

Kronisk Obstruktiv Lungesykdom og ernæring:

"Hvordan kan sykepleier bidra til riktig kost hos underernærte pasienter med Kols".



En litteraturstudie

*Kandidat nummer: 44
Antall ord: 7450
Høgskolen Stord/Haugesund
Avdeling Haugesund
Våren 2008*

Sammendrag

Bakgrunn: Jeg har vært i praksis ved medisinsk avdeling, der jobbet jeg på en gruppe med spesialitet innen lungelidelser. Der møtte jeg flere pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Jeg bemerket at disse pasientene er ofte enten overvektige eller undervektige. Det var lite fokus på ernæring på avdelingen. *Hensikt og mål:* Hensikten er å finne forskningsresultater rundt ernæring til kolspasienter. Ettersom ernæringsstatusen viser seg å være avgjørende for prognosen og symptombildet er det viktig med økt forståelse innen kosthold blant helsepersonell. Målet med oppgaven blir dermed å øke mine kunnskaper om kost til underernærte kolspasienter og hva som blir sykepleiers rolle i ernæringsarbeidet. *Problemstilling:* Hvordan kan sykepleier bidra til riktig kost hos underernærte pasienter med KOLS. *Metode:* I denne oppgaven benytter jeg litteraturstudie. I en litteraturstudie benyttes litteratur som allerede finnes for å finne mulige svar på en problemstilling. *Resultater og funn:* Forskere har anbefalt rikelige mengder med proteiner, karbohydrater og omega tre flerumettet fettsyrer. Forskningen som er gjort viser at økt energimengde bør kombineres med fysisk aktivitet for å ha best effekt.

Summary

Background: I have been in a temporary internship at the medical department, where I worked together with a group majoring in lung disorders. During my internship I met several patients suffering from Chronic Obstruktiv Respiratory Disease (CORD). I discovered that the majority of these patients were either over or under weight. There was little focus on nutrition in the department. Purpose and objectives: The purpose is to find research on nutrition fit for COPD patients. Since nutritional status is found to be crucial for prognosis and symptom picture, it is important with increased understanding concerning nutrition among health professionals. My goal of this task is thus to gain increased knowledge about the diet for COPD malnourished patients, and also what will be the nurse's role in the nutrition work. Issues: How can the nurse assist in the process of finding more suitable nutrition for malnourished patients with COPD? Method: For this task I will use literature studies. In a literature study it is common to use already existing literature to find possible answers for the problem I have chosen. Results and findings: Researchers have suggested ample amounts of proteins, carbohydrates and omega three multi-unsaturated fatty acids. The research that has been done shows that the increased amount of energy consumption should be combined with physical activity to have the wanted effect.

Innhold

Sammendrag	2
Summary	3
1.0 Innledning.....	5
1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling.....	6
1.2 Avgrensing og presisering av problemstilling.....	7
1.3 Presentasjon av tema og problemstilling.....	7
1.4 Målet med oppgaven	7
1.5 Oppgavens disposisjon	8
2.0 Metodedel	9
2.1 Hva er metode?	9
2.2 Valg av metode.....	9
2.3 Presentasjon av artiklene som benyttes i oppgaven.....	10
3.0 Teoretiske rammer	14
3.1 Hva er Kronisk Obstruktiv lungesykdom (KOLS).....	14
3.2 Underernæring blant kols pasienter	15
3.3 Kosthold for kols pasienter	17
3.4 Sykepleie - teori og perspektiv	21
3. 4. 1 Virginia Henderson	21
3. 4. 2 Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer	21
3. 4. 3 helsefremmende arbeid	22
4.0 Presentasjon av funn og drøfting	24
4.1 Kosthold og Praktisk tilrettelegging	24
4.2 Undervisning.....	29
4.3 Fysisk aktivitet	31
5.0 Avslutning og konklusjon.....	32
6.0 Litteraturliste.....	34

1.0 Innledning

Kols ligger på femteplass blant de hyppigste dødsårsakene i verden. Sykdommen bygger på en kronisk betennelse i lungene (Odenrants, Ehnfors og Grobe 2005). De som har sykdommen kan ha plager som store mengder slim, tungpust, lite krefter og angst (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Lund & Solheim 2001). Regjeringen ønsker å fremme helse og forebygge sykdom ved hjelp av riktig ernæring. De har i den anledning utarbeidet en handlingsplan hvor det blant annet står: ” *Helsetjenesten skal styrke innsatsen i det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Utfordringen for helsetjenesten er å bidra til at pasienter og brukere har kunnskap og forståelse til å kunne sette sammen et fullverdig kosthold. Det er også en utfordring å gi et tilfredsstillende mattilbud til brukere av omsorgstjenester og pasienter i institusjon*” (Regjeringen 2007, s. 62). Underernæring er et stort problem blant de sykeste i befolkningen, dette gjelder ofte de med lungesykdommer (Regjeringen 2007).

Forskriften om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten fra 2003 § 3 sier at brukeren av pleie og omsorgstjenesten skal få tilfredsstilt sine grunnleggende behov. Et slikt behov er tilstrekkelig næring som skal være variert og helsefremmende. Brukeren skal også få en rimelig valgfrihet i forhold til mat. Brukeren har rett på tilpasset hjelp, nok tid og ro til å spise i forbindelse med måltidet (Helse og omsorgsdepartementet 2003).

1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Jeg har vært i praksis ved medisinsk avdeling, der jobbet jeg på en gruppe med spesialitet innen lungelidelser. Etter å ha vært på denne avdelingen i åtte uker har jeg vært borti flere pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Jeg har da bemerket at disse pasientene er ofte enten overvektige eller undervektige.

Underernæring kan bidra til økt sykkelighet fra middels til alvorlig grad av KOLS. Når en mister vekt mistes ofte muskelmasse også i lungemuskulaturen. Det blir da tyngre å puste og det vil påvirke fysisk aktivitet og matinntak (Brug, Schols, Mesters 2003). Om en pasient med kols er overvektig går en ut i fra at den økte kroppsvekten vil forverre deres symptombilde.

En undersøkelse rundt sykdommen astma som har mye samme problematikken som KOLS viste at vektreduksjon bedret pasientenes FVC (Hvor mye luft en kan puste ut maksimalt etter en inspirasjon) (Pauline, Doucet, Major, og Drapeau 2006). En kan med dette si at tilstandene over/underernæring er uegnet for en med denne sykdommen, og byr på utfordringer.

Etter å ha vært i medisinsk praksis på en avdeling spesialisert på lungesykdommer har jeg sett god sykepleie, og sykepleie med hull. Sykepleierne hadde gode kunnskaper og rutiner rundt pasientenes tungpust (dyspné). De var veldig profesjonelle i stellesituasjon, administrering av medisiner og i situasjoner der pasientene ble tunge i pusten og engstelige. Det ble i mindre grad lagt vekt på ernæring. Pasientene fikk tilbud om frokost, lunsj, middag og kvelds, men utenom de faste måltidene var det lite tilbud om mat.

Som nevnt tidligere var flere av disse pasientene enten undervektig eller overvektig, noe som viser at det finnes et stort behov for sykepleie i forhold til ernæring

I sykepleierens yrkesetiske retningslinjer for 2007 står det *"Sykepleieren bidrar til verdibevisthet, fagutvikling og forskning, og til at ny kunnskap innarbeides og anvendes i praksis"*(yrkesetiske retningslinjer 2007, punkt 3.5).

Jeg vil med utgangspunkt i mine yrkesetiske retningslinjer undervise og veilede i dette temaet på min fremtidige arbeidsplass, for å bidra til økte kunnskaper hos mine kollegaer. Dette kan gjøre at ernæringsarbeid blir praktisert i hverdagen, og pasientene får et mer tilfredsstillende tilbud fra sykepleierens side.

1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling

Pasienter som har KOLS er som regel eldre, og har ofte tilleggssykdommer som for eksempel hjertesvikt, diabetes, nyresvikt og så videre. Sykdomsbilder som disse krever videre kartlegging og tilrettelegging med individuelle kostplaner. Ettersom oppgaven har rammer må jeg begrense området jeg vil skrive om. Jeg kommer derfor til å fokusere på underernærte pasienter med KOLS, som er innlagt på sykehus og som til vanlig bor i egen bolig.

1.3 Presentasjon av tema og problemstilling

Opgavens tema er Kronisk Obstruktiv lungesykdom og ernæring.

Jeg kom frem til problemstillingen: "Hvordan kan sykepleier bidra til riktig kost hos underernærte pasienter med KOLS".

1.4 Målet med oppgaven

Som sagt tidligere er det for lite fokus på ernæring til kolspasienter. Ettersom ernæringsstatusen viser seg å være avgjørende for prognosen og symptombildet er det viktig med økt forståelse innen kosthold blant helsepersonell. Målet med oppgaven blir dermed å øke mine kunnskaper om kost til underernærte kolspasienter og hva som blir sykepleierens rolle i ernæringsarbeidet.

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven deles inn i en innledningsdel, metodedel, teoridel, drøftedel og avslutningsvis en konklusjon. I innledningen har jeg presenteret tema og problemstilling, og begrunner hvorfor jeg ønsker å skrive om ernæring til kolspasienter. I metodedelen ønsker jeg å få frem hvordan jeg har funnet frem til teori og skrevet noe om artiklene som jeg har benyttet. I teoridelen vil jeg forklare begrepene KOLS og underernæring. Jeg har sett på hvordan en slik tilstand påvirker kolspasienter. Denne kunnskapen er nødvendig for å svare på problemstillingen. Jeg ønsker å ta med noe grunnleggende teori rundt næringsstoffene protein, karbohydrat og fett ettersom jeg ønsker å belyse deres plass i kostholdet til kolspasienter.

Jeg har benyttet Virginia Hendersons sykepleieteori. Hendersons tanke om å dekke pasientens grunnleggende behov for å fremme god helse mener jeg passer godt for min problemstilling. Jeg har valgt å se et mulig svar på problemstillingen ut i fra et helsefremmende perspektiv. Pasientgruppen har en sykdom som er kommet for å bli, pasientene kan oppleve bedring men ikke helbredelse. Det er da viktig å gjøre det beste ut av situasjonen. Hvordan pasienten ser på situasjonen vil bli avgjørende for resultatet. Pasientenes mestring blir svært sentral og utnyttelse av deres krefter, kunnskap og vilje. Jeg vil se på utfordringen ut i fra sykepleiers ståsted og dens mulighet for å bruke sin autoritet til bedring, til det vil jeg bruke sykepleierens yrkesetiske retningslinjer.

Etter å ha lest om emnet har jeg kommet frem til at jeg vil drøfte teorien opp i mot praktisk tilrettelegging av måltidene, aktivitet, undervisning og veiledning. Jeg ønsker videre å se på hva som er et riktig kosthold hos denne gruppen og hvordan en kan legge til rette et reelt kostprogram.

2.0 Metodedel

2.1 Hva er metode?

"Samfunnsvitenskapelig metode omfatter både organisering og tolkning av data som hjelper oss til å få en bedre forståelse av samfunnet" (White Riley i Holme og Solvang 1996).

"En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder"(Vilhelm Aubert i Dalland 2007).

Metode er et redskap som hjelper oss å løse problemer og finne nye fakta.

2.2 Valg av metode

I denne oppgaven benytter jeg litteraturstudie. I en litteraturstudie benyttes litteratur som allerede finnes for å finne mulige svar på en problemstilling.

I en litteraturstudie er litteraturen informasjonskilden. Innsamlingslitteraturen settes opp imot bakgrunns litteraturen med utgangspunkt i formål og problemstilling. I en litteraturstudie må en bygge opp oppgaven med bakgrunn, formål og så videre (Olsson og Sørensen 2003).

I denne oppgaven blir innsamlingslitteraturen artiklene jeg har funnet og de blir satt opp i mot bakgrunns litteraturen som finnes i de utvalgte bøkene.

For å finne relevant teori har jeg benyttet fagbøker, fagartikler, forskningsartikler, lovverk og politiske forskrifter og handlingsplaner. For å finne ut hva KOLS er og hvilke problemer kolspasienter kan møte på. Jeg har benyttet bøker innen sykdomslære, klinisk sykepleie, ernæring, pedagogikk, metode og forskning. Teorien i bøkene har jeg benyttet for å få økt forståelse rundt mitt emne, KOLS. Videre har jeg benyttet søkemotorene proquest og pubmed for å finne ut om noe av det som er forsket på rundt KOLS er sentralt for min problemstilling. Jeg har vært inne og lest på regjeringens sider for å finne ut om noe gjøres i politikken som har betydning for min problemstilling.

2.3 Presentasjon av artiklene som benyttes i oppgaven

Artikler skrives ut ifra ulike forskningsprosjekter. Målet er å finne nye kunnskaper rundt ulike emner. Forskningen bruker kvalitativ eller kvantitativ metode etter hva de skal finne ut. Metoden en artikkel bygger på velges ut ifra hva en vil finne ut. Om en vil finne ut resultater som kan settes opp i tall benyttes kvantitativ metode (Holme og Solvang 1996). Ved en slik metode kan en finne prosent og gjennomsnitt (Dalland 2007). Den kvantitative metoden setter sine resultater opp som statistisk analyse. Om en ønsker resultater som må tolkes og forstås benyttes kvalitativ metode. En kan gjerne benytte begge metodene (Holme og Solvang 1996). Ut ifra ulike metoder kan et og samme fenomen undersøkes fra ulike sider (Dalland 2007).

Artikkelen *“Living with chronic obstructive pulmonary disease: Part I. Struggling with meal-related situations: experiences among persons with COPD”*, har som mål å beskrive opplevelsen rundt måltids relaterte forhold sett fra individperspektiv hos personer med KOLS. I artikkelen benyttes kvalitative intervjuer og dagbøker utfylt av informanter som metode. Dagboken og intervjuguiden som ble brukt ble først undersøkt av to personer som jobbet ved en rehabiliteringsklinikk. Forskerne i denne artikkelen har drøftet etiske aspekter ved undersøkelsen. De sier blant annet at ettersom sykdommen ofte er forårsaket av tobakksrøyk kan informantene gjerne føle skam når de snakker om sykdommen. Videre kan informantene ved undersøkelsen oppdage nye problemområder de trenger informasjon om. Artikkelen er publisert i 2005. Artikkelen fant jeg på søkemotoren Pubmed med søkeordene: copd (KOLS), nutrition (ernæring) og malnutrition (underernæring).

Ved et intervju møter forskeren informanten. For å få et best mulig resultat ved kvalitativt intervju må hensikten og problemområdet som skal belyses være klarlagt på forhånd. Under et kvalitativt intervju må forskeren formulere spørsmålene sine slik at informanten får uttrykt sine oppfattninger, opplevelser, vurderinger og holdninger. En må være klar over at svarene til informantene kan inneholde feilkilder som at spørsmålene er mistolket og at forskeren ikke har holdt seg nøytral (Forsberg & Wengstrøm 2008).

"forskningen må ikke utsette mennesker for fysisk eller psykisk ubehag eller smerte" (Olsson og Sørensen 2003,s. 56). Forskningen skal gjøres etisk riktig. Den skal vise respekt for medmennesker. Informantene skal være beskyttet av taushetsplikten, det innsamlede materialet må derfor anonymiseres og oppbevares forsvarlig slik at uvedkommende ikke har tilgang. Videre må det være helt klart for informanten at deltakelse er frivillig. Forskningen skal være verdinøytral. Forskningen blir styrt av lover og forskrifter (Olsson og Sørensen 2003).

Årstall vil ha betydning for relevans, metoden som er benyttet og spørsmålene som er blitt stilt (Olsson og Sørensen 2003).

Artikkelen *Dietary change, nutrition education and chronic obstructive pulmonary disease* er gjort ut i fra et litteraturstudie på forskningsbaserte studier. Det kan se ut som om forskerne har benyttet litteraturen til å lage en anbefaling for oppstart av et kostprogram for kolspasienter. Artikkelen er gitt ut i 2003. Artikkelen fant jeg på søkemotoren Pubmed med søkeordene: weight loss (vekttap), education (utdanning), copd (KOLS).

Body composition in patients with chronic obstructive pulmonary disease: which method to use in clinical practice?

Forskerne har gjort kliniske undersøkelser. De ønsket å sammenligne ulike metoder for ernæringsmessig vurdering og kroppens sammensetning undersøkelsen kom det også frem omfanget av undervekt hos personer med KOLS. Artikkelen er gitt ut i 2006. Artikkelen kan finnes på søkemotoren Proquest med søkeordene Nutrition (ernæring), underweight (undervektig) og copd (KOLS)

Nutritional enhancement of exercise performance in chronic obstructive pulmonary disease: A randomized controlled trial.

En randomisert studie kan være eksperimentell og deltagerne kan være tilfeldig fordelt til en eller flere eksperimentgrupper, og en eller flere kontrollgrupper. Resultater fra en randomisert kontrollert studie har større bevisverdi i forhold til ikke randomisert kontrollerte studier (Olsson og Sørensen 2003).

I Nutritional enhancement of exercise performance in chronic obstructive pulmonary disease: A randomized controlled trial, Undersøkelsen er som det står i tittelen en randomisert kontrollert studie. Alle deltakerne fikk drikker før trening. Kun halvparten fikk næringsdrikker med kosttilskudd rikt på karbohydrater, og hverken forskerne eller deltakerne visste hvem som fikk/ikke fikk.

Jeg fant denne artikkelen ved å benytte søkemotoren Proquest og søkeordene Nutriton (ernæring), exercise (trening) og copd (KOLS).

Alle pasienter ga skriftlig samtykke til deltakelse i studien. Etisk godkjenning for studien ble gitt i Leicestershire forskning etisk komité.

Forskningsprosjekter kan bli gransket. For eksempel i forhold til hvordan de innhenter sine data, informasjonen til informantene og så videre. Det eksisterer også etiske komiteer som tar for seg spørsmål (Olsson og Sørensen 2003).

I artikkelen *the effect of obesity on chronic respiratory diseases: pathophysiology and therapeutic strategies* benytter forskerne litteraturstudie. De ønsker å finne ut hvilken påvirkning fedme har på kroniske åndedretts sykdommer og klinisk håndtering av fedme ved blant annet KOLS. Denne artikkelen er kontrollert av ulike instanser. Artikkelen er gitt ut i 2006. Jeg kom frem til denne artikkelen ved å bruke søkemotoren Proquest og søkeordene copd (KOLS) og overweight (overvekt).

I artikkelen *Anabolic steroids in COPD: a review and preliminary results of a randomized trial* ønsker forskerne å finne ut om det er effektivt å gi anabole steroider utenfor et rehabiliteringsprogram. Metoden bygger på en randomisert kontrollert studie noe som gir undersøkelsen stor fortrolighet. Forskerne benyttet etiske overveielser som å ekskludere deltagere med enkelte tidligere sykdommer og overvekt ettersom studien kunne påført dem farer og/eller ubehag. Deltagerne var informert om målet, prosedyrene og risikoen ved studiet. Informantene skrev under på at de hadde fått informasjon og at de samtykket deltagelse. Studien var godkjent av Ethics Board, University of Manitoba. Artikkelen er utgitt i 2008. Jeg fant artikkelen på søkemotoren Proquest med søkeordene anabolic steroids (anabole steroider), copd (KOLS) og weight loss (vekttap).

I Artikkelen *Effects of Omega-3 Polyunsaturated Fatty Acids on Inflammatory Markers in COPD* ønsket de å undersøke effekten av å tilføre kosten til kolspasienter rikelige mengder med omega tre flerumettet fettsyrer. De benyttet en gruppe som fikk tilskudd av omega tre og en gruppe som ikke fikk tilskudd for så og sammenligne. Undersøkelsen gikk over to år. Forskingen ble godkjent av Kagoshima University Faculty of Medicine Committee on Human Research. Pasientene ga skriftlig informert samtykke om deltagelse. Artikkelen er gitt ut i 2005. For å finne artikkelen benyttet jeg søkemotoren Proquest og søkeordene omega 3, nutrition og copd.

Artikkelen *Behandling av underernæring hos eldre pasienter* er en fagartikkel. Forfatteren benytter tilgjengelig litteratur til å drøfte temaet underernæring hos eldre pasienter med ikke-malign sykdom og gir en utgreiing om behandling av slik underernæring.

Det var ikke noe problem å finne litteratur som var sentral for problemstillingen. Det er gjort en del forskning rundt ernæring til underernærte kolspasienter men det er få funn som er sikre de fleste funn blir bare antatt å være riktige.

3.0 Teoretiske rammer

3.1 Hva er Kronisk Obstruktiv lungesykdom (KOLS)

KOLS er en samlebetegnelse på kronisk bronkitt og emfysem.

Ved Kronisk bronkitt har pasienten ofte hoste og ekspektorat. Diagnosen gis når pasienten har hatt hoste og mye ekspektorat i minst tre måneder i min to etterfølgende år (Jacobsen et al, 2001). Bronkialveggene blir inflammatoriske og fortykket. Dette gjør at pasienten kan få anstrengt pust. Huden blir gjerne noe cyanotiske etter hvert på grunn av den nedsatt o₂ metningen. Hovedårsaken er røyk (Almås, Rønningen, Wilberg 2001).

Ved emfysem blir elastisiteten til alveoler og bronkier redusert og de svarer med og dilaterer og skilleveggen vil etter hvert bli ødelagt. Resultatet blir færre og større alveoler, gassutvekslingsarealet blir redusert. Ødeleggelsen av skilleveggen reduserer også kapillærnett og lungevevet blir slaskete. Resultatet kan bli at de små bronkiolene klapper sammen. Det blir da diffusjon i begrensede områder av lungen. En puster da med større volum for å få nok o₂. Dette volumet skal også ut igjen, pasienten benytter her gjerne ytre muskler. Videre blåses ofte luften ut v/leppeblåsing som gjør at trykket på innsiden blir høyere en den på utsiden og bronkioler klarer å holde seg åpne. Disse pasientene får ofte dyspné (tung pust) ved hver minste anstrengelse (Almås et al, 2001).

KOLS er noe en ikke blir kvitt. Luftveisobstruksjonen er der hele tiden prognosen kan være god om pasientene tar forhåndsregler og unngår komplikasjoner. Behandlingen er ofte å begynne på astmamedisiner, eventuelt slutte og røyke, oksygenbehandling og en sjelden gang kirurgi (Jacobsen et al, 2001).

3.2 Underernæring blant kols pasienter

”Underernæring oppstår når næringsinntaket er mindre enn behovet, enten ved at behovet øker eller ved at inntaket reduseres. Underernæring kan medføre redusert mental funksjon, redusert lungefunksjon og økt infeksjonshyppighet som kan gi flere liggedøgn på sykehus og økt dødelighet” (Mowe 2002, s.1).

Det er bevist ved forskning at uansett hvilken alvorlighetsgrad sykdommen har vil vekttap være relatert til redusert fysisk kapasitet, helse og dødelighet, samt til økt sykkelighet blant pasienter med moderat til alvorlig KOLS (Brug et al, 2003).

Mellomgulvsmuskulaturen blir tynnere og vevets muskulatur i lungene forandres ved underernæring. Disse fenomenene fører til redusert kraft og utholdenhet. Om en bare øker kalorimengden kan dette føre til fedme og redusert lungekapasitet. Et riktig kosthold bør derfor samkjøres med et treningsprogram. Målet blir da økt kroppsvekten, respirasjonsmuskelfunksjon, lungefunksjon, muskelmasse og oksygenopptak (Teien 2000).

Sykdom gir ofte nedsatt matlyst noe som fører til at pasienten spiser mindre og påvirker ernæringsstatusen (Mowe 2002). Om pasienten er eldre kan han gjennomgå aldersforandringer som endret stoffskifte i hvile. Ved økende alder reduseres mengden av metabolsk aktive celler. Eldre har derfor et lavere energibehov en yngre (Karoliussen og Smebye 1997). Utilstrekkelig energiinntak kan skyldes dyspné og tretthet hos KOLS pasienter (Lerario m/flere 2006) Pasienter med alvorlig KOLS bruker 30 til 40 prosent av hvilemetabolismen til respirasjonsmusklenes arbeid. Når pasienten blir tungpustet blir energibehovet doblet, om pasienten må benytte mye krefter på å få i seg maten og om maten trenger lang tid på omsetting vil dette også kreve økt energibehov (sorknæs 2001). Hos en pasient med aktiv sykdom vil den katabolske/ nedbrytende aktiviteten i kroppen være så aktiv at ernæringsstatusen kan forverres bare på noen dager (Mowe 2002). Avhengighet, aktivitetsnivå, handling av mat, å spise alene eller sammen med andre, appetitt, om en er sulten og tidsbruk har påvirkning på hvor mye mat en får i seg. Om en ikke får i seg mat kan følelser som sinne, tristhet og følelsen av udugelighet dukke opp (Odenocrants, Ehnfors og Grobe 2005).

Lerario og kollegaene sier at i gruppen med mild obstruksjon var 24 % undervektige, moderat gruppen 26 % og i gruppen hvor alvorlighetsgraden var høyest var 33 % undervektig. De anbefaler en vekt mellom 22 – 27 kg/m² for KOLS pasienter ettersom en vekt innenfor dette feltet ser ut til å være mest gunstig for den med KOLS. Tallene er de samme som blir anbefalt av American Academy of Family Physicians, the American Dietetic Association og the National Council on the Aging (Lerario Sachs, Lazaretti, Saraiva & Jard 2006).

3.3 Kosthold for kolspasienter

Helsedirektoratet kommer med følgende kostholdsråd: ” *spis minst tre porsjoner grønnsaker og to porsjoner frukt daglig. Velg kokte eller bakte poteter fremfor chips og pommes frites. spis grove korn- og brøddvarer. spis mer fisk – både som pålegg og middag. velg magre kjøtt- og meieriprodukter. Velg myk vegetabilsk margarin eller olje framfor hard margarin eller smør. kutt ned på inntaket av sukker, særlig i form av brus og godteri. Vær varsom med salt. vann er den beste tørstedrikk*” (Helsedirektoratet 2005).

I et ”riktig” kosthold hos friske voksne skal 55 – 60 prosent av energien komme fra karbohydrater, 30 prosent fra fett og 10 – 15 prosent fra proteiner (Sortland 2001).

Karbohydrater er en viktig energikilde, som igjen kan deles inn undergruppene monosakkarider, disakkarider og polysakkarider. Hver gruppe er delt opp i forskjellige mengder sukkerarter. Mono vil si en, di er to og poly er flere. Det vil ta lengre tid for kroppen å dele opp en sukkerart en flere sammensatte. Karbohydrat blir bryt ned i kroppen til glukose som brukes som energikilde for cellene og er en viktig energikilde for nervevev og de røde blodcellene. Karbohydrater har flere viktige funksjoner men blir ikke omtalt her. Av et gram karbohydrat får en 17 KJ (Sortland 2001).

Fett er også en viktig energikilde, fettene trengs i membraner og cellestrukturer, det isolerer og beskytter. Fett kan deles inn i undergruppene mettet -, enumettet -, og flerumettet. Mettet fett skal en være varsom med ettersom det kan øke risikoen for hjerte/karsykdommer, enkelte typer kreft og noen inflammatoriske sykdommer. Enumettet og flerumettet fett reduserer risikoen for hjerte og karsykdom fordi det påvirker kolesterolet som normalt ville laget fettavleiring i blodårene. Kroppen lager selv fettsyrer, men noe livsviktige fettsyrer må kroppen ha tilført som omega 3 fettsyrer og omega 6 fettsyrer. Av et gram fett får en 38 KJ (Sortland 2001).

Proteiner er bygget opp av aminosyrer. Kroppen kan lage noen aminosyrer selv mens andre må tilføres gjennom kosten. Proteinene bygger og vedlikeholder celler. De transporterer også andre næringsstoffer. Kronisk syke trenger økt mengde proteiner fordi nedbrytingen da skjer raskere enn hos friske. Av 1 gram protein får en 17 KJ (Sortland 2001).

Energibehovet avhenger av kroppsvekt, miljø og fysisk aktivitet (Karoliussen og Smebye 1997). En mener personer med KOLS bruker mer energi på grunn av økt pustearbeid, de har trolig også et økt stoffskifte. Forskningen som er gjort til nå kan ikke si med sikkerhet at dette er tilfelle (Brug, Schols & Mesters 2003).

Om en ikke får i seg nok energi vil kroppen prioritere å danne energi av proteinene noe som gjør at en mister essensielle proteiner (Karoliussen og Smebye 1997) (Sortland 2001). Hos KOLS pasienter er det viktig å få tilført nok proteiner fordi de bygger/vedlikeholder respirasjonsmusklene og forebygger dermed muskelsvin(Sorknæs 2001). Muskelsvin viser tendens til økt dødelighet (Brug et al., 2003).

Kolspasienter trenger samme næringsstoffene som før de fikk sykdommen. Problemet blir at de gjerne ikke klarer å få i seg samme mengden mat som tidligere. Det er derfor viktig at en får dekket behovet for næringsstoffer ved å gi 6-8 små næringstette måltider per døgn som er lette å få i seg (Sortland 2001). Når en skal lage næringstette måltider reduserer en innholdet av fett og sukker ettersom de inneholder lite næringsstoffer. En skal heller øke proteininnholdet (Karoliussen og Smebye 1997).

Om en skal få en undervektig kolspasient til å gå opp i vekt må en øke det daglige energiinntaket. Fett har den høyeste energimengden per gram av næringsstoffene. Det er gjerne mer hensiktsmessig å øke fettinnholdet i kosten til underernærte kolspasienter slik at de får i seg mer energi uten å måtte spise for store mengder mat.

En er ofte redd for økt risiko for hjerte og karsykdommer med høyt fettinnhold i kosten. For kolspasienter er det viktigere å spise litt ekstra kaloririk mat en å tenke på faren for hjerte og karsykdommer (Brug et al., 2003).

Om en skal øke fettinnholdet i kosten til denne pasientgruppen er det ekstra viktig at en velger enumettet og flerumettet fett.

Hos kolspasienter er en opptatt av å få nok vitamin A og C, disse vitaminene motvirker betennelsesreaksjonen i slimhinnene og forebygger generelt infeksjoner (Sorknæs 2001). Matsuyama har sammen med sine kollegaer forsket på effekten av et kosttilskudd rikt på omega tre flerumettet fettsyrer i kosten. Resultatet viste økt utholdenhet, mindre dyspne (åndenød) og bedring av verdiene i arterielt blod (Matsuyama, Mitsuyama, Watanabe, & Oonakahara 2005). I en arteriell blodgass får en opplysninger om verdiene innen oksygen, karbondioksid, bikarbonat, baseoverskudd og PH. Arteriell blodgass benyttes i vurdering av behandling til kolspasienter (Almås, Rønningen & Wilberg 2001).

Kolspasienter trenger nok kalsiumtilskudd ettersom glukokortikoider som mange bruker øker faren for beinskjørhet. Vitamin D er avgjørende for at kroppen skal kunne nyttiggjøre seg kalsium (Sorknæs 2001).

Noen matvarer kan lette symptomer og tilstand til kolspasienter. Om pasienten klarer å drikke to til tre liter væske per døgn vil væsken virke slimløsende. En ser da helst at denne væsken er vann, søte drikker viser seg å virke slimproduserende. Varm drikke gir svetteutsondring og sekresjon i luftveiene slik at slim lettere kan hostes opp (Sorknæs 2001).

Studier har vist at om en gir ekstra næringstilskudd i tillegg til mat, så er det flere som kutter ned på matinntaket. Dette kan unngås om næringstilskuddet tilbys på medisinerundene under tilsyn (Mowe 2002).

I en studie ønsket de å se om det hadde effekt å gi kolspasienter et kosttilskudd rikt på karbohydrater før trening. Undersøkelsen varte i 7 uker mens deltakerne var på en poliklinisk lunge rehabilitering programmet. Resultatet viste at deltakerne gikk opp i vekt men næringstilskuddet førte til at det "vanlige" matinntaket sank noe (Steiner, Barton, Singh & Morgan 2003).

Effekten av å gi anabole steroider til undervektige kolspasienter er forsket på. Sharma sammen med sine kollegaer sier at ernæringsmessige kosttilskudd og anabole steroider øker kroppsmassen, bedrer muskelstyrken og overlevelse hos pasienter registrert i omfattende rehabilitering programmer. De undersøkte om undervektige pasienter med KOLS hadde samme effekt ved bruk av anabole steroider utenfor et rehabiliterings program. Resultatet viste ingen effekt (Sharma, Arneja, Mclean & Duerksen 2008).

Om en sikrer pasienten et riktig kosthold sammen med fysisk trening vil trolig kroppsvekten øke. Respirasjonsmuskelfunksjonen, lungefunksjonen og utholdenheten blir bedre (Teien 2000).

3.4 Sykepleie - teori og perspektiv

3.4.1 Virginia Henderson

Virginia Henderson var ferdig sykepleier i 1921. Hennes sykepleierdefinisjon kom ut i 1955. Henderson skrev denne fordi hun opplevde at sykepleierens funksjon var uklart for mange.

Hendersons definisjon av sykepleierens særegne funksjon:

”Å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død) noe han/hun ville ha gjort uten hjelp dersom han/hun hadde hatt tilstrekkelige krefter, vilje og kunnskaper. Og å gjøre dette på en slik måte at han/hun gjenvinner uavhengighet så fort som mulig” Kristoffersen 2006 s.35).

Henderson mener at sykepleieren skal hjelpe pasienten til å fremme sin helse. Hennes teori går også ut på at mennesket har ulike grunnleggende behov deriblant å spise og drikke tilstrekkelig. Ivaretagelsen av de grunnleggende behovene er avhengig av pasientens ressurser. Om pasienten ikke kan ivareta sine grunnleggende behov selv skal sykepleier hjelpe. Sykepleier har en forebyggende og helsefremmende funksjon. Pasienten trenger sykepleie om han mangler nødvendige ressurser. Kunnskap, krefter og vilje må til for å ivareta grunnleggende behov. Pasienten er ekspert på seg selv og må derfor tas med i planleggingen av sykepleien (Kristoffersen mfl 2006).

3.4.2 Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer

Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer bygger på ICN sine etiske regler (De internasjonale etiske reglene for sykepleiere) og FNs menneskerettighetserklæring. De omhandler sykepleiens grunnlag. Sykepleieren skal vise respekt for det enkelte menneskets liv og ivareta deres verdighet med barmhjertighet, omsorg og kunnskap. De omhandler sykepleierens menneskesyn og grunnleggende verdier. Sykepleierens praksis skal være faglig, etisk og juridisk forsvarlig. En skal kjenne sin kompetanse(yrkesetiske retningslinjer 2007).

3.4.3 helsefremmende arbeid

Helsefremming dreier seg om å styrke folks helse. Tanken går utpå å styrke de positive ressursene for helse, og motvirke at helsen blir dårligere. Ideen kom fra den internasjonale konferansen i Ottawa (Mæland 1999).

Definisjon på helsefremmende arbeid:

”Proessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse” videre sies det ” For å nå frem til en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, må et individ eller en gruppe være i stand til å kunne identifisere og virkeliggjøre sine forhåpninger, tilfredsstille sine behov, og endre eller mestre sitt miljø”(Mæland 1999, s.66).

Den helsefremmende tilnærmingen er mye lik det sykdomsforebyggende arbeidet men de har ulike ideologivirkemidler og arbeidsmåte. Det helsefremmende arbeidet legger vekt på: kontroll og mestring, sosial rolleoppfyllelse og funksjonering, personlig vekst og velvære, sosial samhörighet og identitet (Mæland 1999).

I denne oppgaven vil det legges vekt på helsefremmende arbeid på individnivå.

Pasienten kan rustes til å bli delaktig og medansvarlig i behandlingen.

Helsearbeideren må da respektere og høre på pasienten. Dette vil gi pasienten mulighet til å føle kontroll og mestre situasjonen (Mæland 1999).

En annen kjent teoretiker som har omtalt dette emnet er Albert Banduras. Han har utviklet en teori som kalles ”self – efficacy. Tanken går ut på menneskets tro på at de kan klare noe, som igjen styrer deres adferd. Sosiale faktorer og faktorer i mennesket selv påvirker læring og mestring. Om pasienten skal kunne tro på at han kan klare noe, må en legge til rette for at han skal oppdage mulighetene. Det er da viktig å ha realistiske mål, tilpasset den enkelte pasient. Det må legges vekt på det pasienten klarer , og det er viktig med bekreftelse og ros.

En pasient som opplever mestring blir mer rustet til å ivareta egen helse. Det må legges vekt på pasientens ressurser, men en må ikke glemme hva som er problemet (Tveiten 2008).

Motivasjon er drivkraften som fører til handling. Motivasjon er en ressurs om en skal gjennomføre noe. Sykepleieren kan benytte pasientens egne mål som

motivasjonsfaktor. En må ta pasientens læreforutsetninger i betraktning når kunnskap og veiledning skal gis, som holdninger, ferdigheter og emosjonell tilstand.

4.0 Presentasjon av funn og drøfting

4.1 Kosthold og Praktisk tilrettelegging

Utfordringene til sykepleieren blir å legge til rette for at pasienten skal klare å få i seg nok næring. Kolspasienter møter mange utfordringer i forhold til ernæring. En må ta i betraktning at når pasientene er hjemme skal mat kjøpes inn, maten skal være gunstig, maten skal fraktes hjem, maten skal tilberedes, maten skal spises og etterpå skal den helst ryddes bort. For kolspasienter som raskt blir tungpuset vil gjøremålene være veldig tidskrevende og kanskje umulige.

Virginia Hendersons sykepleieteori sier at den som ikke kan ivareta sine egne grunnleggende behov, har behov for sykepleie (Kristoffersen 2006). Som sagt har gjerne kolspasienter mangel på krefter til fysiske gjøremål, sykepleieren må da legge til rette for at pasienten skal klare å tilfredsstille sine grunnleggende behov som å få i seg nok mat og drikke.

Det er for mange vanskelig å handle matvarer. De som har partnere får som regel hjelp fra dem til handlingen. Det varierer fra person til person om de selv kan istandgjøre måltidene sine. Noen kan gjøre dette på gode dager gjerne ved bruk av hjelpemidler som rullator. Noen har ikke nok krefter til å lage måltidet ferdig, de blir fort slitne og har gjerne ikke krefter igjen til å spise maten (Odenrants et al, 2005). Ettersom det er svært viktig at kolspasienter unngår undervekt må en sette inn tiltak for å sikre at disse pasientene spiser nok. Her må sykepleier tilby hjelp til å søke om hjemmesykepleie.

Kommunen skal kunne tilby nødvendig helsetjeneste ifølge kommunehelsetjenesteloven (1982). Hjemmesykepleieren kan komme hjem til pasienten og istandgjøre måltider, det kan også søkes om hjelp til handling. Det vil være individuelt hvor mye hjelp den enkelte trenger. Den enkelte pasient må få velge selv om de samtykker å få helsehjelp.

Samtykket er bare gyldig om pasienten har fått riktig informasjon rundt sin helsetilstand og hva helsehjelpen vil innebære (pasientrettighetsloven 1999, § 4-1).

Pasienter med KOLS føler seg tidlig i måltidet mett og oppsvulmet i magen. De har ofte nedsatt appetitt og sultfølelse, noen mener at maten ikke smaker så mye lengre. Mange er opptatt av å spise akkurat nok (Odenchrants et al, 2005). Dette antyder viktigheten med å dele døgnetts energimengde opp i seks til åtte små måltider. En må ha i minne at åtte måltider kan bli "masete" for noen og gi følelsen av at dagen går opp i spising.

Noen kolspasienter erstatter gjerne måltider med en røyk (Odenchrants et al, 2005). Om sykepleier merker antydning til dette må en gi informasjon rundt konsekvensene. Røyking er en av hovedårsakene til sykdommen og forverrer tilstanden (Jacobsen et al, 2001).

Under måltidet er det viktig at de med KOLS har god tid, stress fører til ubehag og en blir andpusten. Å spise kan ta lang tid, fordi en ofte må hvile under og etter måltidet (Odenchrants et al, 2005). På sykehuset kan det være travelt med mange oppgaver som står på vent. Om pasienten skal ha flere måltider utenom de vanlige, vil det ta ekstra tid å lage i stand måltidene. I tillegg skal det eventuelt være tid til mating og rydding. En annen utfordring vil være å ha matvarer klar som er lette å lage, samtidig som måltidet er gunstig. På avdelingskjøkkenet på sykehuset, er det i dag lett tilgang på semulegrøt, yoghurt, skiver og rett i koppen supper. Problemet med dette er at flere av disse produktene er melkebaserte, noe som gir økt slimproduksjon.

Om en er tungpustet frister det gjerne mest med kalde fremfor varme måltider som ble raskt og enkelt tilberedt. Noen erstatter fast føde med kosttilskudd i væskeform(Odenchrants et al, 2005).

Om en sliter med nedsatt matlyst og pusteproblemer, kan det være en utfordring i å få i seg tilstrekkelig mat. Ett anbefalt måltid bør inneholde næringsstoffer som proteiner, karbohydrater, kalsium, fettsyrer, vitaminer og antioksidanter. Dette kan lages ved og servere en frokost bestående av skive med smør, hvor den ene halvdelen inneholder skinke eller ost, med ulike grønnsaker, og den andre halvdelen lages med kokt egg, sild og salat. En kan gjerne drikke appelsinjuice til, da denne inneholder c - vitaminer. Pasienten har da mulighet til å kunne velge hvilken skive han/hun vil ha først, og en kan evt. sette bort resten av brødet, slik at pasienten kan spise opp resten når han føler for det. Et mellommåltid kan gjerne være en porsjon med ulik frukt, omelett eller havregrynsuppe laget med vann. En må ta hensyn til at pasienten gjerne ikke liker alle matvarer.

En bør spørre pasienten om hva han liker og ønsker å spise. Hver uke kommer en ukeplan fra kjøkkenet hva som blir servert til middag de ulike dagene. En kan gjerne spørre pasienten om morgenen om en liker middagen som skal bli servert ut på dagen. Om pasienten ikke liker middagen kan en anvende ønskekost som er satt sammen ut i fra pasientens energibehov.

Det er også viktig at maten serveres innbydende, gjerne med grønnsaker av fine farger. Porsjonen må ikke være for store slik at en mister motet før en begynner å spise. Maten må ha riktig temperatur varm mat skal være varm mens kald mat skal være kald. En må også passe på at miljøet er rent, ryddig med frisk luft uten forstyrrende lukter (Sortland 2001).

Pasienter med KOLS er utsatt for hyppige soppinfeksjoner og munntørrhet som gjør det vanskelig å spise (Odenrants et al, 2005). Soppinfeksjoner er en bivirkning av inhalasjon av medikamenter (Sorknæs 2001). Om pasienten har sopp i munnen vil det gjerne være sårt og smertefullt i munnhulen. En må da tilby matvarer som kan lindre og ikke gjøre mer skade. Varm og sterk mat bør derfor unngås.

Ernæringsdrikker er muligens det som er lettest å få i seg de første dagene når sopputbruddet er på topp.

En må informere og motivere pasienten til å skylle munnen godt etter de har tatt medisinene sine, dette kan forebygge sopputbrudd (Sorknæs 2001).

Psykiske reaksjoner kan oppstå i sammenheng med måltider. Personer med KOLS har sagt at de blir triste, sinte og føler mislykkethet om de ikke klarer å spise maten de lager (Odenchrants et al, 2005).

Den sosiale settingen er også av betydning. Opplevelsen rundt det å spise sammen med andre er individrettet. Personer har sagt at det å skulle ha et måltid sammen med andre gir grunn til å lage mat, matlagingen blir kjekkere og smaken på maten blir ofte bedre. Personer med KOLS har fortalt om det å fortelle venner om sine problemer med å få i seg mat, noe som ofte gav dem følelsen av skam og nervøsitet som igjen førte til hoste. Noen følte at de ble observert under måltidet og noen sa at det var pinlig å la mat ligge igjen på tallerkenen(Odenchrants et al, 2005). En får med dette et bilde hvor noen gjerne unngår å spise sammen med andre mens andre gjerne oppsøker slike situasjoner. Om det å spise sammen med andre gir en mer matlyst er dette helsefremmende. De som bor alene og ønsker å spise sammen med andre bør få tilbud som dagavdeling og støtteforeninger.

I artikkelen til Brug og hans kollegaer kommer det frem at det er svært arbeidskrevende å få til vektoppgang hos undervektige kolspasienter. De anbefaler derfor å fokusere på ernæring også før pasienten har gått ned i vekt og drive forebyggende ernæringsarbeid. De sier videre at ernæringen til denne gruppen er så pass viktig at det bør legges mer fokus på diettforandringer enn på medisinsk forskrevet kosttilskudd. Pasienten trenger i denne forbindelse undervisning og motivasjon til å følge de endringer som er anbefalt (Brug et al,2003).

I sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer (2007) sies det at sykepleieren skal jobbe tverrfaglig i de ulike delene av helsetjenesten.

Ernæringsfysiologen er en viktig samarbeidspartner som har spesialisert seg på ernæring og kan hjelpe oss med problemstillinger innen faget. En bør derfor benytte faggruppen aktivt slik at personalet og pasientene får økte kunnskaper og tips rundt ernæring.

Hvordan skal pasienten kunne holde et riktig kosthold når han kommer hjem? Her blir det viktig å kartlegge hjemmeforholdene til pasienten mens han enda er på sykehuset. Bor pasienten sammen med noen eller bor han alene? Om pasienten bor sammen med noen kan det være greit å gi informasjon rundt kosthold også partneren om det er greit for pasienten. Om pasienten bor alene kan det være greit om hjemmesykepleien kommer inn og hjelper pasienten med og istandgjøre måltider. En bør forsikre seg om at fastlegen til pasienten får et skriv som omhandler eventuelle tiltak som oppstartet slik at han/hun kan bidra i oppfølgingen.

Fysisk trening er et viktig tiltak for å bygge/vedlikeholde muskler, i denne sammenhengen tenker en spesielt på respirasjonsmuskulene. Det er derfor en fordel om pasienten får henvisning til en lokal fysioterapeut (Sorknæs 2001).

Pasienten bør også få tilbud om henvisning til lærings og mestringssenteret hvor pasienten kan få hjelp til ulike områder med sin sykdom.

Ettersom pasienten har en kronisk sykdom har han ifølge pasientrettighetsloven § 2 - 5 (1999) rett på en individuell plan. I planen skal det stå pasientens problemer, ressurser og mål. Planen innbyr til et tettere samarbeid mellom tjenesteyter og mottaker. Videre kan den benyttes på tvers av instanser. Planen skal sikre et helhetlig tilbud (sosial og helsedirektoratet 2006). Tanken om individuell plan samstemmer med sykepleierens yrkesetiske retningslinjer.

Sykepleieren ivaretar en helhetlig omsorg for den enkelte pasient. (Yrkesetiske retningslinjer 2007).

4.2 Undervisning

I undervisningen formidles kunnskap, og i veiledningen ønsker en gjennom dialog, at pasienten skal se hvordan han kan benytte kunnskapen. Pedagogikk omhandler blant annet undervisning, veiledning, instruksjon og evaluering. *"Sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer alle vurderinger, konkrete gjøremål og handlinger sykepleieren har ansvar for som har til hensikt å legge til rette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring hos pasienter, klienter, pårørende, studenter og kollegaer"* (Tveiten 2008, s. 30). Om pasienten får nye kunnskaper, vil han kunne få nye holdninger og ferdigheter som vil påvirke hans forhold til sin sykdom og symptomer. Noe som igjen vil gi økt mestring og økt livskvalitet (Tveiten 2008).

Virginia Henderson sier at pasienter kan mangle ressurser om de ikke har kunnskaper, krefter eller vilje (Kristoffersen 2006). Kolspasienter trenger ofte undervisning og veiledning på ulike områder blant annet om hva som kan være et egnet kosthold. Om pasientene får kunnskaper om ernæring kan dette virke helsefremmende på den måten at pasienten kan bidra selv til å opprettholde et riktig kosthold.

Når en skal gi undervisning i forhold til helse, må en først finne ut hva som er problemet ut i fra helse eller livskvalitet. En må videre vurdere om problemet er "stort" nok til å prioriteres. En må analysere hva som kan være mulige årsaker til problemet, kommer det fra miljøet eller er det individet som forårsaker det? En trodde før at det var nok å fortelle pasienter at deres livsstil var ugunstig for deres helse. Det viser seg at dette ikke har stor nok effekt, men må kombineres med andre tiltak (Brug, Schols & Mesters 2003).

Den enkelte pasient bør også få medvirke selv i sitt behov for veiledning og undervisning. I følge Albert Banduras teori (Tveiten 2008) er det viktig at en legger til rette for, at pasienten får tro på at de kan klare noe. Det er også positivt for mestringen, at det er individuelle tilpasninger, og at en får bekreftelse og ros ved måloppnåelse.

I sykepleierens yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleieren skal gi informasjon som er tilpasset og tilstrekkelig. En skal også forsikre seg at informasjonen er forstått av pasienten. Målet skal være at pasienten blir selvstendig i sine avgjørelser (yrkesetiske retningslinjer 2007).

Det har kommet frem at flere med KOLS mener at en lav kroppsvekt er gunstig for dem (Odenrants et al, 2005).

Denne påstanden er veldig alvorlig ettersom det har kommet frem i forskningen, at vekttap forverrer prognosen. Grunnen til at informantene mener at lav kroppsvekt er gunstig vet vi ikke. En kan tenke at noen av disse som har kommet med slike utsagn kanskje har vært overvektige og dermed utviklet ett forverret symptombylde. Dersom dette er tilfelle har de kanskje fått høre, at tilstanden vil bedres med vektreduksjon. De har gjerne ikke fått informasjon nok om hvilken betydning undervekt har. Sykepleier må fange opp slike signaler for å forebygge skade, og gi pasienten riktig informasjon. En må også tilrettelegge for at informasjonen blir forstått.

Når lærdom skal videreføres er det av betydning å legge til rette for et best mulig læremiljø. En må da først og fremst forsikre seg om at grunnleggende behov, som for eksempel mat, søvn, eliminasjon, smerter og trygghet er tilfredsstillt. Det må også tas hensyn til sanseorganene, bruker pasienten høreapparat så må sykepleier passe på at det brukes riktig. En må finne et sted/rom hvor det er rolig, og ikke unødvendig støy som lyder, lukter og andre personer. Kommunikasjonen må tilpasses ved å snakke tydelig, i riktig tempo, og ved å bruke forståelige ord. Videre må en tenke over innholdet som skal formidles, det skal oppleves meningsfylt og pasienten skal kunne benytte det. Det å være åpent for dialog (Tveiten 2007). En må ta hensyn til at pasienten kan bli tungpustet ved tale (taledyspne).

Det finnes ulike tilnæringsmåter på hvordan en kan formidle kunnskap. Disse blir ikke omtalt i denne oppgaven.

4.3 Fysisk aktivitet

I praksis erfarte jeg at kols pasienter ofte har daglig trening sammen med fysioterapeut. De jobber blant annet med pusteteknikker, å få opp slim og mer generell fysisk aktivitet for de som kan klare det.

Trening fører til et lettere symptombilde med mindre hoste, slim og tungpust. Kols pasient vil da få en bedre allmenntilstand og livskvalitet. Om en trener regelmessig vil en få helsegevinster som utholdenhet, bedre kroppsbevissthet og avspenning.

Øvelser for bedre sirkulasjon, avspenning er nyttig for denne gruppen. Trening gir dypere pust som påvirker slimet i lungene til å flytte på seg, noe som resulterer i at lungene lettere får tatt opp oksygen og en får bedre utholdenhet (Teien 2000).

Videre er fysioterapeuten en viktig samarbeidspartner når en skal bedre livssituasjonen til en underernært kols pasient.

5.0 Avslutning og konklusjon

Hvordan kan sykepleier sikre en kols pasient et riktig kosthold? Etter å ha lest en del artikler rundt forskningen som er gjort på ernæringen til underernærte kolspasienter sitter jeg igjen med en del kunnskaper rundt hva forskerne ANTAR er riktig ingredienser i den omtalte gruppens kosthold. Forskere har anbefalt rikelige mengder med proteiner, karbohydrater og omega tre flerumettet fettsyrer. Forskningen som er gjort viser at økt energimengde bør kombineres med fysisk aktivitet for å ha best effekt.

Ettersom de fleste forskningsresultatene bare antas å være riktige kan jeg ikke si med sikkerhet hva som er et riktig kosthold for underernærte kolspasienter. Det trengs åpenbart mer forskning innen dette temaet. Ernæringsbehovet til denne gruppen er komplisert samtidig som det vil variere fra person til person. Jeg ser derfor at det er et stort behov for tverrfaglig samarbeid mellom sykepleier, lege, ernæringsfysiolog, fysioterapeut og eventuelt psykolog. Det bør i dette samarbeidet utvikles pleieplaner og individuell plan for å sikre pasienten kvalitet og kontinuitet på pleien.

Ettersom dette er et område som trenger videre forskning er det viktig at sykepleieren holder seg oppdatert på fagutviklingen som skjer. Det er viktig for sykepleieren å ha fokus på ernæring hos kolspasienter ettersom det får store konsekvenser for sykepleie. I innledningen la jeg frem mine erfaringer rundt emne i praksis. I artiklene jeg har benyttet går det igjen at det finnes for lite sikre forskningsbaserte kunnskaper om riktig kost til kolspasienter.

Sykepleieren møter pasienten gjennom hele døgnet og blir gjerne godt kjent med pasienten. Sammen med pasienten bør sykepleier skrive ned en datasamling om pasienten hvor de belyser pasientens ressurser, mål og problemområder.

Sykepleieren må legge til rette for at pasienten skal få muligheten til å opprettholde et tilfredsstillende kosthold og oppmuntre pasienten til å spise tilstrekkelig og til å drive fysisk aktivitet. Videre må pasienten få undervisning og veiledning.

Jeg mener at denne oppgaven er med på å løfte fokuset på ernæring til kolspasienter. Den inneholder prinsipper for praktisk tilrettelegging av måltider, viktigheten med å gi kunnskaper til pasienten, og fokus på mestring som fremmer muligheten for at underernærte kolspasienter skal få tilfredsstillende sitt ernæringsbehov og

6.0 Litteraturliste

- Almås. H., Rønningen. L., Wilberg. S. (2001) Sykepleie til pasienter med forstyrrelser i lungefunksjonen I: Klinisk sykepleie 1. Red. Almås. H. S. 284 – 337. Oslo. Gyldendal norsk forlag.
- Brug. J., Schols. A., & Mesters. L. (2003) Dietary change, nutrition education and chronic obstructive pulmonary disease. Elsevier Science Ireland. Lest: 27. 01.09. Tilgjengelig fra:
- Dalland. H (2007) Metode og oppgaveskriving for studenter. Gyldendal Norsk Forlag.
- Forsberg. C & Wengstrøm. Y. (2008). Att göra systematiska litteraturstudier. Natur og kultur.
- Forskrift 27. juni 2003 nr. 792 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjeneste i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv.
<http://www.lovddata.no/for/sf/ho/to-20030627-0792-0.html#3>
- Helsedirektoratet (2005) Kostholdsrad. Lest:04.02.09. Tilgjengelig fra:
<http://www.helsedirektoratet.no/ernaering/kostholdsrad/>
- Helsedirektoratet (2005) Om individuell plan. Lest:04.02.09. Tilgjengelig fra:
http://www.helsedirektoratet.no/takt/individuell_plan/om_individuell_plan_37097
- Holme. I. M., & Solvang. B. K (1996) metodevalg og metodebruk. TANO AS.
- Jacobsen. D., Kjeldsen. S. E., Ingvaldsen. B., Lund. K. & Solheim. K. (2001). Sykdomslære- anestesi, kirurgi og anestesi. Gyldendal norsk forlag.
- Kommunehelsetjenesteloven (1982) Lov om helsetjenesten i kommunen av 19. November. 1982 nr. 66. Hentet 15. Februar fra:
<http://www.lovddata.no/all/hl-19821119-066.html>

- Lerario. M. C., Sachs. A., Lazaretti. C. M., Saraiva. L.G. & Jard. J. R. (2006) Body composition in patients with chronic obstructive pulmonary disease: which method to use in clinical practice? British Journal of Nutrition. Lest 3/10. Tilgjengelig fra: http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FBJN%2FBJN96_01%2FS0007114506001814a.pdf&code=2a109cb86b762785a239898b8d35813a
- Matsuyama. W., Mitsuyama, H., Watanabe. M., & Oonakahara. K. I. (2005) Effects of Omega-3 Polyunsaturated Fatty Acids on Inflammatory Markers in COPD. Chest, Chicago. Lest 22/10.08. Tilgjengelig fra: <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&did=980963771&SrchMode=2&sid=1&Fmt=4&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1224687137&clientId=72807>
- Mowe, M (2002) Behandling av underernæring hos eldre pasienter. Tidsskriftet for den norske legeforening. Lest: 5/10 2008. Tilgjengelig fra: http://www.tidsskriftet.no/index.php?vp_SEKS_ID=514098
- Norsk sykepleierforbund (2007) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler. Lest: 20.01.09. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Etik/Norsk%20Sykepleierforbunds%20NSFs%20Yrkesetiske%20retningslinjer.pdf>
- Odencrants. S., M. Ehnfors, og Grobe. S. J (2005). Living with chronic obstructive pulmonary disease: Part I. Struggling with meal-related situations: experiences among persons with COPD. Department of Caring Sciences, Örebro University, Örebro, Sweden and School of Nursing, University of Texas at Austin, TX, USA
- Olsson. H. & Sørensen. S (2003) Forskningsprosessen – kvalitative og kvantitative perspektiver. Gyldendal Norsk Forlag.

- Pasientrettighetsloven (1999). Lov om pasientrettigheter av 2. Juli 1999 nr. 63. Hentet 15. Februar fra:
<http://www.lovdatabasen.no/all/hl-19990702-063.html#map004>
- Paulain. M., Doucet. M., Major. G.C., & Drapeau. V. (2006). The effect of obesity on chronic respiratory diseases: pathophysiology and therapeutic strategies. Lest: 07.02.09. Tilgjengelig fra:
<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=2&did=1035903061&SrchMode=1&sid=2&Fmt=4&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1234194011&clientId=72807>
- Regjeringen (2007 – 2011) Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen. Tilgjengelig fra:
<http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/pla/2007/0001/ddd/pdfv/304657-kosthold.pdf>
- Sharma.S., Arneja. A., Mclean. L., & Duerksen. D. (2008) Anabolic steroids in COPD: a review and preliminary results of a randomized trial. Chronic Respiratory Disease. London. Lest:19. 02. 09. Tilgjengelig fra:
<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&did=1588811981&SrchMode=2&sid=2&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1235045902&clientId=72807>
- Sorknæs. A. D (2001) spesiell sykepleie til pasienter med Konisk Obstruktiv lungesykdom I: Klinisk sykepleie 1. Red. Almås. H. S. 338 – 365. Oslo. Gyldendal norsk forlag.
- Sortland. K.(2001) ernæring – mer enn mat og drikke. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Steiner. M. C., Barton. R. L., Singh. S. J. & Morgan. M. D. L. (2003) Nutritional enhancement of exercise performance in chronic obstructive pulmonary disease: A randomised controlled trial. Thorax. Lest:12.08.09. tilgjengelig fra:

<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&did=445400201&SrchMode=2&sid=3&Fmt=4&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1234477543&clientId=72807>

- Teien. A (2000) veileder i habilitering og rehabilitering av mennesker med lungesykdommer. Statens helsetilsyn. Lest 8/10. Tilgjengelig fra:
http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00001/IS-2710_1110a.pdf

- Tveiten. S (2008) Pedagogikk i sykepleie praksis. Vigmostad og Bjørke AS.