



Bacheloroppgave

Mestring og livskvalitet hos pasienter med
kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)



HØGSKOLEN STORD HAUGESUND

Avdeling Haugesund

Kull 2006

Kandidatnr. 67

Antall ord: 7271

Sammendrag

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Jeg har valgt å skrive om pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) fordi denne sykdommen har utviklet seg til en folkesykdom og over 200 000 personer har sannsynligvis KOLS i Norge i dag (Andenæs, 2007).

Karakteristiske symptomer på sykdommen er produktiv hoste, ekspektorat i varierende mengder, åndenød ved fysiske anstrengelser og angst og uro ved fornemmelsen av ikke å få puste (Sorknæs, 2001). Noen sammenligner pusteproblemene med å puste i bomull og mange har følelsen av å drukne når de opplever det som verst (Andenæs, 2007).

Problemstillingen er: Hvordan kan sykepleieren hjelpe pasienter med pustebesvær på grunn av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) med økt mestring og livskvalitet.

Lav livskvalitet, depresjon og redselen for å dø er hverdagen for mange av KOLS pasienter (Andenæs, 2007). Mitt teoretisk perspektiv er mestring og stress, kroppskunnskap, livskvalitet, helsefremming og Benner og Wrubel sin sykepleieteori.

Konsekvenser for sykepleien blir å øke forståelsen for hvordan pasientene opplever å leve med sykdommen og hjelpe pasienter til best mulig mestring med hjelp av ulike mestringsstrategier slik at det kan bidra til økt livskvalitet.

Abstract

This bachelor is a literature study. I chose to write about patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) because it has evolved into a widespread disease, with an estimated 200.000 cases in Norway today (Andenæs, 2007). Characteristic symptoms of the illness is productive cough, expectorant in various degree, difficulty in breathing after physical exertion, and anxiety for not being able to breathe (Sorknæs, 2001). Some compare the symptoms with breathing through cotton, and at its worst to be under the impression of drowning.

Approaching the problem: How can a nurse help a COPD patient, who has problems breathing, to gain a higher sense of mastering, and a better quality of life. Poor quality of life, depression and the fear of dying is everyday life for many with COPD (Andenæs, 2007). My theoretical perspectives are stress and the ability to master, knowledge of the body, quality of life, promoting of health, and the nursing theory of Benner and Wrubel.

Consequences the nurses is to increase the general knowledge of how the COPD patients experience the disease, and to help the patients to master using a variety of mastering strategies. All with the aim of increasing their quality of life.

Innholdsliste

1.0	Innledning	
1.1	Presentasjon av tema og problemstilling.	Side 5
1.2	Begrunnelse for valg av tema og problemstilling.	Side 5
1.3	Presentasjon og avgrensning av problemstilling.	Side 6
2.0	Metode	
2.1	Litteraturstudie.	Side 7
2.2	Valg av litteratur og framgangsmåte.	Side 7 - 8
2.3	Forskningsetiske overveielser.	Side 8 - 9
2.4	Presentasjon av artikler.	Side 9 - 11
3.0	Teoretisk tilnærming	
3.1	Hva er KOLS og hva kjennertegner sykdommen?	Side 12
3.2	Mestring og stress.	Side 13
3.2.1	Mestringsstrategier.	Side 14
3.3	Kroppskunnskap som grunnleggende prosess.	Side 14 - 16
3.4	Livskvalitet.	Side 16 - 17
3.5	Helsefremming.	Side 17 - 18
3.6	Benner og Wrubel sin sykepleierteori.	Side 18 - 19
4.0	Drøfting	Side 20
4.1	Problemfokusert mestring	Side 21
4.2	Følelsesfokusert mestring	Side 22 - 23
4.3	Helsefremmende aspekter	Side 23 - 24
4.4	Konsekvenser for sykepleie	Side 24 - 27
5.0	Litteraturliste	Side 28 - 32

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Tema for denne oppgaven er sykepleie til pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Problemstillingen stiller spørsmål ved hvordan sykepleiere kan hjelpe disse pasientene til økt mestring for å oppnå høyere livskvalitet.

Problemstillingen er:

Hvordan kan sykepleieren hjelpe pasienter med pustebesvær på grunn av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) med økt mestring og livskvalitet?

1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Jeg har valgt temaet kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) fordi denne sykdommen har i løpet av de siste ti årene utviklet seg til en folkesykdom. KOLS er en lidelse med høy grad av uførhet og dødelighet. Nærmere 1400 mennesker dør årlig av sykdommen, 200 000 personer har sannsynligvis KOLS i Norge og 20 000 får sykdommen hvert år (Helse og Omsorgsdepartementet). Verdens helseorganisasjon regner med at sykdommen vil bli tredje største dødsårsak i verden om 15 år (Andenæs, 2005). I en studie foretatt av Johannessen, Omenaas, Bakke & Gulsvik (2005), kom de beste estimatene over omfanget av KOLS fram ved hjelp av befolkningsundersøkelser i Hordaland fylke. Data fra 1996-97 viste at om lag 7 % eller om lag 1 av 14 nordmenn i alderen 26-82 år har KOLS. Studien viste også at KOLS har økt med 25 % i i løpet av de siste 15 årene og at forekomsten er høyest i aldersgruppen 60-74 år. Andenæs (2005) påpeker at hun ser et behov for mer undervisning om KOLS i sykepleierutdanningen fordi dette er en gruppe av pasienter som de møter flere steder. Hun sier også at det er viktig at sykepleierne ikke bare behandler symptomene, men også tar hensyn til psykososiale forhold.

1.3 Presisering og avgrensning av problemstilling.

Mitt teoretisk utgangspunkt for problemstillingen er hvordan kronisk sykdom påvirker pasientens liv og hvordan sykepleieren kan hjelpe pasienten til økt livskvalitet med hjelp av økt mestring. Mestring handler om å håndtere stress (Andenæs, 2007). Mange kroniske sykdommer kan oppleves som en trussel hvis sykdommen gjør det vanskelig å leve livet som før og da kan ulike mestringsprosesser gi resultater for livskvaliteten til den enkelte (Kristoffersen, 2005).

Jeg har i teorien valgt å konsentrere meg om litteratur som omhandler begrepet mestring og stress, kroppskunnskap som en grunnleggende prosess, livskvalitet, helsefremming og sykepleierteorien til Benner og Wrubel. I følge Gulsvik, m.fl. (2002) er KOLS delt opp i stadier. Jeg valgte å ha fokus på stadiet for langkommen KOLS som innebærer en betydelig sykkelighet, uførhet og hvor livskvaliteten til pasienten er svært redusert og hvor forverringer kan være livstruende (Gulsvik m.fl., 2002).

Jeg har ikke gått inn på den medisinske behandlingen av sykdommen fordi KOLS er en sykdom som har et vidt spekter av symptomer og store individuelle forskjeller. Det er derfor viktig at den medisinske behandlingen tilpasses hver enkelte pasient (St.prp.nr.1, 2006-2007).

2.0 Metode

2.1 Litteraturstudie

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Litteraturstudie er undersøkelser av tidligere dokumentert kunnskap og spørsmålene blir stilt til litteraturen og ikke til personene (Forsberg og Wengstrøm, 2008). Det finnes ulike typer litteraturstudier som for eksempel allmenn litteraturstudie og systematisk litteraturstudie. Allmenn litteraturstudie beskriver og analyserer de valgte studiene, men sjeldent på en systematisk måte. For en systematisk litteraturstudie er forutsetningen at det finnes tilstrekkelig med studier av god kvalitet som kan være grunnlag for resultater og bedømmelser. Denne formen for studie innebærer å systematisk søke, kritisk granske og sette sammen litteraturen innenfor valgte problemformulering (Forsberg og Wengstrøm, 2008).

2.2 Valg av litteratur og framgangsmåte

Jeg valgte å benytte meg av boken til Kristin Heggdal om Kroppskunnskap som er basert på tre ulike forskningsprosjekter, fordi den bygger på menneskers erfaring med å leve med langvarige og kroniske helseplager og deriblant KOLS. I tillegg valgte jeg studien til Barbara Paterson som belyser ulike perspektiver på kronisk sykdom. Jeg har brukt Lazarus sine mestringsstrategier som utgangspunkt for påvirkningen til økt mestring og livskvalitet. Benner og Wrubel har mestring og stress som et sentrale begreper og vektlegger samhandling meller sykepleier og pasient og de bruker velvære som begrep for sykepleiens mål, og skriver at mestring er et viktig mål for mestring av livssituasjonen (Kristoffersen, 2002). Jeg valgte å bruke Siri Næss sin tolkning av livskvalitet og hennes viktige begreper for livskvalitet som aktivitet, sosiale relasjoner, selvbilde og grunnstemning.

Jeg har å benytte meg av litteratur og studier som ble publisert etter år 2000, men jeg har også benyttet meg av eldre litteratur fordi jeg anså de som relevant til oppgaven.

Jeg har benyttet faglitteratur, studier og annen relevant litteratur som bøker lånt på HSH sitt bibliotek og et lokalt bibliotek. Elektroniske tidsskrifter på BIBSYS og artikler og studier publisert på Internett. Det har blitt gjort en rekke studier om sykdommen KOLS, men ifølge Andenæs (2007) så har ikke KOLS pasienter, bokstavlig talt, ikke pust nok til å skrive litteratur over hvordan de selv opplever å ha sykdommen. For å søke på studier benyttet jeg meg av søkerbasene til Medline, Academic Search Premier, ProQuest og BIBSYS og Google. Søkeordene mine var: Quality of life, chronic illness, COPD, health status, chronic obstructive pulmonary disease, emotions, nursing, living with a chronic illness, cope, depression, exacerbations, psychological distress, ethics, hope. På Google søkte jeg innen samme søkeord på norsk.

2.3 Forskningsetiske overveielser

I Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning (2007) står det at "Loven skal bidra til at forskning i offentlig og privat regi skjer i henhold til anerkjente etiske normer.

Helsetjenestens oppgave er å møte pasienter på en god måte, og å bistå med nyttige tiltak for å forbedre helsetilstanden. Kunnskap om hvilke tiltak som gjør mer nytte enn skade, er en avgjørende ressurs i helsetjenesten. Slik kunnskap har muligheter i seg til å redde liv, ta liv og forbedre eller forverre folks livskvalitet (Bjørndal A. 2006).

Stene-Larsen, (2000) skriver at alle prosjekter i forskningsrådet får en streng kvalitetsbedømming. For prosjekter som innebærer forsøk på, eller har studier av mennesker, stilles det i tillegg krav om at prosjektet skal være vurdert av regional etisk komité. De nasjonale forskningsetiske komiteer ble opprettet i 1990. Komiteene er uavhengige, rådgivende organer, opprettet av Utdannings og forskningsdepartementet (Forskningsetisk komite).

For egen litteraturstudie er det i følge Wengstrøm og Forsberg (2008) viktig å velge studier som har fått godkjenning av etisk komité eller der hvor det har blitt foretatt etiske overveielser. Forskningsartiklene jeg har benyttet i oppgaven er publisert i tidsskrifter med unntak av Turid Dager sin kvalitative studie. Hun opplyser om at studien ble lagt fram for KOLS dagene i 2006, gjennom en pressekonferanse og senere på Nasjonal Lungerehabiliterings konferanse i Oslo i 2007 (E-post).

2.4 Presentasjon av artikler

**Dager T., (2006). ”Jeg har vel ikke direkte sagt til noen at jeg har kols”
En kvalitativ studie om kolspasienters opplevelse av å leve med sykdommen.**

16 pasienter med KOLS er intervjuet gjennom semi strukturert intervju. Målet med denne studien var å belyse hvordan KOLS pasienter opplever det å leve med sykdommen i hverdagen. Det ble spesielt lagt vekt på håndtering av utfordringer forårsaket av sykdommen.

Fraser D., Kee C. & Minick P. (2006).

Living with chronic obstructive pulmonary disease: insiders' perspectives

Denne studien tok sikte på å forsøke å forstå hvordan sykdommen påvirker livet til eldre personer med langkommen KOLS. Studien ble gjennomført med 10 voksne som deltok under et sykehusopphold eller under en lungerehabilitering.

Haave E., Skumlien S. & Engvik H. (2007).

Livskvalitet hos pasienter med alvorlig kronisk obstruktiv lungesykdom.

Et utvalg av friske og syke personer ble spurt om å delta for å sammenligne graden av livskvalitet på friske personer og personer med KOLS.

Johannessen A., Omenaas E. R., Bakke P. S. & Gulsvik A. (2005). Implications of reversibility testing on prevalence and riskfactors for chronic obstructive pulmonary disease.

Dette er en randomisert studie som pågikk i perioden 1996-97 som undersøkte utbredelsen og risikofaktorene for kronisk obstruktiv lungesykdom. I alt 2235 personer i alderen 26-82 fra Hordaland fylke var med i undersøkelsen.

Knapstad A. (2007).

Kunsten å forbli røykfri – Samtaler med KOLS-pasienter.

Denne studien omhandler hvorvidt et tolv langt røykeavvenningskurs skulle bygge opp følelsen av mestring. Studien ble foretatt med kvalitative intervjuer av seks pasienter og studien gir innblikk i tanker omkring selve beslutningen om å slutte å røyke og hvor stor tillit de hadde til å klare å slutte og behovet for videre oppfølging.

Paterson B., L. (2001). The shifting perspectives model of chronic illness.

Data fra denne studien kom fram ved hjelp av 292 empiriske arbeider som var knyttet til kronisk sykdom. Paterson utviklet en modell som tar sikte på forstå menneskers skiftende perspektiver ved sin opplevelsen av å leve med en kronisk sykdom. Hun skriver at de ulike perspektiver bestemmer hvordan folk reagerer på sykdommen, også for omsorgspersoner. Spørsmålene omkring røykestoppprosessen var om den hadde hjulpet eller hindret personene til å slutte å røyke.

Ridder D., Geenen R., Kuijer R. & Middendorp H. (2008).

Psychological adjustment to chronic disease.

Denne undersøkelsen drøfter de fysiologiske, emosjonelle, atferdsmessige og kognitive aspekter av en psykologisk tilpasning til kronisk sykdom. Studien legger vekt på årsakene til at enkelte ikke klarer å oppnå en sunn justering og en identifisering av faktorer som hjelper dem med sykdommen.

**Rustøen T., Wahl A. K., Hanestad B. R., Lerdal A., Miaskowski C. & Moum T. (2003).
Hope in the general Norwegian population, measured using the Herth Hope Index.**

Målet med denne studien var å beskrive håp hos et utvalg av norsk befolkning og undersøke hvordan alder, kjønn, sivilstatus og arbeidsstatus hadde betydning for håp.

Williams V., Bruton A, Ellis-Hill C. & McPherson K. (2007). What really matters to patients living with chronic obstructive pulmonary disease?

Denne studien undersøkte hva som virkelig betyr noe for personer som lever med KOLS. Det være seg å gå, husarbeid og vedlikehold. Seks pasienter med moderat til svært alvorlig KOLS ble rekruttert.

3.0 Teoretisk tilnærming

3.1 Hva er KOLS og hva kjennetegner sykdommen ?

Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) er en kronisk lungesykdom som er total reversibel, og som er en samlebetegnelse på kronisk bronkitt og emfysem (Jacobsen, 2001). Sykdommen kommer snikende og for enkelte blir sykdommen oppdaget ved en akutt sykdomsforverring. Stabile faser kan bli avbrutt av hyppige forverringer med sykehusinnleggelse. De personene som har utviklet en alvorlig KOLS har sterkt nedsatt lungekapasitet (Andenæs, 2007).

Karakteristiske symptomer for KOLS er hoste. Det kan være en irritasjons, produktiv eller anfallsvis hoste og ekspektorat i varierende mengder. Åndenød ved fysiske anstrengelser og angst og uro ved fornemmelsen av ikke å få puste. Pasientene har ca 3-4 perioder i året hvor det er en oppblussing av sykdommen, en forverring som gir økt hoste, åndenød og nedsatt daglig aktivitetsnivå. Det kan også forekomme feber og økt ekspektorat. Andre symptomer på forverring er at pasienten er mer trett, økt pustebesvær og pusten blir mer pipende, hivende eller hvesende, pasienten er mer engstelse og urolig. Disse forverringene reduserer pasientens livskvalitet og forringer allmenntilstand og prognose (Sorknæs, 2001).

Sorknæs (2001) skriver at det er fryktelig angstskapende å få et anfall av kraftig åndenød med en fornemmelse av å bli kvalt, både for pasienten og for pårørende. Han skriver videre at en person som har opplevd åndenød og angsten som medfølger, gjør mye for ikke å oppleve eller framprovosere et nytt anfall. Den viktigste årsaken til KOLS er sigarettøyking, men andre dokumenterte årsaker er yrkeseksponering for støv og kjemikalier (Gulsvik, 2002).

3.2 Mestring og stress

Mestring dreier seg i stor grad om opplevelsen av å ha krefter til å møte utfordringer, og ha opplevelsen av å ha kontroll over sitt eget liv (Natvig og Hanssen, 2007). Lazarus og Folkman (1984) definerer mestring som: "Kognitive og adferdsmessige bestrebelser som er under konstant forandring og som forsøker å håndtere spesifikke ytre og/eller indre krav som vurderes å være plagsomme eller overstrider personens ressurser" (1984 s.139). Videre står det at mestring betegnes som en anstrengelse på å håndtere psykologisk stress. Psykologisk stress kan enten defineres utifra et fokus på stimulusen eller den stressfremkallende hendelsen, altså enten på den psykiske eller kroppslige reaksjonen som utløses av stressfaktoren (Lazarus, 2006). En stimulus er den stressfaktoren som skaper stressreaksjoner og resultatene av disse påkjenningene avhenger av hvordan disse stressfaktorene blir oppfattet. Hvilken beskyttelsesfaktorer som personen har selv og beskyttelsesfaktorer i omgivelsene rundt (Hummelvold, 2004). Lazarus (2006) skriver at det faller naturlig å oppfatte psykologisk stress som et resultat av miljømessige påvirkninger. Han definerer psykologisk stress som "En bestemt relasjon mellom personen og miljøet som vurderes av personen til å overstige eller overgå hans ressurser og som kan skade hans velvære" (2006 s. 19). Tap av sentrale verdier i livet er spesielt belastende, og det kan være tap av en funksjon som følge av sykdom (Lazarus, 2006).

Aktiv og god mestring hjelper pasienten til å tilpasse seg den nye virkeligheten og setter seg i stand til å se forskjellen på det han må leve med på grunn av sykdommen, og det han selv kan være med på å forandre. Mestring blir en prosess hvor man steg for steg lager nye bilder og gjenvinner kontroll (Steihaug og Hatling, 2006). Mestring handler om å klare å flytte sin egen oppmerksomhet fra et gammelt liv, til et nytt liv og ha egne forventninger om nye mål. Følelsen av å ha kontroll er basis i all mestring og mestring er da en prosess fra avhengighet til økt selvstendighet og en utsikt til forbedring av livskvaliteten. Når den kroniske sykdommen innebærer gradvis forverring av livssituasjonen, blir det et spørsmål om å opprettholde verdigheten, bli respektert og få hjelp og støtte som en selvstendig person, her og nå (Steihaug og Hatling, 2006). Mange kroniske sykdommer kan oppleves som en trussel hvis sykdommen gjør det vanskelig å leve livet som før. Verdier som å bevege seg fritt omkring, være selvstendig og være uavhengig for andres hjelp, blir truet. Da kan ulike mestringsprosesser gi resultater for livskvaliteten til den enkelte (Kristoffersen, 2005).

3.2.1 Mestringsstrategier

Lazarus (2006) skiller mellom to hovedtyper av strategier for å mestre de situasjonene som oppleves stressende. Det er problemfokuserert mestringsstrategi og følelsesfokuserert mestringsstrategi. Han skriver om den problemfokuserende mestringsstrategien hvor personen tilegner seg informasjon om hva som må gjøres og utfører handlinger og endrer den problematiske relasjonen mellom personen og miljøet. Denne handling kan rette seg etter miljøet rundt seg eller personen selv. En person som har fått diagnosen på en alvorlig sykdom, setter seg inn i behandlingsmuligheter og velger den beste fremgangsmåten for å treffe nødvendige forholdsregler (Lazarus, 2006).

Den følelsesfokuserende mestringsstrategien er rettet mot en regulering av de følelsene som er knyttet til den stressende situasjonen. Nå kan personen forholde seg til sykdommen eller være unnvikende til den, og det dreier seg om å håndtere egne følelser rundt sykdommen. Ifølge Lazarus (2006) er revurdering av en trussel en mulighet til å endre en stressende sykdomssituasjon og gi den en ny mening. En slik revurdering kan redusere noe av angsten som er forbundet med konstateringen av en alvorlig sykdom. Han skriver at revurderinger er en effektiv mestringsmetode for stressende situasjoner når betydningen av revurderingen er i samsvar med kjensgjerningene. Da er det ikke et forsvar, men en effektiv måte å kontrollere destruktive følelser på.

3.3 Kroppskunnskap som en grunnleggende prosess

Heggdal (2008) definerer begrepet kroppskunnskap som en grunnleggende prosess for utvikling av personlig kunnskap om egen kropp, mestringsstrategier, helse og velvære i forhold til kronisk sykdom. Gjengedal og Hanestad (2007) definerer en kronisk sykdom som "En irreversibel, konstant, tiltakende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser" (2007, s.13).

Kroppskunnskap innebærer at pasienten tilegner seg kunnskaper om seg selv, sin kropp og egne erfaringer og bruker denne kunnskapen i overlappende faser. Kunnskapen om de ulike fasene gir grunnlag for å hjelpe pasientene videre i helsefremmende tiltak (Heggdal, 2008).

I første fase av sykdommen føler pasienten angst og usikkerhet og opplevelsen av å ikke få puste, oppleves som å miste kontroll med kroppen. Disse pasientene har ikke begynt å tilegnet seg tilstrekkelig informasjon for å begynne å utføre handlinger som kan endre på situasjonen og de har heller ikke begynt å regulerer følelsene som er knyttet til den stressende situasjonen (Heggdal, 2008). Pasienten må erkjenne tap av livsutfoldelse og tap av livskvalitet på grunn av gjentatte plager og pasientene må erkjenne at symptomene ikke er forbigående, men et helseproblem som de må leve med resten av livet. Opplevelsen av å miste kontrollen med kroppen ved ikke å ikke få puste, oppleves mer skremmende. Med tap av kroppskontroll og trygghet medfølger også sosial tilbaketrekking. Det å holde seg borte fra aktiviteter og sosiale sammenhenger forsterker følelsen av tap, sorg og sinne. KOLS pasientene opplever at de ikke har pust til å fullføre det de er i gang med og er preget av skuffelse, usikkerhet og frustrasjon og pasientene i denne fasen strever med å bli fortrolig med hvordan de ulike hindringer for livsutfoldelse skal håndteres (Heggdal, 2008).

Gjennom neste fase søker pasienten løsninger for de utfordringer som sykdommen innebærer. Pasienten lærer sin egen tålegrense og finner ut hva som forverrer symptomer og plager, og hva som kan lindre og gi bedring. Pasientene forsoner seg med nye tålegrenser og gjør bevisste valg, om det er sykdommen eller en selv som skal få bestemme (Heggdal, 2008). KOLS pasientene forsøker å finne ut av hvor mye aktivitet de kan klare før de får problemer med pusten, og pasienter forteller at det å bli kjent med egne grenser kan være smertens øyeblikk, men de venner seg til det og tar tiden til hjelp, ved for eksempel å ta kortere etapper og lengre pauser (Heggdal, 2008).

Paterson (2001) skriver om perspektiver som kan beskrives med overlappende sirkler hvor enten sykdom eller velvære står foran. Erfaringer med den kroniske sykdommen og personlige og sosiale endringer, endrer perspektivet for om sykdommen er i forgrunnen, eller bakgrunnen for deres "verden". Det er personens egen oppfatning om sykdommen som avgjør hva som kommer i forgrunnen eller bakgrunnen.

I følge Paterson (2001) er "sykdommen i forgrunnen" perspektivet preget av fokus på sykdom, lidelse, tap og byrden knyttet til å leve med en kronisk sykdom, og den kroniske sykdommen blir sett på som ødeleggende for seg selv og andre. Mennesker som identifiserer

seg med dette perspektiv har en tendens til å bli oppslukt i sin sykdom og har ofte problemer med å se behovene til sine nærmeste. De kan skylde på sykdommen for å unngå ulike aktiviteter og kan fastholde en identitet som ”den syke”. De vanligste beskrivelse av dette perspektivet oppstår i nylig diagnostiserte personer som ofte blir overveldet av sykdommen.

Velvære i forgrunnen perspektivet kan oppnås ved å lære så mye som de kan om sykdommen, skape støttende miljøer, og dele sin kunnskap om sykdommen med andre. Personene skiftet da fra ”et offer” for omstendighetene til ”skaperen” av omstendigheter og får en avstand fra sykdom som gjør at emosjonelle, åndelige og sosiale aspekter av livet blir fokusert på, i stedet for på den syke kroppen (Paterson, 2001). Personen skiftet fra ”et offer for omstendighetene” til ”skaperen av omstendigheter” og får en avstand fra sykdom som muliggjør fokus på emosjonelle, åndelige og sosiale aspekter av livet, i stedet for bare syk kropp (Paterson, 2001). Retur til ”velvære i forgrunnen” perspektiv krever at personen erkjenner en omlegging fra en ”sykdom i forgrunnen” perspektiv, og iverksette endringer eller tiltak for å løse eller tilpasse seg situasjonen som har resulterte i å ha sykdommen i fokus (Paterson, 2001).

3.4 Livskvalitet

Mæland (2005) skriver at livskvalitet har blitt innen medisinen, primært knyttet til subjektive opplevelser av sykdom og behandling, men i andre sammenhenger som en allmenn vurdering av livet. Han skriver videre at de fleste er enige om at livskvalitet først og fremst er uttrykks for folks subjektive vurderinger av livet sitt.

Hvordan pasienter mestrer sin kroniske sykdom kan være avgjørende for hvordan de opplever sin livskvalitet (Hanssen og Natvig, 2007). En definisjon på livskvalitet er : ”En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er positive og lav i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er negative” (Næss, 2001, s 10).

I følge Næss (2001) blir livskvalitet en tilstand hos den enkelte. Med kognitive opplevelser forstår hun opplevelser som inneholder tanker og vurderinger om hvor fornøyd man er med livet, og de affektive refererer hun til de følelsesmessige tilstandene som går ut på om man er

glade og oppstemte eller engstelige og nedstemte. Livskvalitet har noe å gjøre med enkeltpersoners psykiske velvære, det vil si følelsen eller opplevelsen av å ha det godt, av å ha en grunnstemning av glede. Definisjonen tar utgangspunkt i personens indre tilstander og opplevelse og hun deler livskvalitet begrepet opp i fire kategorier, aktivitet, sosiale relasjoner, selvbilde og grunnstemning. Hun refereres ikke til aktivitet som kun fysisk aktivitet, men også som et engasjementet ved at en person har høyere livskvalitet jo høyere grad personen er aktiv, som appetitt og livslust, interesserer seg for, og deltar i noe utenfor seg selv som oppleves som meningsfullt og utfordrende. Hun skriver også at en person har høyere livskvalitet jo høyere grad personen har gode personlige forhold, har et nært varm og gjensidig forhold til minst en person. Videre skriver hun at en person har høyere livskvalitet jo høyere grad personen har selvfølelse, selvsikkerhet, føler seg vel som menneske, sikker på egne evner og dyktighet, føler seg nyttig og har følelse av mestring. Om grunnstemning, skriver hun at en person har høyere livskvalitet jo høyere grad personen har grunnstemning av glede, lyst og velvære og fravær av tomhetsfølelse, nedstemthet ubehag og smerte, uro og angst.

3.5 Helsefremming

Ottawa-charteret definerer helsefremmede arbeid som: ”Prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse. 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, 2005 s. 66).

Helsefremmede arbeid kan forstås som å legge vekt på positiv helse og velvære og vektlegging av livserfaringene, men tar utgangspunkt i hvordan mennesker er preget av sine omgivelser (Hauge, 2003). Helsefremmede arbeid bygger på en forståelse av helse som kroppslige, mentale, sosiale og åndelige tilstander som endres langsomt. Videre at helsefremmede arbeid vektlegger hverdagslivet, det sosiale fellesskapet og individets rett til å fatte beslutninger om forhold som påvirker egen helsen (Hauge, 2003). Egenbehandling er viktig for helsefremmede resultater. Helsefremming handler om å bruke sine egne måter å

mestre symptomer og plager på. Det handler om at pasientene har innsikt og forståelse for hva de kan gjøre for å unngå tilbakefall og fremme sin egen helse. Pasientens kunnskap om sin egen helsefremming kan bidra til empowerment (Mæland, 2005). Empowerment kan oversettes til bemyndigelse eller brukermedvirkning. Hensikten med bemyndigelse er å sikre at den enkelte bruker eller mottaker av tjenester har mulighet til innflytelse i saker som angår livene deres. Sykepleieren kan gjennom sine holdninger og handlinger inkludere pasientene til å delta og være aktive. Det sentrale blir å utvikle og ta i bruk ressurser og krefter hos hver enkel, og motvirke og redusere stress som kan være en hindring for kontrollen av eget liv (Stang, 1998).

Benner og Wrubel (2003) sin sykepleieteori legger hovedvekten på de subjektive aspektene til helsebegrepet. De skriver at velvære og helse må forstås som en helhet ved at personen må oppfattes som en helhet, og ikke bare en kropp, psyke eller sjel. De definerer velvære som "Et sammenfall mellom personens muligheter og det som en virkelig praktiserer og opplever, og baserer seg på det å gi og ta imot omsorg" (Kristoffersen, 2005 s. 73).

3.6 Benner og Wrubel sin sykepleieteori

Benner og Wrubel sin sykepleierteori bygger på Heideggers fenomenologiske virkelighetsforståelse. Den fenomenologisk forståelsen av mennesket kjennetegnes ved at menneske lever i verden og forholder seg til verden på en meningsfull måte (Kristoffersen, 2002). Heidegger (2007) skriver at verden er ikke noe et menneske er seg bevisst, men er det som mennesket lever i, på en total og oppslukende måte, gjennom erfaring og gjennom seg selv. Han forsøker på en konkret måte å avdekke det faktiske livet slik det leves av hver enkelt.

I følge Benner og Wrubel (2003) så er det den menneskelige opplevelsen av sykdommen som er det sentrale i sykepleiersammenheng og hovedbudskapet, at omsorg er en avgjørende betydning for menneskers eksistens og at omsorg er sykepleiens grunnlag. Når sykdommen rammer, blir sykdommen og de mulige måter å mestre den på, forstått i lys av personens egne meninger, situasjon og ulike opplevelser i personens liv. Fordi det personlige engasjement er

avgjørende for hva som står på spill for personen, består omsorgsgiverens utfordring i å tolke hva som påvirker personens forståelse av sin egen sykdom. Fra et sykepleierperspektiv bygger Benner og Wrubel på Lazarus og Folkmans arbeid innenfor mestring og stress og de er påvirket av Lazarus sin fenomenologiske tenkemåte (Hanssen og Natvig, 2007).

Benner og Wrubel (2003) skiver at personer som gjennom lange perioder lever med angst, frykt og usikkerhet vil etter hvert få en kroppslig holdning som gjenspeiler disse spenningene. Nye kroppslige holdninger, aktiviteter og væremåter kan åpne nye veier for følelsene, og nye aspekter ved livet som har vært begravd under følelsene av angst, frykt og usikkerhet.

I følge Benner og Wrubel (2003) er stress en persons fysiske, emosjonelle, intellektuelle, opplevelse av den funksjonen som har blitt forstyrret. En oppfattelse av stress er en situasjon som man ikke klarer å mestre godt nok. Hvordan den enkelte mestrer sin sykdom henger sammen med den mening lidelsen har for personen og den kulturelle forståelsen for sykdommen. Den fenomenologiske tilgang på stress og mestring arbeider ikke utifra feil og mangler men ser viktigheten av å forså betydningen av å se folks egne vurderinger av situasjonen (Benner og Wrubel, 2003).

4.0 Drøfting

Jeg ønsker å belyse min problemstilling ved først å drøfte ulike mestringsstrategier og deretter drøfte mestringsstrategier opp mot ulike forskningsartikler, med tanke på grunnlag for sykepleie. Hvordan pasientene mestrer sin kroniske sykdom kan være avgjørende for hvordan pasienten opplever sin livskvalitet (Andenæs, 2007). Jeg bruker begrepet helsefremming for å belyse helse og velvære. Som avslutning drøfter jeg konsekvenser for sykepleien ved å komme inn på ulike mål og tiltak for sykepleie til pasientene.

KOLS pasienter oppleve sterk angst ved følelsen av ikke å få puste, og noen sammenligner pusteproblemene med å puste i bomull og mange har følelsen av å drukne når de opplever det som verst. Pasientene har mye angst og redsel for å dø og livskvaliteten er lav på mange områder (Andenæs, 2007). Disse pasientene opplever i følge Lazarus (2006) psykologisk stress på grunn av en kroppslig reaksjon på en stimulus eller psykisk reaksjon på en hendelse. Forskningslitteraturen viser at psykologisk stress i form av depresjon, angst, katastrofetanker og panikkangst er utbredt blant KOLS pasienter og psykologisk stress gir lavere livskvalitet (Andenæs, 2007). Lazarus (2006) skriver om to mestringsstrategier, den problemfokuserte og den følelsesfokuserte. Etter min vurdering kan det være viktig for pasienten å benytte seg av begge mestringsstrategiene til Lazarus fordi ved den problemfokuserert mestringsstrategien forsøker pasienten å påvirke miljøet og omgivelsene, mens ved den følelsesfokuserte mestringsstrategien forsøker pasienten å påvirke sin egen følelser for situasjonen. Næss (2001) skriver om aktivitet, sosiale relasjoner, selvbilde og grunnstemning som bidrag for livskvaliteten. Aktivitet og sosiale relasjoner kan etter som jeg ser det, være en mestringsstrategi for direkte handlinger, som når pasienter skaffer seg innsikt i hvilke miljøgifter som forsterker symptomer og plager og der hvor informantene til Heggdal (2008) forteller at de velger å unngå sosiale relasjoner som medvirker til forverring. Jeg ser at selvbilde og grunnstemning kan være følelsesfokuserert, men jeg ser at mestringsstrategiene kan overlape hverandre fordi redselen for ikke å ha kapasitet til å gjennomføre aktiviteter kan holde dem utenfor det sosiale fellesskapet.

4.1 Problemfokuset mestring

Problemfokuset mestring er hvor personen tilegner seg informasjon om hva som må gjøres og utfører handlinger deretter, og det endrer den problematiske relasjonen mellom personen og miljøet. Ved å ha fokus på sykepleie til pasientene kan pasientene hjelpes til å oppnå velvære i forgrunnens ved å lære så mye som de kan om sykdommen, skape støttende miljøer, utvikle personlige relasjoner og dele sin kunnskap om sykdommen med andre (Paterson, 2001). Benner og Wrubel samsvarer sin syn på stress og mestring med Lazarus fordi de skriver at personens mestring av sykdommen henger sammen med den meningen lidelsen har for personen og den kulturelle forståelsen for sykdommen (Kristoffersen, 2005)

Williams et al., (2007) skriver at aktiviteter som det å gå, gjøre husarbeide og kjøring var viktige for pasienter med moderat til svært alvorlig KOLS. De betraktet engasjement i konkrete aktiviteter for å være svært viktig selv om disse aktivitetene var sentrert rundt hjemmet miljø, eller i trange rom. Det som også kom fram i studien var hvor stor verdi gåing hadde. Informantene snakket om det å gå som en fritidsaktivitet framfor en funksjonell aktivitet for å komme til et sted til et annet. Studien viste at til tross for fysiske begrensninger, hadde pasientene et sterkt ønske om å delta og være engasjert i ulike aktiviteter og studien slo fast at sykepleierens rolle er å forstå betydningen av å aktivere pasienter til delta, i stedet for å "bare gjøre noe", og betydningen av en pasientfokuset planlegging ved tiltak, som for eksempel ferier og sosialt samspill (Williams et al., 2007).

Fraser et al. (2006) skriver at enkelte personer med KOLS har mye erfaring med å takle sykdommen og er kjent med teknikker som har hjulpet dem til å integrere sykdommen og symptomer inn i livet deres. For pasientene var det spesielt viktig å vite om teknikker som hjelper dem til å takle åndenød fra lette pusteproblemer til overhengende panikk og sykepleieren kan sammenfalle pasienters erfaringer med sykepleierens erfaringer til å hjelpe pasientene til et maksimum av livskvalitet.

I en akutt sykdomsfase er det den problemfokuset mestring som er minst assosiert med psykologisk stress og den mest effektive fordi den går ut på at å endre situasjonen ved å foreta en direkte handling, snakke med noen, anvende tidligere erfaringer og/ eller gjøre noe med omgivelsene (Andenæs, 2007).

4.2 Følelsesfokusert mestring

Lazarus (2006) skriver om følelsesfokusert mestring som en funksjon som er rettet mot en regulering av de følelsen som er knyttet til den stressende situasjonen. Personen kan forholde seg til sykdommen eller være unnvikende til den og det dreier seg om å håndtere egne følelser rundt sykdommen. I følge Lazarus (2006) er revurdering av en trussel en mulighet til å endre en stressende sykdomssituasjon og gi den en ny mening. Williams et al., (2007) skriver om en informant som syntes å være fornøyd med sin evne til å gå rundt i sin lille hagen og turgåing ble snakket om som en tur i hjemmet eller en tur i hagen.

Trusselen for tap av kroppskontroll og trusselen for å ikke å få puste blir revurdert ved at denne informanten gir turgåing en ny mening og endrer forventningene i forhold til sin evne til å gå. Ridder et al., (2008) skriver at pasienter med kronisk sykdom har vanligvis angst, depresjon og andre negative følelser og hvordan disse personene takler disse følelsene kan påvirke hvor godt de mestrer sykdommen. Studien viste at pasientene kunne hjelpes ved å oppmuntre dem til å engasjere seg i trivelige aktiviteter, erkjenne følelsene de har om sykdommen og finne mening i små ting, og glede seg over de positive resultatene av sykdommen. I studien til Dager (2006) kom det fram at pasientene opplever en mangel på forståelse fra samfunnet og i møte med helsevesenet. Mange opplever også skyld og skam knyttet til sykdommen. I og med at KOLS er en sykdom som kan, i store trekk, være selvforskyldt på grunn av røyking, forventer eller føler mange de ikke kan be om støtte og hjelp. Skamfølelse og sosial tilbaketrekning gjør KOLS til en ensom diagnose og mange forsøker å skjule diagnose og symptomer for andre (Dager (2006). I følge Dager (2006) er hovedutfordringen for pasientene å forholde seg til identiteten ”kols-pasient”.

Ved å se på Paterson (2001) studie så er det pasientens egen oppfatning om sykdommen som avgjør hva som kommer i forgrunnen eller bakgrunnen. En vurdering blir at informantene i studien til Dager (2006) må velge å forholde seg til sykdommen eller være unnvikende til den fordi det i følge Lazarus (2006), dreier seg om å håndtere egne følelser rundt sykdommen. Informantene i Dager sin studie ser jeg kan være inne i et “sykdom i forgrunnen perspektiv” fordi de er opptatt av lidelsen og tapet, og byrden ved å leve med en kronisk sykdom. For disse pasientene kan jeg se en motsetning til Paterson sin studie som sier at personer som har “sykdom i forgrunnen” skylder på sykdommen for å unngå ulike aktiviteter og fastholder en

identitet som ”den syke”. Informantene i Dager sin studie hadde problemer med å forholde seg til identiteten som ”den syke” kolspasienten på grunn av skyldfølelse og skammen knyttet til sykdommen. Når det gjelder å unngå ulike aktiviteter for å skjule sykdommen, så sier studien til Dager at og mange forsøkte å skjule diagnose og symptomer overfor andre.

Næss (2001) skriver at en person har høyere livskvalitet jo høyere grad personen har gode personlige forhold, har et nært varm og gjensidig forhold til minst en person. En person som rammes av en kronisk sykdom, får livet forandret for seg selv, familien og venner rundt seg. Sykdommen griper inn i hverdagen og betingelsen for livsutfoldelse endrer seg på mange områder (Gjengedal og Hanestad, 2007). I følge Sørfonden (2007) så vil en kronisk lidelse betraktes som et familieanliggende fordi når et familiemedlem rammes av en kronisk lidelse, har det også innvirkning på andre familiemedlemmer. Pasientens opplevelse av stress og mestring, oppfattelse av seg selv og sin sykdom har sammenheng med sin relasjon til ektefellen og får innvirkning på opplevelse av livskvalitet. Hun skriver at en viktig oppgave for sykepleieren blir å gi informasjon, opplæring og veiledning til de pårørende. Som jeg ser det kan sykepleieren hjelpe pasienten i til å påvirke sin egen oppfatning av stressende situasjoner der hvor situasjonen har påvirkning for andre familiemedlemmer.

4.3 Helsefremmende aspekter

Helsefremmede arbeid legger vekt på positiv helse og velvære (Hauge, 2003). I følge Benner og Wrubel (2003) er det å legge vekt på de subjektive aspektene til helsebegrepet det viktigste. De skriver at velvære og helse må forstås som en helhet ved at personen må oppfattes som en helhet, og ikke bare en kropp, psyke eller sjel. Berg (2007) skriver i sin avhandling om hva den eldre sykehuspasienten legger i egen forståelse av helse, og hva som kan fremme deres helse. Pasientene svarte at det var viktig å få lov til å være den person man er, kunne gjøre det man ønsker, føle seg vel og ha krefter. Jeg ser hvordan ønsket om å gjøre det man ønsker og å ha krefter, tilpasses egne opplever av helse, fordi i følge Berg (2008) lå pasientene på sykehus for til dels alvorlige sykdommer. Jeg vurderer at pasientene må velge ”velvære i forgrunnen” perspektiv og en sykdomsfase hvor pasienter har lært sin egen

tålegrense, for å oppnå egen opplevelse av positiv helse. En person har kontroll over sitt liv når han mestrer indre og ytre krav som overstrider det som personens er i stand til å klare (Lazarus, 2006).

Rehabilitering defineres som ”Tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet” (Nasjonale strategier for habilitering og rehabilitering (2008–2011)). Jeg ser at rehabilitering er et viktig virkemiddel for å styrke pasientens mestring og ser at sykepleierens oppgave blir å informere pasienten om innhold og målsettinger og motivere til rehabilitering som et viktig tiltak for kroppskunnskap og mestring.

4.4 Konsekvenser for sykepleie

Sykepleieren bør, etter min vurdering, finne fram til pasientens egen vektlegging av begrepet velvære i samarbeid med pasienten. Livskvalitet har noe å gjøre med hver enkelt følelse av velvære skriver Næss (2001). Ved å ta utgangspunkt i Benner og Wrubel sin teori som sier at det er vesentlig for sykepleieren å forsøke å begripe pasientens oppfattelse av egen sykdom og sin situasjon, og forstå betydningen av å vektlegge de subjektive aspektene til helsebegrepet, kan sykepleieren bygge videre på helsefremmede tiltak for å bedre livskvaliteten. Ifølge Benner og Wrubel (2003) må sykepleieren tolke de ulike grunner som påvirker pasientens forståelse av sin egen sykdom og forsøke å forstå pasientens oppfattelse av sin sykdom og situasjon for bedre å veilede og støtte. Jeg ser at den fenomenologiske forståelsen av pasienten gjør at sykepleieren kan se pasienten som en person som lever ” i ” sykdommen sin, lever ” i ” sin egen opplevelse av hverdagen og lever ” i ” sykdoms forverringene.

I ”Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2007) som bygger på prinsippene i ICNs (International Council of Nurses) etiske regler kan jeg lese at sykepleiens grunnlag skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet og sykepleien skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. I samme retningslinjer står det at sykepleieren skal til enhver tid opptre på en slik måte at det gagnar profesjonen og styrker

tilliten til dem. Løgstrup (1999) skriver at det er naturlig for alle mennesker å møtes med tillit og det gjelder både for de kjente og ukjente som møtes. Han skriver at det er derfor vi reagerer voldsomt hvis tilliten blir misbrukt ved at den andre velger å ikke ta imot den, eller aviser den kaldt. Med tanke på studien til Dager (2006) så har, etter min vurdering, tilliten til å bli møtt med forståelse og verdighet blitt krenket overfor disse pasientene fordi informantene uttrykte at de hadde blitt møtt med mangel på forståelse fra helsepersonell. Når så Løgstrup (1999) skriver at mennesker legger mer eller mindre livet sitt i andres hender gjennom tillit så ser jeg hvor viktig det er for sykepleiere å vise denne tilliten verdig. Holdningene til sykepleieren er med på å bestemme om et annet menneskers liv blir truende eller trygg og det blir en uutalt fordring for sykepleieren å ta vare på tilliten som legges i deres hender (Løgstrup, 1999). Pasienter opplever at sykepleieren har stor makt og derfor må de være seg bevisst den makt og innflytelse de har i kraft av stillingen som sykepleier. (Stang, 1998). Makteløshet kan defineres som en individets opplevelse av manglende kontroll og kan resultere i en følelse av makteløshet over viktige faktorer i livet sitt, skriver Stang (1998). En sykepleier kan i kraft av sin stilling, slik jeg ser det, ha makt til å påvirke pasientenes opplevelse av egenverd og selvfølelse. Pasienter og sykepleiere er likeverdige partnere i det helsefremmende arbeidet og maktrelasjonen mellom sykepleier og pasient kan endres ved at sykepleieren forstår at pasientens kunnskap er likeverdige deres egen, og sykepleieren og pasienten kan søke etter felles forståelse og løsninger (Heggdal, 2008).

Dager (2006) skriver som konklusjon på sin studie at det er viktig for helsepersonell å foreta tiltak i forhold til endring av KOLS pasienters helsevaner både når det gjelder fysisk trening og hjelp til røykeslutt. I studien til Knapstad (2007) viste det seg at beslutningen om å slutte å røyke må tas gjennom egne solide argumenter for fordeler og bakdeler med å røyke, og at tilliten var viktig for å klare å slutte å røyke. Studien viste at den fremste oppgaven en sykepleier kan gjøre, er å samarbeide med pasienten og vise respekt for de valgene personen gjør og unngå trusler eller press. En av grunnverdiene for sykepleieren er å vise respekt og interesse for pasienten og ha et ønske om å hjelpe (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005). Omsorg er en avgjørende betydning for menneskers eksistens og omsorg er sykepleiens grunnlag, skriver Benner og Wrubel (2003).

Næss (2001) skriver at det ikke er tilstrekkelig å redusere de negative opplevelsene for å bedre livskvaliteten hos en pasient, men bidra til å fremme de positive opplevelsene også. Hun skriver at selv om et menneske kan oppleve mye angst, så kan det allikevel oppleve mye glede

i andre perioder av livet. Sykepleieren kan bidra til høyere livskvalitet for pasientene ved å hjelpe pasienter til å søke gode opplevelser og erfaringer (Næss 2001). Williams et al. (2007) slo fast at sykepleiernes rolle er å forstå hvor stor betydningen aktivisering var for pasientene. Pasientene hadde ønske å delta men ikke delta "bare for å gjøre noe", og jeg merket meg spesielt hvor stor betydning gåing hadde for pasientene og sykepleierens rolle for å fremme disse positive opplevelsene.

Ridder et al., (2008), skriver at pasienter med kronisk sykdom har vanligvis angst, depresjon og andre negative følelser men at pasientene kan klare å takle disse følelsene ved å oppmuntre dem til å engasjere seg i trivelige aktiviteter, erkjenne vonde følelser de har om sykdommen og finne mening i små ting, og glede seg over de positive resultatene av sykdommen.

Jeg vurderer det som viktig for en sykepleier å vite at det ikke alltid er en forbindelse mellom lungefunksjon og livskvalitet. Etter min vurdering er det verdt å merke seg, at en pasient som har lavere lungekapasitet i forhold til en annen pasient, ikke nødvendigvis har lavere livskvalitet. Det kom fram i studien til Haave et al., (2007). Studien kom fram til at det var en liten forbindelse mellom lungefunksjon og livskvalitet og studien viste at reduksjon i livskvalitet ikke kan forklares med redusert lungekapasitet alene, men er avhengig av andre faktorer. Jeg anser det som viktig for sykepleieren, i samarbeid med pasienten, å forstå disse faktorene. For en sykepleier er det viktig å lytte til pasientens opplevelser, slik at pasientens følelser å bli tatt alvorlig (Heggdal 2008). Sykepleieren må huske at det er pasienten som er ekspert på egen helse og velvære og derfor er det viktig å spørre og lytte til det pasienten har å fortelle. Sykepleieren må være oppmerksom på at pasientens erfaringsbaserte kunnskap kan gi andre svar og løsninger enn den medisinske kunnskapen og det viktig å vite at mange pasienter har et stort og utdekket behov for samtaler med helsepersonell og mennesker med lignende erfaringer (Heggdal 2008). Rustøen. et al. (2003) skriver om sin studie at det var personens subjektive følelse for egen helse som hadde sterkest positiv sammenheng med håp, og de som var mest fornøyd med egen helse, hadde også sterkere håp. Personer med en kronisk sykdom rapporterte tydelig høyere håp, enn de som ikke hadde en kronisk sykdom. Det er viktig for sykepleieren å få tak i pasientens håp og ønsker, men at håpet og ønskene må være realistiske i forhold til sykepleiers muligheter (Hummelvold, 2006). Sykepleierens rolle blir å finne fram kilden til håp hos pasienten og hjelpe pasienten til å holde fast ved det i perioder med motgang (Kristoffersen og Breievne, 2005). Håp er en drivkraft til å komme videre i sykdomsfasene og sykepleierens har en rolle i å styrke dette håpet (Heggdal, 2008).

For sykepleieren ser jeg det er viktig å ha fokus på pasientenes opplevelse av helse og velvære og deres opplevelse av sykdommen i de ulike sykdomsfasene, og forsøke å forstå hvilken av de ulike sykdomsfasene pasienten er i for å kunne hjelpe til økt mestring og livskvalitet. Som jeg ser det, er det hvordan personene mestrer sin sykdom som avgjør hvilken fase av sykdommen pasienten er inne i, og hvordan de forholder seg til sykdommen er avgjørende for pasientens mestringsstrategi. Min oppfatning er at mestring kan variere fra pasient til pasient og for sykepleieren blir det viktig å se hvilken av mestringsstrategier som er positive eller negative for pasienten. Sykepleieren kan hjelpe pasientene til å få krefter til å møte de utfordringer som sykdommen kan medføre slik at de kan oppleve mestring og økt livskvalitet. De ulike studiene har vist at KOLSpasienter er utsatt for psykologisk stress på en rekke områder av livet sitt. Jeg ser at økt kunnskap om kroppen, betydningen av egen helse og velvære og mestringsstrategier er helsefremmende tiltak for å mestre psykologisk stress og få bedre kontroll over livet og økt livskvalitet.

5.0 Litteraturliste

Andenæs R.(2007). „Å leve med lungelidelser, kap. 6,“, I: *Å leve med en kronisk sykdom*, Red. Gjengedal E., Hanestad B. Cappelens Forlag AS.

Andenæs R.(2005). KOLS-pasienter sliter med angst og depresjon. *Høgskolen i Oslo*
Hentet 10. februar 2009 fra <http://www.hio.no/content/view/full/41648>

Andenaes, R., Kalfoss M., & Wahl A. (2004). Psychological distress and quality of life in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease.
[Elektronisk versjon]. *Journal of Advanced Nursing; Jun2004, Vol. 46 Issue 5, p 523-530*

Benner P. & Wrubel J. (2003). Stress og mestring ved sundhet og sykdom. *Omsorgens betydning i sygepleje*. Munksgaard Danmark.

Berg G. (2007). Diskusjon. Å fremme den eldre sykehuspasientens helse i lys av et folkehelse – og et holistisk eksistensielt sykepleieperspektiv. The Nordic School of Public Health, 2007.
Hentet 12. februar. 2009 fra
http://www.nhv.se/upload/dokument/forskning/Publikationer/DrPH-avhandlingar/Geir_Berg_Avhandling.pdf

Bjørndal A. (2006). Slik oppsummerer vi forskning. *Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. Hentet 12. februar. 2009 fra
<http://www.kunnskapssenteret.no/binary?id=3227>

Dager T., (2006). ”Jeg har vel ikke direkte sagt til noen at jeg har kols”
En kvalitativ studie om kolspasienters opplevelse av å leve med sykdommen.
Hentet 5. februar 2009 fra
[http://www.lhl.no/internett/multimedia/archive/00008/Seminar_18 - Turid Ny 8441a.pdf](http://www.lhl.no/internett/multimedia/archive/00008/Seminar_18_-_Turid_Ny_8441a.pdf)

Dalland O. (2000). Gangen i en undersøkelse – hvordan gjør vi det?. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal Norsk, Forlag AS.

Forsberg & Wengstrøm (2008). Ulike typer av litteraturstudier. *Å gjøre systematiske litteraturstudier*. ScanBook AS.

Forskningsetiske komiteer (u.å.). Frittstående, rådgivende organ. *De nasjonale forskningsetiske komiteer*. Hentet 8. februar 2009 fra <http://www.etikkom.no/HvemErVi/omOss>

Forskningsetikkloven (2007). Nasjonalt utvalg for gransking av redelighet i forskning
Hentet 8. februar 2009 fra <http://www.lovdatab.no/all/nl-20060630-056.html>

Fraser, D., Kee, C. & Minick, P. (2006).
Living with chronic obstructive pulmonary disease: insiders' perspectives
[Elektronisk versjon]. *Journal of Advanced Nursing*, 1365-2648.

Gulsvik A., Steinert S., Henrichsen S., Skyberg K., Langdahl L., Humerfelt S., et al. (2002).
Veileder til diagnose, behandling og forebygging av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)
Hentet 10. februar 2009 fra <http://www.legeforeningen.no/assets/kols-veileder.pdf>

Gjengedal E. & Hanestad B. (2007). Om kronisk sykdom. *Å leve med en kronisk sykdom*.
Red. Gjengedal E., Hanestad B., Cappelen Forlag AS.

Haave E., Skumlien S. & Engvik H. (2007).
Livskvalitet hos pasienter med alvorlig kronisk obstruktiv lungesykdom.
[Elektronisk versjon]. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 44, nummer 6, 2007, side
835-740

Hansen T. & Natvig G. (2007). Stress og mestring. *Å leve med en kronisk sykdom*, kap 1
Red. Gjengedal E., Hanestad B., Cappelen Forlag AS.

Heggdal K. (2008). Pasienten som ekspert på helsefremmende prosesser. *Kroppskunnskap*.
Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hauge H. (2003). Hvordan kan samfunnsvitenskap bidra til helsefremmende arbeid?
Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Red. Hauge H., Mittelmark M. Fagbokforlaget.

Heidegger M. (2007). Væren og Tid. *Martin Heidegger*. Pax Forlag AS.

St.prp.nr.1 (2006-2007). Nasjonal KOLS-strategi. *Helse og omsorgsdepartementet*.

Hentet 10. februar 2009 fra

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/20062007/Stprp-nr-1-2006-2007-/7/6/6.html?id=293801>

Hummelvoll, J. K. (2006). Psykiatrisk sykepleie som fagområde. *HELT- ikke stykkevis og delt*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Johannessen A., Omenaas E. R. og Bakke P. S. & Gulsvik A. (2005). Implications of reversibility testing on prevalence and riskfactors for chronic obstructive pulmonary disease:a community study. [Elektronisk versjon]. *Thorax*. 2005 October; 60(10): 842–847

Knapstad Å., (2007). ”Kunsten å forbli røykeri - samtaler med KOLS-pasienter”.

Sykepleien Forskning 02-2007. Hentet 5. februar 2009 fra

<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=15754&categoryID=40>

Kristoffersen N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. *Grunnleggende sykepleie, bind 4*. Red. Kristoffersen N. J., Nortvedt F., Skaug E. A. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen N. J. & Breievne G. (2005). Lidelse, håp og livsmot. *Grunnleggende sykepleie, bind 3*. Red. Kristoffersen N. J., Nortvedt F., Skaug E. A. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lazarus R. (2006). Videnskabelige analyseniveauer. *Stress og følelser – en ny syntese*.

Akademisk Forlag, Denmark.

Lazarus R. & Folkman S. (1984). The stress concept in the life sciences. *Stress, appraisal and coping*. Springer Publishing Company.

Løgstrup K. E. (1999). Den kjensgjerning som den tause fordring springer ut av. *Den etiske fordring*. Cappelen Forlag AS.

Mæland J. G. (2005). Individuell helse og folkehelseforebyggende. *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Universitetsforlaget.

Hanssen T. & Natvig G. (2007). Stress og mestring. *Å leve med en kronisk sykdom*. Red. Gjengedal E., Hanestad B. Cappelen Forlag AS.

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008–2011). *Hva er habilitering og rehabilitering?* Helse og omsorgsdepartementet. Hentet 5. februar 2009 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/2007-2008/Stprp-nr-1-2007-2008-/10.html?id=483776>

Næss S. Samarbeid med Mastekaasa A., Moum T., Sørensen T. (2001). "Livskavlitet som psykisk velvære" *NOVA Rapport 3/2001*, Hentet 5. februar 2009 http://www.nova.no/asset/2749/1/2749_1.pdf

Paterson B., L. (2001). The shifting perspectives model of chronic illness. *Journal of Nursing* [Elektronisk versjon]. *Scholarship*. Vol. 33, Iss. 1; pg. 21, 6 pgs

Ridder, Geenen, Kuijer & Middendorp (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*; Jul 19-Jul 25, 2008; 372, 9634; [Elektronisk versjon]. *ProQuest Medical Library* pg. 246

Rustøen T., Wahl A. K., Hanestad B. R., Lerdal A., Miaskowski C. & Moum T. (2003). Hope in the general Norwegian population, measured using the Herth Hope Index. [Elektronisk versjon]. *Palliative & supportive care* 2003;1(4):309-18.

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

Stock photo. Autumn park [Bilde] (u.år). Hentet 16. februar 2009 fra

<http://www.sxc.hu/photo/1116007>

Stang I. (2003). Bemyndigelse. *Helsefremmende arbeid i en brytningstid*. Red. Hauge H., Mittelmark M. Fagbokforlaget.

Stang I. (1998). Fagutøveren som bemyndiger. *Makt og bemyndigelse – Om å ta pasient og brukermedvirkning på alvor*. Universitetsforlaget AS.

Stene-Larsen G. (2000). Forskning og informert samtykke. *Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120:1118*. Hentet 5. februar 2009 fra http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=219

Steihaug S. & Hatling T. (2006). SINTEF Rapport. Evaluering av Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom. [Elektronisk versjon]. *Aker universitetssykehus HF. A6. 07*

Sykepleiernes Samarbeid i Norden (2003). Etiske retningslinjer. *Etiske retningslinjer for sykeplejeforskning i Norden*. Hentet 5. februar 2009 fra <http://www.ssn-nnf.org/ssn/etikk.pdf>

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere - ICNs etiske regler (2007). *Etiske retningslinjer*. Sykepleierforbund, 2007. Hentet 7. februar 2009 fra <http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Etikk/NSF%20yrkesetisk%20nettversjon.pdf>

Wahl A. & Hanestad B., (2007). Livskvalitet. *Å leve med en kronisk sykdom, kap 1*. Red. Gjengedal E., Hanestad B. Cappelens Forlag AS.

Williams V., Bruton A, Ellis-Hill C. & McPherson K, (2007). What really matters to patients living with chronic obstructive pulmonary disease? An exploratory study. [Elektronisk versjon] *Chronic Respiratory Disease 2007 Vol. 4, No. 2, 77-85*