet og ivareta det, men hun kan ikke gjøre det alene. Det skal være et gjensidig forhold. Forholdet er en prosess. Hun mener at menneske-til-menneske-forholdet bygges gjennom faser, 1. det innledende møtet. 2. fremvekst av identiteter. 3. empatifasen (en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer, evnen til å forstå andres psykiske tilstand i et øyeblikk). 4. Sympati og medfølelse. 5. gjensidig forståelse og kontakt.

Travelbee (1999, s. 133) framhever også kommunikasjon i hennes sykepleieteori. Hun skriver at i et hvert møte mellom sykepleieren og den hun har omsorg for, foregår det kommunikasjon mellom dem. Sykepleieren må være i stand til å forstå hva den syke kommuniserer, og bruke informasjonen ved planlegging av sykepleieintervensjoner. Hun skriver videre at kommunikasjon er en gjensidig prosess. Alle sykepleier kommuniserer, men ikke alle kjenner de underliggende grunnene for kommunikasjon. Det er flere kommunikasjonsevner en sykepleier bør mestere. For eksempel blant annet evne til å uttrykke seg skriftlig og muntlig, evne til å lytte, høre og tolke. Evne til å observere, bruke hensiktsfull kommunikasjon og evnen til å vente.

## 2. 2 Hjemmesykepleie

Temaet i denne oppgaven er mestring av kols i hjemmet. Det vil derfor være nyttig å definere hva hjemmesykepleie er. Birkeland & Flovik (2016, s. 13) forteller at hjemmesykepleie som fagområde utøves i skjæringspunktet mellom det «daglige livet i hjemmet» og offentlig tjenesteyting. Det daglige livet leves i stor grad i hjemmet. Der blir den meste av tiden vår tilbrakt, og her har vi friheten til å gjøre hva vi vil. Hjemmesykepleie medfører at offentlige tjenestepersoner kommer inn i det private området. Det blir i dette skjæringsområde at hjemmesykepleie skal fungere i praksis og som fagområde. Derfor har hjemmesykepleie hatt fokus på praktisk hjelp og på den grunnleggende sykepleien, som ofte blir gitt til pasienter over lengre tid. De ansatte blir godt kjent med pasienter og kan følge dem over et langt sykdomsforløp. Dette er en stor kontrast i forhold til for eksempel arbeidssituasjonen til sykepleiere på sykehus.

Det finnes ikke en entydig definisjon av hjemmesykepleie. Hjemmesykepleie fokuserer ikke på en spesiell type pasientgruppe eller pasienter. En kan treffe alle typer pasienter i hjemmesykepleien. Hjemmesykepleie er helsehjelp, altså omsorg og pleie, som blir utført av profesjonelle til en pasient og deres pårørende i eget hjem. Der fokuset er å ivareta pasienten sine grunnleggende behov. Det er også fokus på pasientens situasjon. En viktig funksjon for hjemmesykepleien er å være et alternativ til institusjon. Hjemmesykepleie har mange forskjellige oppgaver, fra besøk med en forebyggende funksjon til rehabilitering og terminal pleie. Slik blir hjemmesykepleie definert av Birkeland & Flovik (2016, s. 15).

Birkeland & Flovik (2016, s. 23) skriver hjemmesykepleie er en lovpålagt tjeneste. Alle pasienter i hjemmesykepleien skal ha et vedtak som angir hvilken helsehjelp de skal få. Behovet for hjemmesykepleie avgjøres stort sett av lederen for en enkelte enhet eller ansatte ved et bestillerkontor. Vedtaket vil være en juridisk rettesnor for både ansatte og pasienter i hjemmesykepleien.

## 2.3 Mestring

Tveiten (2016, s. 174 – 175) skriver at mestring kan forstås som å klare noe på egen hånd. Det kan for eksempel være å takle stress eller sykdom på en måte som gjør at man kommer seg videre på en god måte. De definerer også mestring som stadig skiftende handlingsrettede og kognitive forsøk for å håndtere forskjellige ytre og/eller indre utfordringer som kan være tyngende eller som går utover ressursene til en person.

Samdal, Wold, Harris & Torsheim (2017) skriver at mestring ikke bare trenger å være en respons på en ytre situasjon som oppstår. Det kan også være et resultat av forskjellige stresserfaringer som en selv ønsker å oppsøke for å utfordre seg selv og sin egen utvikling. Mestring handler også om å ha en positiv forventning til hvordan en situasjon vil bli håndtert. Even til å kunne mestre noe utvikles i løpet av hele livet og er en viktig ressurs for mennesket til å takle forskjellige situasjoner og søke utvikling og utfordringer ellers i livet.

Det finnes flere definisjoner på mestring. Renolen (2015, s. 166) skriver at mestring er et vidt begrep med mange forskjellige innfallsvinkler. En snakker da om mestring av følelser, tanker, tap og fysisk ubehag. I psykologien blir mestring knyttet til et individs evne til å kunne håndtere forskjellige livshendelser og påkjenninger som er større enn de hverdagslige utfordringene. Det finnes flere mestringsstiler. En mestringsstil er betegnelsen på karakteristiske trekk ved et individ sin mestring på tvers av situasjoner og over tid. Det finnes mestringsstiler som for eksempel robusthet, optimisme og humor.

Det er også flere stressmestringsmodeller. Renolen (2015, s. 169) skriver videre om Lazarus og Folkmans stressmestringsmodell. Denne modellen legger vekt på individets vurdering av situasjonen. De ser på mestring som en prosess. I en mestringsprosessen er følelser, tanker og handlinger avhengige av og påvirker hverandre. I følge Lazarus og Folkman er det to typer mestringsstrategier. *Problemfokusert* og *emosjonsfokusert*. *Problemfokusert mestringsstrategier* er kjennetegnet ved å ha tiltak som er fokusert på problemløsning. Det kan være rettet mot omgivelser, for eksempel ved å endre tilgang på ressurser og søke om hjelp til å endre rutinger og livstil eller redusere ytre årsaker til stress. Kan også være rettet mot en selv, for eksempel senke ambisjoner og lære nye ferdigheter. *Emosjonsfokusert*

*mestring* vil si å prøve å endre følelsesreaksjonene som oppstår ved stress. Eksempel på mestringsstrategi som demper følelsesmessige ubehag kan for eksempel være kognitive strategier som å unngå informasjon eller situasjoner. Andre mestringsstrategier kan være fysisk aktivitet og bruk av alkohol og medikamenter.

## 2. 4 Kols

Kols = kronisk obstruktiv lungesykdom. Kols er en samlebetegnelse på sykdommer hvor luftmotstanden ikke er reversibel. Luftveisobstruksjonen vil progrediere langsomt. Det er fordi pasienten har en kronisk inflammasjon som gradvis vil skade de små luftveisgreinene. Luftveismotstanden er spesielt økt under ekspirasjonen, og pasienten vil dermed få en besværet ekspirasjon. Kolsbegrepet omfatter sykdommene emfysem og kronisk bronkitt, og en kombinasjon av disse tilstandene (Bakkeland, Thorsen, Almås, Sorknæs og Grønseth, 2016, s. 133).

Grundt & Mjell (2016, s. 239) skriver videre at *kronisk bronkitt* blir karakterisert som økt sekretproduksjon i luftveiene på grunn av kronisk inflammasjon og økt luftveismotstand. Kronisk inflammasjon i mindre bronkioler og bronkier, med et økt antall slimproduserende celler, sekretstagnasjon og fortykket vegg som reduserer luftveisåpning er med å gi en økt luftveismotstand. *Emfysem* skyldes ødeleggelse av lungevev og alveoler som blir utvidede. Mange alveoler «smelter» sammen, på denne måten blir det færre og større alveoler. Den totale alveoleoverflaten blir redusert. Den elastiske tilbakefjæringskraften i alveolene blir også svekket, og dermed øker luftveismotstanden.

Hovedårsaken til utvikling av kols er tobakksrøyking. Andre årsaker er eksponering for kjemikalier og støv (gasser, irritanter og røyk) i forskjellige arbeidssammenhenger der eksponeringen har vært stor og langvarig. Andre risikofaktorer er forurensing fra fossile brennstoffer. Matlaging og oppvarming i hjem som er dårlig ventilerte er en hyppig forekommende årsak på verdensbasis. Astma er også en risikofaktor for kols (Grundt & Mjell, 2016, s. 240).

Symptomer kommer gradvis. Starter som regel med kronisk hoste og, økt slimproduksjon og tung pust ved anstrengelse. Det aller mest typiske symptomer er kronisk hoste med ekspektorat. (Grundt & Mjell, 2016, s. 240). Lungesykdommer kan gå utover pasientens psykososiale behov. Dyspné kan være veldig skremmende, spesielt når tungpusten tiltar. Det kan være vanskelig å få roet seg ned og unngå panikk, slik at pasienten kan puste dypt og rolig. Pasienter som har kols kan føle en skam over å røyke eller ha røykt, de kan føle at de selv har forårsaket sykdommen. Mange har opplevd å bli møtt med holdningen at sykdommen er selvforskyldt, gjerne også fra helsepersonell. Dette kan gjøre at pasienter trekker seg tilbake fra sosiale sammenhenger og blir mer isolerte (Bakkeland et al., 2016, s. 138 – 148).

Grundt & Mjell (2016, s. 241) skriver at behandling ved kols vil først og fremst være å råde pasienten til minst mulig eksponering av risikofaktorer. Røykeslutt er alltid et mål. Andre mål for behandlingen er å stoppe videre utvikling av sykdommen, lindre symptomer og bedre pasienten sin kondisjon og arbeidskapasitet. Rehabiliteringsprogram med fysiske øvelser er viktig element i behandlingen ved kols. Aktuelle legemiddel er legemidler som utvider bronkiene og glukokortikoider. Langtidsbehandling med oksygen kan bli aktuelt i stadium 4, der pasienten har kronisk respirasjonssvikt.

Kols er en kronisk sykdom. Det kan gi flere utfordringer. Gjengedal og Hanestad (2007, s. 10 og 209) skriver at når et menneske rammes av en kronisk sykdom vil livet endre seg. Ikke bare for den som er syk, men også for den sykes venner og familie. Sykdommen griper inn i dagliglivet og det blir satt helt nye betingelser for livsutfoldelsen på mange områder. Det vil for eksempel bli hyppigere kontakt med helsevesenet. De skriver videre at symptomer ved kols vil komme gradvis. Ved framtreddende faser av sykdommen vil det påvirke pasienten både psykisk og fysisk. Mange situasjoner der pasienten tidligere ikke så på som problematisk, vil etterhvert kunne oppleves stressende og stille nye krav til mestring.

### 3.0 Metode

Det å være metodisk i vitenskapelig sammenheng er å kunne bruke og overholde intellektuelle standarder i argumentasjon. Det stiller krav til oss om å tenke og systematisere tankene våre,

men det stilles også krav til ærlighet og sannhet. Vi trenger forskjellige metoder for å kunne få frem ny kunnskap, men også for å etterprøve i hvilken grad påstander er gyldige, holdbare eller sanne. *Kvantitative metoder* har til fordel at de gir data i form av målbare enheter. Det gir oss muligheter til regneoperasjoner av resultatene for å for eksempel gi oss gjennomsnitt av noe. *Kvalitative metode* ønsker å sikte på å fange opp opplevelse og meninger som ikke lar seg måle eller tallfeste. Begge disse metodene bidrar til en bedre forståelse av samfunnet vi lever i (Dalland, 2017, s. 51 - 52). I denne oppgaven vil det bli benyttet både kvalitative og kvantitative studier.

### 3. 1. Litteraturstudie

Denne oppgaven skrives som en litteraturstudie i henhold til skolens retningslinjer. En litteraturstudie er studie som systematiserer kunnskap fra andre skriftlige kilder. Det å systematisere vil si å innhente litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt sammenfatte alt. Man skal ha en systematisk tilnærming i alle trinn (Thidemann, 2015, s. 79). Dalland (2017, s. 207) skriver at i den litterære oppgaven blir det hentet data fra allerede eksisterende fagkunnskap, teori og forskning.

### 3. 2. Fremgangsmåte

Jeg har brukt studiets pensumlister for å finne aktuell litteratur. Jeg har også brukt annen litteratur som ikke er pensum. Denne litteraturen ble funnet ved å søke i bibliotekets nettsider.

For å finne forskningsartikler har jeg søkt i flere databaser, blant annet Cinahl, PubMed og SveMed. Det var i Cinahl funn av aktuelle artikler ble gjort. SveMed ble brukt for å søke med norske søkeord for å finne engelske MeSH ord som ble brukt i Cinahl. Ord som ble brukt var COPD, nurse, home nursing, home care, coping, quality of life.

Søk i Cinahl database 25.3.19

Nummer	Søkeord	Avgrønsinger	Resultat
1	COPD or Chronic obstructive pulmonary disease	2012-2019 Peer Reviewed	202
2	Nurse*		427 131
3	Home nursing		61 440

4	Home care		836
5	Home care nursing		41 854
6	Adaptation, Psychological		140
7	Coping		47 011
8	Quality of life		157
9	S2 or S3 or S4 or S5		504 795
10	S5 or S6 or S7		219 478
11	S9 and S10 and S1		140
12	S1 and S5		70

Etter søk nr. 1 ble artikkelen *Self-reported quality of ADL task performance among patients with COPD exacerbations* (Bendixen, Wæhrens, Wilcke & Sørensen, 2014) valgt. Denne artikkelen ble valgt fordi den var aktuell for drøftingen i denne oppgaven. Søk 12 ga funn på artikkelen *Feeling safe and motivated to achieve better health: Experiences with a partnership-based nursing practice programme for in-home patients with chronic obstructive pulmonary disease* (Leine, Klopstad, Borge, Hustavenes & Bondevik, 2017) Denne artikkelen ble valgt fordi den er relevant til oppgavens problemstilling. Etter dette søket ble også artikkelen *Home-based COPD psychoeducation: A qualitative study of the patients' experiences* (Bove, Midtgaard, Kaldan, Overgaard & Lomborg, 2017) funnet. Denne artikkelen ble valgt fordi funnene i studien vil være relevant i denne oppgavens drøftingsdel.

Jeg gjorde senere også et nytt søk i Cinahl, 28.3.19. for å finne en artikkel om hjemmesykepleie. Da brukte jeg først søkeordet District nurse. Det ga 5224 treff. Deretter søkte jeg S1 and relationships. Jeg begrenset søket fra år 2010 til 2019. Dette ga 13 treff. Jeg fant artikkelen *District nurses' views on quality of primary healthcare encounters* (Zotterman, Skär, Olsson & Söderberg, 2015). Denne artikkelen ble sett på som aktuell da den kan være med på å belyse temaet primærhelsetjenesten, som er området hjemmesykepleie kommer inn under.

### 3. 3. Metodekritikk

I følge Dalland (2016, s. 152 – 158) dreier kildekritikk seg om å gjøre rede for den litteraturen som er blitt brukt i oppgaven. Oppgavens faglighet og troverdighet er avhengig av at kildegrunnlaget blir godt beskrevet og begrunnet. Det må komme tydelig fram *hvorfor* en type

litteratur er valgt og *hvordan* utvalget er blitt gjort. Kildekritikk betyr at du vurderer i hvilken grad litteraturen som er blitt funnet lar seg bruke til å beskrive og belyse problemstillingen.

### 3. 3.1 Vurdering av egen oppgave

Valg av akkurat disse artiklene er gjort fordi artiklene har relevante funn. Funnene i artiklene mener jeg kan være med på å belyse problemstillingen min drøftingsdelen i oppgaven.

Begrensinger som er blitt gjort ved utvelgelse av disse artiklene er at årstallet ble satt fra 2012 – 2019. Det er mulig jeg har gått glipp av god artikler som er blitt gitt ut før 2012, men målet var å finne nyere god forskning.

### 3. 3.2 Kritisk vurdering av artikler

For å kritisk vurdere forskningsartiklene har jeg brukt sjekklister fra helsebiblioteket.no og lest artiklene nøye. *District nurses' views on quality of primary healthcare encounters* (Zotterman et al., 2015) ble kritisk vurdert ved bruk av en kvalitativ sjekklister og nøye lesing av artikkelen. Artikkelen har en klart formulert problemstilling. Kvalitativ metode er hensiktsmessig å bruke da formålet med studien er å beskrive sykepleiere sitt syn på kvaliteten på møtet med primærhelsetjenesten. Utvalgsmetodene er også godt forklart. Artikkelen er relevant da resultatene vil være nyttig for drøftingen i denne oppgaven.

For å kritisk vurdere artikkelen *Self-reported quality of ADL task performance among patients with COPD exacerbations* (Bendixen et al., 2014) ble det lest nøye og brukt en sjekklister for prevalensstudier. Artikkelen har en klart formulert problemstilling. Resultatene i artikkelen viser at det er vanlig at kolspasienter har en nedsatt kvalitet på ADL-oppgaver i dagliglivet. Artikkelen er skrevet i et ergoterapeutisk syn. Jeg vurderer at funnene i artikkelen også vil være relevante i denne oppgaven, og jeg har derfor valgt å bruke artikkelen selv om det ikke er skrevet ut i fra et sykepleieperspektiv.

Artikkelen *Feeling safe and motivated to achieve better health: Experiences with a partnership-based nursing practice programme for in-home patients with chronic obstructive pulmonary disease* (Leine et al. 2014) er en kvalitativ artikkel. Artikkelen har blant annet en klart formulert problemstilling. Og de har til hensikt å undersøke hvilke erfaringer kols-



pasienter har hatt med partnerskap basert sykepleie i hjemmet. Metode og utvalget er nøye beskrevet. Funnene i artikkelen vil være med på å belyse problemstillingen min i oppgaven.

Ved hjelp av grundig lesning og en sjekkliste for kvalitative artikler ble artikkelen *Home-based COPD psychoeducation: A qualitative study of the patients' experiences* (Bove et al., 2017) vurdert til å være gyldig. Blant annet er kvalitativ metode er hensiktsmessig da artikkelen vil beskrive hva pasienter sin erfaring er med «psychoeducation» i hjemmet er. Utvalget i studien er også beskrevet nøye.

### 3. 5. Etikk i oppgaveskriving

Forskningsetikk er et område av etikken som har med vurdering av forskning i forhold til samfunnets verdier og normer. Da vurderes alle sider ved forskningen, fra planlegging og valg av problemstilling til hvilke metoder som blir brukt, og hvordan resultatene kan tenkes anvendt og rapporteres. Forskningsetikk handler også om å ivareta personvernet og sikre at de som er med i forskningen ikke blir påført skade eller unødvendige belastninger. Å vinne ny kunnskap og innsikt må ikke skje på bekostning av enkeltpersoners velferd og integritet (Dalland, 2016, s. 237). Ved skriving av denne oppgaven er jeg bevisst på å følge de etiske prinsippene. Ved bruk av kilder vil jeg for eksempel passe på å ikke plagiere og alltid kilde til forfatter. Alle de artiklene jeg har valgt er etisk godkjent av forskningsetiske komiteer, utenom artikkelen *Self-reported quality of ADL task performance among patients with COPD exacerbations*. Ved nøye lesning og bruk av sjekkliste finner jeg ikke at denne artikkelen bryter noe av de etiske prinsippene og velger derfor å bruke denne i oppgaven.

## 4. 0 Resultat

### 4. 1. District nurses' views on quality of primary healthcare encounters

Artikkelen er skrevet av Zotterman, Skär, Olsson & Söderberg (2015). Formålet med denne studien er å beskrive sykepleiere sitt syn på møtet med pasienter primærhelsetjenesten. Metoden var kvalitativ. 27 sykepleiere deltok på 5 fokusgruppe intervjuer. Deltakerne i denne studien var sykepleiere som hadde jobbet minst 6 måneder i primærhelsetjenesten. Under fokusgruppe intervjuene ble det gitt en vignett, deretter ble det brukt en intervjuguide.

Etter analyse av fokusgruppeintervjuene resulterte det i fire temaer, å være klar over viktigheten og vanskeligheter under et møte, være pasientens advokat, være oppmerksom på den unike pasienten og bli informert når et møte ender dårlig.

Deltakerne i studien fremhevet viktigheten av *å være klar over viktigheten og vanskeligheter under et møte*. De beskrev gjerne at det er det første møte med pasienten som er viktigst. De understreker at et godt første møte var grunnlaget for en tillitsfullt og varig omsorgsfullt forhold og at det derfor er viktig å gjøre et godt førsteinntrykk under møtet.

I artikkelen er det også beskrevet av deltagerne så på seg selv som *pasientens advokat*. Det ble beskrevet et godt møte med pasienter når de beskytter pasientens integritet og viste forståelse for pasientens situasjon. Å hjelpe og støtte pasienten på ulike måter var viktig, spesielt når pasienten var sårbare og manglet styrken til å kjempe for sine rettigheter.

*Å være oppmerksom på den unike pasienten* ble av deltakerne i studien fremhevet som viktig. Sykepleierne sa at å vise ekte interesse og oppmerksomhet til pasienten under møtet var viktig. Deres faglige rolle var å se alle mennesker som likeverdige og å respektere deres menneskerettigheter. Ved å lytte, ville de bekrefte at pasienten var en unik person.

*Det å bli informert når et møte ender dårlig* var også et tema som ble fremhevet av deltakerne. Det å bli bevisste på misnøye og mangler under et møte var viktig. De ønsket da å håndtere situasjonen og klagen gjennom kontakt med pasientene selv.

#### 4. 2. Self-reported quality of ADL task performance among patients with COPD exacerbations

Bendixen, Wæhrens, Wilcke & Sørensen (2014) har skrevet en artikkel der formålet var å undersøke hva kolspasienter rapporterte av deres opplevelse av ADL-kvaliteten, og om alder, kjønn og kols-rutiner hadde noe å si for deres rapportering av ADL funksjonen deres. Studien er en tverrsnittstudie. 80 pasienter som hadde vært innlagt med kols eksaserbasjoner deltok i studien ved å selv rapportere deres ADL evne ved hjelp av ADL – Interveiw instrument.

Etter analyse av resultatene ga det forfatterne fire hovedtemaer å diskutere: problemer ved utførelsen av ADL oppgaver. Økt innsats og tretthet. Assistanse fra andre og ADL funksjon og kols karakteristikk.

*Problemer ved utførelsen av ADL oppgaver* ble fremhevet. Deltakerne rapporterte å være ineffektive når de utførte flere ADL oppgaver. Dette kunne være oppgaver som for eksempel gå på toalettet, kle på seg, personlig hygiene og kommunikasjon. Mobilitetsoppgaver rapportertes å være noe av det vanskeligste, som det å gå i trapper.

Deltakerne i studien rapporterte en *økt innsats og tretthet*. Mer enn 90 % av deltakeren rapporterte økt innsats og / eller tretthet som var forårsaket av ineffektive ADL oppgaver. Blant eldre har tretthet vist seg å være en faktor til nedgang av ADL funksjonen.

Forfatterne fremhever deltakernes rapportering av deres *behov for assistanse*. De hadde et behov for hjelp av familie eller profesjonelle omsorgspersoner. Mer enn 15 % av deltakerne hadde problemer med å komme seg på toalettet i tide, dette kunne også være med på å øke avhengigheten til andre.

*ADL funksjon og kols karakteristikk* er også et av hovedtemaet. Forfatteren skriver at man skulle tro at kvaliteten av utførelse av ADL oppgaver vil avta ved en lavere lungefunksjon. Resultatene i denne studien viste ikke dette. Det ble heller ikke vist en sammenheng mellom ADL funksjon og alder, kjønn eller kols karakteristikk som lungefunksjon, røykevaner og BMI.

#### 4. 3. Feeling safe and motivated to achieve better health: Experiences with a partnership-based nursing practice programme for in-home patients with chronic obstructive pulmonary disease

Forskningsartikkelen formidler en studie gjort i Norge av Leine, Klopstad, Borge, Hustavenes & Bondevik (2017). Forskerne har undersøkt hva pasienter med kols erfarte med et «partnership-based nursing practice» program. Programmet gikk ut på at deltakerne skulle ha tre hjemmebesøk av en lungesykepleier og ha et tverrfaglig samarbeid over en 6 måneders periode etter utskrivelse av sykehus. Deltakerne i studien var pasienter med diagnosen kols, hadde vært innlagt på et sykehus og var utskrevet til hjemmet. Metoden som ble brukt var kvalitativ metode. Forskerne intervjuet 6 deltakere ved bruk av individuelt semistrukturert intervju.

Forskerne løfter frem tre nøkkeltemaer fra resultatet: å bli sett, snakket med og forstått. Helsehjelp hjemme – kontinuitet, praktisk støtte og tilrettelegging. Utveksling av kunnskap.

Det var også to generelle temaer som viste seg gjennom alle de andre tre hovedtemaene: Føle seg trygge og komfortable og være motivert for å oppnå bedre helse.

I artikkelen blir det beskrevet at deltakerne hadde et behov for å *bli sett, snakket med og forstått*. Det var viktig for dem å ha noen å snakke med om sykdommen. Det var hjelpsomt og trykt. Andre deltakere fremmet viktigheten av dialogen. For de var ikke snakk om sykdom like viktig, for de var det viktigere å bli sett på som mer en kols-pasienten. Deltakere ga også uttrykk for at det var viktig å etablere et tillitsfullt forhold til sykepleieren for å få en god dialog.

Deltakerne ga uttrykk for at *helsehjelpen i hjemmet* var viktig. Det at sykepleieren kom hjem til deltakere ble sett på som trygt. I forhold til sykehuset var et enklere å huske hva som ble formidlet av informasjon når en var hjemme.

*Utvexling av kunnskap* var også noe deltakere fremhevet. Alle deltakerne var bekymret for forverrelse av sykdommen etter utskrivelse av sykehus. De hadde derfor et stor behov for informasjon om sykdommen. Temaene de ønsket kunnskap om var kols (blant annet hvordan leve med sykdommen), røykestopp og trening.

#### 4. 4 Home-based COPD psychoeducation: A qualitative study of the patients' experiences

Artikkelen er skrevet av Bove, Midtgaard, Kaldan, Overgaard & Lomborg (2017). Formålet med denne studien var å undersøke hva pasienter sin erfaringer var med en minimal hjemmebasert «psychoeducative intervention» som hadde som mål å redusere symptomer på angst. Studien er kvalitativ. 20 pasienter deltok på semistrukturerte intervjuer. Deltakerne i denne studien hadde også vært tidligere deltakere i en RTC studie hvor «psychoeducative intervention» viste at ble redusert symptomer på angst og økt mestring av dyspné. Nå ville forskerne se hvordan intervensjon kan være nyttig i dagliglivet til pasienten.

Det ble gjort tre hovedfunn etter intervjuene: ved å gjøre angst synlig gjør det håndterbart og lettere, angststyring handler om å få kontroll over tankene og være alene med angst og tung pust.

Å *gjøre angst synlig og håndterbart* fremhever deltakerne i studien. De synes det var vanskelig å snakke om angst med andre og de framhever det var vanskelig for slektninger å forstå situasjonen. Dette gjorde at pasientene kunne føle seg alene med deres angst og plager.

Ved å snakke om angst og gjøre dette tydelig forsvant følelsen av å være alene og forårsaket lettelse.

Forfatterne framhevet også *angststyring handler om å få kontroll over tankene*. Deltakerne følte at angst var noe de måtte holde privat. De fortalte at i situasjoner med angst handlet alt om å få kontroll over tankene. Intervensjonen ga dem blant annet muligheten til å formidle tanker om livets slutt, dette ga dem lettelse.

*Å være alene med angst og tung pust* var noe deltakeren var opptatte av. Deltakerne beskrev en følelse av å være alene med å håndtere angst og tung pust. Intervensjon hjalp dem med å bevare seg i episoder med angst og tung pust. Deltakerne stadfestet at de gjennom denne studien hadde de fått ny kunnskap eller fersket opp gammel kunnskap, dette var med å gjøre at de nå visste hva de skulle gjøre hvis de fikk angst og tung pust.

#### 4. 5 Samlet analyse av resultatene i artiklene

Etter å ha lest artiklene og skrevet sammendrag er dette hovedresultatene i forskningsartiklene:

- Viktigheten av å etablere et godt første møtet med pasienten med et håp om at pasientene vil føle seg velkommen til primærhelsetjenesten.
- Redusert kvalitet på ADL-funksjonen syntes å være svært vanlig blant kols pasienter.
- Pasienter med kols kan erfare å føle seg trygg og komfortabel, og være motivert til å skape endringer for å oppnå bedre helse etter å ha deltatt i «partnership-based nursing practice» program.
- Studien gir kunnskap for å bedre forstå pasientens opplevelser av en «psychoeducative intervention». Intervensjonen ble oppfattet som forståelig og anvendelig i pasientens hverdag og bidro til pasientens evne til selv å mestre sin tilstand.

#### 5. 0 Drøfting

I denne delen av oppgaven vil det drøftes hvordan vi som sykepleiere kan hjelpe kols-pasienten til mestring av hverdagen i hjemmet ved hjelp av funn i forskningsartikler og annen teori. En forutsetning for at sykepleieren skal få komme inn i hjemmet til pasienten er

etablering av kontakt. Deretter vil det bli drøftet om kartlegging av funksjon til pasienten er hensiktsmessig når en ønsker å skape mestring i hjemmet til pasienten. Det vil også bli drøftet ulike løsninger for å skape mestring hos kols-pasienten i hjemmet.

### 5. 1 Etablere kontakt med pasienten i hjemmet

For å at sykepleieren skal kunne hjelpe pasienten til å mestre sin kols sykdom i hjemmet må det etableres en kontakt mellom sykepleier og pasient. Det kan ofte ta litt tid og kan gjøres på mange måter. Birkeland & Flovik (2016, s. 44 - 46) skriver at det ofte er stor spenning knyttet til det å få hjemmesykepleie inn i hjemmet sitt. En bør derfor bruke tid på å bli kjent. Ofte blir det fokusert på pasientens funksjonssvikt. Pasient og deres pårørende vil være sensitive i forhold til hvilken relasjon og kontakt de føler at de etablerer med de som er på besøk. Kvinner er følsomme ovenfor en fremmed sin innblanding i det daglige og praktiske gjøremål i hjemmet. Menn er mer opptatte av hvilke trusler hjemmesykepleie kan sende mot egen uavhengighet. Sykepleierne som er deltakere i studien til Zotterman et al. (2015) er også opptatt av det første møtet for pasientene med primærhelsetjenesten. De beskrev det første møtet som det aller viktigste. Sykepleierne understreket at det første møtet var fundamentet for et tillitsfullt og varig omsorgsfullt forhold. Sykepleierne i studien var opptatt av å møte pasientene på en positiv måte og være klar over sine egne verdier og deres etiske tilnærminger. Både pasient og sykepleiere er opptatt av det første møtet. Dette er en god forutsetning for å kunne skape mestring i hjemmet til pasienten.

Kommunikasjonen er viktig for at sykepleiere skal etablere kontakt med pasienter i hjemmet. I Travelbee sin sykepleieteori fremhever hun viktigheten av en hensiktsfull kommunikasjon. Travelbee (1999, s. 186) skriver at det innledende møtet i menneske-til-menneske-forhold er preget av at to personer ikke kjenner hverandre. Observasjoner og etterfølgende antakelser er viktige for de danner grunnlag for senere beslutninger som tas. Zotterman et al. (2015) viser til at sykepleierne i studien også påpeker at et godt førsteinntrykk er essensielt ved det første møtet med pasienten. Travelbee (1999, s. 153 – 158) skriver videre at kommunikasjon er en komplisert prosess. Hun påpeker faktorer som kan være med på å skape brudd eller forstyrrelser i kommunikasjonen. For eksempel at sykepleieren ikke oppfatter pasienten som et individ, ikke oppfatter betydningsnivåene i kommunikasjonen eller en lar være å lytte. Ved å unngå disse bruddene i kommunikasjonen vil kommunikasjonen mellom sykepleier og

pasient ha gode forutsetninger. Deltakerne i studien til Zottermann et al. (2015) fremhever viktigheten av å få beskjed når et møte med en pasient ikke går som planlagt. Da ønsket sykepleierne å håndtere tilbakemeldingen direkte med pasienten. På denne måten ville pasienten få sagt hva hun eller han mente om erfaringen med det første møtet de hadde hatt. Slik vil de kunne reparere og få et bedre pasient – sykepleier forhold.

I hjemmesykepleien møter en pasienter som befinner seg i forskjellige sosiale situasjoner. For å skape et godt samarbeid mellom sykepleiere og pasienter fremhever deltakerne i studien til Zotterman et al. (2015) viktigheten av å se det unike mennesket ved pasientens møte med primærhelsetjenesten. Sykepleierne ønsket å vise genuin interesse og oppmerksomhet med pasienten under møtet. Ved å lytte til pasienten og høre hva pasientene har og si vil det gi en bekreftelse på at pasienten er unik. Travelbee (1999, s. 57) sier at en grunnantanke er at hvert enkelt menneske er absolutt unikt. Hvert menneske er annerledes. Helsedirektoratet (2012, s. 58) skriver at depresjon og angst opptrer langt hyppigere hos pasienter med kols enn hos befolkningen ellers. Følelsen av depresjon og angst resulterer ofte i sosial isolasjon, ensomhet, håpløshet, hjelpeløshet og passivitet. Birkeland og Flovik (2016, s. 71 – 73) skriver at mye tyder på at eldre som bor alene blir sittende mye alene i leiligheten. Den sosiale kontakten mellom pasient og sykepleier varierer, men det er tydelig at sykepleieren opplever at de har en viktig sosial funksjon. Pasientene opplever at de også har en sosial kontakt med ansatte i hjemmesykepleien, og det er noe som blir verdsatt høyt. Sykepleieren i studien til Zotterman et al. (2015) forteller også hvor viktig de synes det er å være pasientenes advokat. De beskriver et godt møte når de tar vare på pasientens integritet og viser forståelse for deres situasjon. På denne måten kan sykepleier og pasient skape et godt forhold gjennom samarbeid, og dette kan igjen gi gode forutsetninger for mestring.

## 5. 2. Kartlegging av funksjon til kols-pasienten i hjemmet

Å kartlegge hvilken funksjon kols-pasienten har i hjemmet vil kunne være hensiktsmessig for at de skal oppnå mestring. Travelbee (1999, s 98) ser på lidelse som en felles livserfaring som kommer til så å si alle mennesker. Lidelser er en noe alle vil stå ovenfor før eller senere i livet. Likevel ser hun på lidelse som en erfaring som oppleves av hvert enkel på hver sin måte. Hun skriver at lidelse er åndelig så vel som kroppslige og følelsesmessige erfaringer. Bendixen et al. (2014) skriver i sin studie om selvrapporing av ADL funksjoner hos kols-

pasienter med forverring. ADL står for activities of daily living, altså daglige aktiviteter. De skriver videre at fysiske og biologiske problemer har blitt dokumentert systematisk, men det er rettet mindre oppmerksomhet rundt kartlegging av ytelse av de daglige aktivitetene. Helsedirektoratet (2012, s. 58) skriver at pasienter med kols som opplever psykososiale symptomer ofte havner i en ond sirkel med økende tung pust og dermed økt immobilisering, som igjen vil påvirke tung pust og de psykososiale symptomene. Funn i studien til Bendixen et al. (2014) forteller at deltagerne var ineffektive når de utførte ADL-oppgaver, som å gå på toalettet, kle på seg, personlig hygiene og kommunikasjon. Det ble også rapportert av mer enn 90 % av pasientene som var deltakere at en økt innsats og / eller tretthet som forårsaket ineffektive ADL-oppgaver. Ved å kartlegge hva pasienter har av utfordringer og lidelser i hverdagen vil være med på å bevisstgjøre sykepleieren hva pasienten har behov for. Som Travelbee (1999, s. 228) sier, det er ikke en lett oppgave å hjelpe mennesker til å gi dem mening i det tilsynelatende meningsløse. Å gi mening er en kompleks oppgave som krever dømmekraft, innsikt og ferdigheter fra sykepleieren sin side.

Ved å være bevisst på hva pasienten har av utfordringer i hverdagen vil det gi sykepleieren et innblikk i hva som er mulig for pasienten å mestre. Ved å bruke ulike kartleggingsverktøy er det enklere for sykepleieren å bli bevisst hva det konkrete behovet er. Bendixen et al. (2004) fremhever at deltakerne rapporterte at de trengte hjelp fra familie eller profesjonelle helseyttere ved utførelse av ADL-oppgaver. Mer enn 15 % av deltagerne rapporterte også at de trengte hjelp av andre til å komme til toalettet i tide. Dette førte for pasientene til et større behov for hjelp fra andre. Det ble også rapportert at pasientene følte seg ineffektive når det gjaldt transport og husarbeid. Det finnes flere kartleggingsverktøy sykepleierne kan bruke når de ønsker å kartlegge aktivitetsnivået. Et av dem er Barthel ADL-indeks. Kirkevold (2018, s. 125) forklarer at Barthels ADL-indeks blir brukt til vurdering av pasientens evne til å ivareta dagliglivets aktiviteter. Denne skalaen vurderer pasientens evne til å ivareta sin egenomsorg i forhold til grunnleggende behov som personlig hygiene, påkledning, mobilitet osv. Barthel ADL-indeks er laget for å bli brukt av sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter i deres daglige kontakt med pasientene. Ved at det blir kartlagt pasientens funksjon kan det kanskje legges bedre til rette for mestring i hverdagen. På denne måten vil gjerne pasientene klare mer på egenhånd?



### 5. 3 Rehabiliteringsprogrammer som løsninger for mestring i hverdagen?

For at en pasient skal oppnå mestring i hverdagen må vi ha en forståelse av hva mestring er. Det finnes flere definisjoner på mestring. Tveiten (s. 174) definerer mestring på denne måten: mestring kan forsås som å klare noe på egenhånd, som det å takle sykdom eller stress, slik at en kommer seg videre på en hensiktsmessig måte. Det handler også om å ha tilgang på kunnskap, ressurser, ferdigheter, sosiale ressurser, hjelpere og eller utstyr til å utnytte dette. Leine et al. (2017) skriver om en studie der sykepleierne kommer til kols-pasientene på tre hjemmebesøk i et rehabiliteringsprogram. Deltakerne i studien fremhevet at besøkene ga dem kunnskap, og de kunne snakke om kols-sykdommen. Å snakke om sykdommen gjorde dem tryggere. De pratet også rundt temaer som røykeslutt og det å begynne og trene. Kirkevold (1998, s. 115 - 116) skriver at Travelbee så på det å finne mening i livets ulike erfaringer er av fundamental betydning. Ofte oppstår spørsmål om mening omkring sykdom. Hun mener at begrepet mening brukes for snevert, Travelbee mener at begrepet bør brukes som styrkende. En erfaring som kan gjøre deg i stand til å gå utover deg selv og dine begrensinger. Ved at sykepleierne kommer hjem til pasientene, og etablerer en kontakt, vil pasientene kunne få nye ressurser og kunnskaper til å ønske å komme seg videre og kunne mestre hverdagen bedre. Som Travelbee sier om mening, kan kols-pasientene bruke sin erfaring med kols-sykdommen som styrkende.

Kols-pasienten erfarer ulike utfordringer i hverdagen knyttet til sykdommen. Renolen (2015, s. 170) skriver om Lazarus og Folkman sine mestringsstrategier, problemfokustert mestring og emosjonfokustert mestring. Ved problemfokustert mestring kjennetegnes det ved tiltak som fokuserer på løsninger. For eksempel det å endre rutiner, endre livsstil eller endre ytre årsaker til stress. Ved emosjonfokustert mestring vil vi prøve å endre følelsesreaksjonene som oppstår i forbindelse med stress. Eksempel på dette er å unngå det følelsesmessige ubehaget, for eksempel det å unngå stressende situasjoner eller informasjon og distanserer seg fra problemet. Pasienter som har vært deltakere i studien til Leine et al. (2017) uttrykker at programmet har gitt dem støtte, informasjon, kunnskap og ny innsikt. Dette hadde gitt dem mer motivasjon til å oppnå en bedre helse. Endringene var knyttet til røykevaner og trening. Det viste seg at programmet også ser ut til å lede til motivasjon. Informasjon og kunnskap gir økt forståelse av sykdommen, som igjen kan lede til å gjøre endringer for en bedre helse. Det kan tenkes at kols-pasienten kan oppleve emosjonfokustert mestring ved for eksempel kolsforverringer. Da er det letteste å unngå informasjon, og bare fokusere på å puste. Når

sykepleierne i programmet har kommet hjem til pasientene har pasientene opplevd en trygget, og derfor hatt en hensiktsmessig problemfokuseret mestring. De har fått økt kunnskap og en lyst til å endre livsstil.

Det er også blitt gjort flere studier om forskjellige kols-programmer til pasienter som bor i hjemmet. Ved å ta i bruk disse programmene kan pasientene oppnå en problemfokuseret mestring. Bove et al. (2017) beskriver et program der sykepleierne kom hjem til pasientene hvor de hadde en dialog i 1 time, fokuset var på kognitiv terapi. Sykepleierne brukte en manual for samtalene, der var det første punktet på å bygge et forhold til pasienten. Travelbee skrev om menneske-til-mennesket forholdet. Travelbee (1999, s. 211) mener at det etableres et forhold gjennom flere faser. En av fasene er gjensidig forståelse og kontakt. Dette er resultater av de forbigående faser. Kontakt og gjensidig kontakt er erfaringer som både den syke og sykepleieren er sammen om. Denne fasen er karakterisert ved at de to personene deler forbudne tanker, holdninger og følelser. Pasientene i studien til Bove et al. (2017) beskrev at de opplevde det vanskelig å snakke om angst og at det var vanskelig for slektninger å forstå situasjonen. Dette gjorde at pasientene følte seg alene med angsten, og dette var med å forverre situasjonen. Ved å få snakket om angst ble følelsen av å være alene redusert og dette medførte lettelse og komfort. Ved å ta i bruk dette programmet ville pasienten etablert en gjensidig kontakt med en sykepleier og fått snakket om sine tanker og følelser. På denne måten ville gjerne pasienten følt seg mindre alene og mer komfortabel og på denne måten hatt bedre forutsetninger for en problemfokuseret mestring.

Det viser seg at også flere pasienter føler seg alene om å mestre sykdommen. Bakkelund et al. (2016, s. 140) skriver at lungesykdommer kan gå utover pasienten sine psykososiale behov. Pasienter som har røykt eller røyker kan føle en skam. De kan føle at de selv har forårsaket sykdommen. Pasienter har også erfart å møte fordommer hos helsepersonell. Ingstad (2013) skriver at sykdommens innvirkning på helsen avhenger hvilken situasjon en befinner seg i. Mange pasienter kan ikke ha friskhet som mål, det er mange som ikke kan bli frisk av sykdommen. Det å forstå hvordan mennesker erfarer sykdommen, kan være like viktig å vite for helsearbeidere som å forstå de biologiske mekanismene av sykdommen. Bove et al. (2017) skriver i sin forskningsartikkel at deltakerne beskrev en følelse av å være alene med å takle angst og tung pust. Studien hjalp dem med å bevare seg i episoder med angst og tung pust. De

lærte to måter å takle det på. Ved å prøve og få kontroll på tankene ble de bevisst på den begynnende angsten. De lærte også å bli bevisst på pusten, det bidro til at den ubehagelige følelsen var til å leve med. Kirkevold (1998, s. 115) skriver også at Travelbee hevdet at for sykepleieren er det viktigere å vite hva personens opplevelse av sykdom og lidelse er, enn å forholde seg til diagnose og objektive vurderinger.

## 6.0 Avslutning

I denne oppgaven er det blitt skrevet om hvordan sykepleiere kan hjelpe kols-pasienter til å mestre hverdagen sin i hjemmet. Resultater fra forskningsartiklene viser blant annet at svært mange kols-pasienter har nedsatt ADL-funksjon. Artiklene viste også at flere pasienter kan føle på en angst og ensomhet. Ved å etablere en hensiktsfull kontakt mellom sykepleier og pasient i hjemmet er dette med på å skape gode forutsetninger for mestring hos pasienten. Sykepleierne kan ved hjelp av forskjellige kartleggingsverktøy også kartlegge hvilke funksjoner pasienten har. På denne måten vil en bli bevisst på hva pasienten har behov for å mestre. Forskningsartiklene viste også at ved bruk av rehabiliteringsprogrammer hos pasienter i hjemmet var med på skape endringer. På denne måte kan pasientene oppleve en problemfokuset mestring.

## Referanser

- Bakkeland, J., Thorsen, B. H., Almås, H., Sorknæs A. D. & Grønseth, R. (2016). Sykepleie ved lungesykdommer. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. (5. utg., s. 117-183) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Bendixen, J. B., Wæhrens, E. W., Wilcke, T. W., & Sørensen, V. S. (2014). Self-reported quality of ADL task performance among patients with COPD exacerbations. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 21(4), 313-320. DOI: 10.3109/11038128.2014.899621
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2016) Sykepleie i hjemmet. Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Bove, D. G., Midtgaard, J., Kaldan, G., Overgaard, D. & Lomborg, K (2017). Home-based COPD psychoeducation: A qualitative study of the patients' experiences. *Journal of Psychosomatic Research* 98, 71-77. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.05.013>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Grundt, H. & Mjell, J. (2016) Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn & E. B. Gansmo (red.), *Sykepleie og behandling* (2. utgave, s. 321-341). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Helsedirektoratet (2012) *Kols – Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/847/Nasjonal-faglig-retningslinje-og-veileder-for-forebygging-diagnostisering-og-oppf%C3%B8lging-IS-2029.pdf>
- Ingstad, K. (2013) *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kirkevold, M. (2018). Kartlegging. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 122-143). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kirkevold, M. (1998) *Sykepleieteorier: analyse og vurdering* (2. utg.) Oslo: Gyldendal
- Leine, M., Klopstad, A., Borge, C. R., Hustavenes, M. & Bondevik, H. (2017). Feeling safe and motivated to achieve better health: Experiences with a partnership-based nursing

- practice programme for in-home patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 98(26), 71-77.
- Renolen, Å. (2015) *Forståelse av mennesker – en innføring i psykologi for helsefag* (2 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Samdal, S., Wold, B., Harris A. & Torsheim, T. (2017, august) Stress og mestring. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1392/Stress%20og%20mestring%20IS-2655.pdf>
- Thidemann, I., J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter*. Oslo: Universitetsforlaget
- Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Tveiten, S. (2016). Empowerment og veiledning – Sykepleiernes pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. Gammersvik, Å. & Larsen, T. (red.) *Helsefremmende sykepleie i teori og praksis* (4. utg. s. 174) Bergen: Fagbokforlag
- Zotterman, A, N., Skär, S., Olsson, M. & Söderberg, S. (2015). District nurses' views on quality of primary healthcare encounters. *Scandinavian Journal of caring sciences*, 29, 418-435. doi: 10.1111/scs.12146

## Vedlegg

### 1.1 Matriser

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Konklusjon
<p>Leine, Klopstad, Borge, Hustavenes &amp; Bondevik (2017)</p> <p>«Feeling safe and motivated to achieve better health: Experiences with a partnership-based nursing practice programme for in-home patients with chronic obstructive pulmonary disease»</p>	<p>Undersøke hva pasienter med kols erfarte med et «partnership-based nursing practice» program.</p>	<p>Metoden som ble brukt var kvalitativ. Det ble intervjuet 6 deltakere ved bruk av individuelt semistrukturert intervju.</p>	<p>Deltakerne i studien var pasienter med diagnosen kols, hadde vært innlagt på et sykehus og var utskrevet til hjemmet. Kunne ikke sykdommer som gikk utover studien. Pasienter med lungekreft ble ikke invitert.</p>	<p>Forskerne løfter frem tre nøkkeltemaer fra resultatet: å bli sett, snakket med og forstått. Helsehjelp hjemme – kontinuitet, praktisk støtte og tilrettelegging. Utveksling av kunnskap. Det var også to generelle temaer som viste seg gjennom alle de andre tre hovedtemaene: Føle seg trykke og komfortable og være motivert for å oppnå bedre helse.</p>	<p>Pasienter med kols kan erfare å føle seg trygg og komfortabel, og være motivert til å skape endringer for å oppnå bedre helse etter å ha deltatt i «partnership-based nursing practice» program.</p>

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Konklusjon
<p>Zotterman, Skär, Olsson &amp; Söderberg (2015).</p> <p>«District nurses' views on quality of primary healthcare encounters»</p>	<p>Formålet med denne studien er å beskrive sykepleiere sitt syn på møtet med pasienter primærhelsetjenesten</p>	<p>Metoden var kvalitativ. Det ble brukt gruppefokus intervjuer.</p>	<p>27 sykepleiere. Som hadde jobbet minst 6 måneder i primærhelsetjenesten.</p>	<p>Etter analyse resulterte det i fire temaer: å være klar over viktigheten og vanskeligheter under et møte, være pasientens advokat, være oppmerksom på den unike pasienten og bli informert når et møte ender dårlig.</p>	<p>Denne studien fremhever betydningen av å etablere en god kontakt med pasienter i primærhelsetjenesten i håp at de vil føle seg velkommen til primærhelsetjenesten.</p>

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Konklusjon
Bendixen, Wæhrens, Wilcke & Sørensen (2014)  «Self-reported quality of ADL task performance among patients with COPD exacerbations»	Undersøke hva kolspasienter rapporterte av deres opplevelse av ADL-kvaliteten, og om alder, kjønn og kols-rutiner hadde noe å si for deres rapportering av ADL funksjonen deres.	Studien er en tverrsnittstudie  Deltakerne selvrapportere deres ADL evne ved hjelp av ADL – Interveiw instrument.	80 pasienter som hadde vært innlagt med kols eksaserbasjoner deltok i studien	Hovedfunn: Problemer ved utførelsen av ADL oppgaver. Økt innsats og tretthet. Assistanse fra andre og ADL funksjon og kols karakteristikk.	Redusert kvalitet på ADL-funksjonen syntes å være svært vanlig blant kols pasienter. Derfor kan det være fordelaktig å løse problemene i individuelt tilpassede lunge rehabiliterings program.

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Konklusjon
Bove, Midtgaard, Kaldan, Overgaard, Lomborg (2017)  «Home-based COPD psychoeducation : A qualitative study of the patients' experiences»	Undersøke hva pasienter sin erfaringer var med en minimal hjemmebasert «psychoeducative intervention» som hadde som mål å redusere symptomer på angst.	Studien er kvalitativ. Semistrukturerte intervjuer ble brukt.	20 pasienter deltok. Deltakerne i denne studien hadde også vært tidligere deltakere i en RTC studie hvor «psychoeducative intervention» viste at ble redusert symptomer på angst og økt mestring av dyspné.	Tre hovedfunn etter intervjuene: ved å gjøre angst synlig gjør det håndterbart og lettere, angststyring handler om å få kontroll over tankene og være alene med angst og tung pust.	Denne studien gir kunnskap for å bedre forstå pasientens opplevelser av en «psychoeducative intervention». Intervensjonen ble oppfattet som forståelig og anvendelig i pasientens hverdag og bidro til pasientens evne til selv å mestre sin tilstand