



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode: **SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave**

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 18.02.10

Kandidatnr.: 67

Antall ord: 7557

*- Livskvalitet hos pasienter med kronisk
obstruktiv lungesykdom -*



Sammendrag

Bakgrunnen for min oppgave er at jeg ønsket å lære mer om hvordan man kan utøve god sykepleie til pasienter som lider av Kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). En befolkningsundersøkelse viser at en stor andel av den eldre befolkningen lider av sykdommen. KOLS kan ikke helbredes, og sykepleien må derfor ta sikte på å gjøre tilværelsen best mulig for pasienten. Formålet med oppgaven er derfor å finne ut hvordan man som sykepleier kan bidra til at pasienter med KOLS opplever god livskvalitet. Denne oppgaven er en litteraturstudie. Det vil si at jeg ved både bruk av teori og vitenskapelige artikler vil belyse min problemstilling. Jeg vil vektlegge sykepleierens pedagogiske rolle, og pasientopplæringens innvirkning. Måten sykepleieren bruker seg selv på, vil også spille en rolle når man skal oppnå å hjelpe pasienten best mulig. Empowerment og mestring er viktige begreper som er med på å skape god livskvalitet hos pasienten.

Summary

The background for my assignment is that I wanted to learn more about how to practice good nursing of patients suffering from Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). A population survey shows that a large proportion of the elderly population suffers from this disease. COPD cannot be cured, and nurses must therefore aim to make life as good as possible for the patient. The purpose of the task is to determine how a nurse can help patients with COPD experience high quality of life. The assignment is a literature study. That means I will use both theory and scientific articles to illuminate my problem. I want to emphasize the nurse's educational role, and the impact of patient education. The way the nurse use herself will also play a part in helping the patient in the best way possible. Empowerment and coping are important concepts that help the patient achieve high quality of life.

Innhold

| | |
|---|----|
| 1.0 Innledning..... | 1 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema..... | 1 |
| 1.2 Problemstilling..... | 2 |
| 1.3 Presisering og avgrensning av problemstilling..... | 2 |
| 2.0 Teori del..... | 3 |
| 2.1 Kronisk Obstruktiv Lungesykdom | 3 |
| 2.2 Travelbee's sykepleieteori..... | 4 |
| 2.3 Undervisning og veiledning til KOLS-pasienter | 5 |
| 2.4 Livskvalitet..... | 8 |
| 2.5 Mestring | 9 |
| 3.0 Metode | 11 |
| 3.1 Hva er metode..... | 11 |
| 3.2 Litteraturstudie | 11 |
| 3.3 Litteratursøkeprosessen | 12 |
| 3.4 Kildekritikk..... | 13 |
| 3.5 Ethiske vurderinger | 14 |
| 4.0 Presentasjon av vitenskapelige artikler..... | 15 |
| 4.1 Artikkel | 15 |
| 4.2 Artikkel 2: | 15 |
| 4.3 Artikkel 3: | 16 |
| 4.4 Artikkel 4: | 16 |
| 4.5 Artikkel 5: | 16 |
| 4.6 Artikkel 6: | 17 |
| 4.7 Artikkel 7: | 18 |
| 5.0 Drøftedel | 19 |
| 5.1 Empowerment..... | 19 |
| 5.2 Livskvalitet og mestring..... | 21 |
| Litteraturliste..... | I |

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som tema for min bacheloroppgave, har jeg valgt livskvalitet relatert til KOLS pasienter. Dette velger jeg på bakgrunn av at jeg i min praksisperiode i hjemmetjenesten ble kjent med en pasient med diagnosen KOLS. Jeg så hvordan sykdommen preget hverdagen hans og gjorde det vanskelig for han å utføre daglige gjøremål. I tillegg førte den til at han ikke fikk utfolde seg som menneske på en slik måte som han ønsket. Han var en sosial mann med mange interesser. Han likte å være ute blant folk, og å være med på sosiale sammenkomster. Slik sykdommen hadde utviklet seg over årene, var han nå så å si "bundet til hjemmet" på grunn av påkjenningen det å være ute i aktivitet førte med seg. Han var svært avhengig av hjelpen han fikk fra hjemmetjenesten. Hans livssituasjon gjorde sterkt inntrykk på meg.

KOLS er en lidelse med betydelig grad av uførhet og dødelighet. Hvert år dør nærmere 1400 mennesker av sykdommen. Den er den hyppigste årsaken til sykehusinnleggelse blant voksne på grunn av sykdom i pusteorganene. En utført befolkningsundersøkelse fra Hordaland gir de beste estimatene over omfanget av sykdommen KOLS. Den viste i perioden 1996-97 at om lag 7 % eller om lag én av 14 nordmenn i alderen 26-82 år har KOLS. Om vi antar at forekomsten er den samme i resten av landet, vil det si at over 200 000 voksne personer har KOLS og at ca 20 000 voksne får KOLS hvert år. Forekomsten av KOLS er høyest i alderen 60-74 år. Undersøkelsen viser 25 % økning i forekomsten av KOLS i Norge i løpet av de siste 15 årene (Nasjonalt strategi for KOLS-området 2006-2011). Man antar at bare rundt 30 % har fått diagnosen KOLS stadfestet (Andenæs, 2007).

Ut i fra dette regner jeg med at jeg som fremtidig sykepleier vil komme til å møte mange pasienter med denne sykdommen. Jeg ønsker derfor å finne ut hvordan man kan utøve god sykepleie til disse pasientene.

1.2 Problemstilling

I helsetjenesten er livskvalitet i dag et etablert mål for virksomheten. Når et menneske rammes av en alvorlig sykdom, er sykdommen og dens konsekvenser det som opptar folk flest. For den enkelte pasient vil sykdommens innvirkning på livskvaliteten variere, samt evnen til å mestre livet og den sosiale støtte (NOU 1999:2).

Min problemstilling for oppgaven lyder derfor slik:

Hvordan kan sykepleiere bidra med at pasienter med KOLS opplever god livskvalitet?

1.3 Presisering og avgrensing av problemstilling

For at ikke oppgaven skal bli for omfattende, vil jeg avgrense problemstillingen min. Jeg har et bestemt antall ord jeg må forholde meg til. Jeg har derfor valgt å avgrense oppgaven til pasienter som lider av *moderat grad* av KOLS, og som mottar hjemmesykepleie.

Dette med bakgrunn i at stadig flere pasienter mottar hjelp i sitt eget hjem. Pasienter med lungelidelser er blant de hyppigste brukerne av hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2006).

Jeg har i oppgaven valgt å ikke gå inn på den medisinske behandlingen av KOLS. Effekten av den medisinske behandlingen vurderes av legen, og avhenger av den enkelte pasients behov (Sorknæs, 2001). Jeg vil derfor heller konsentrere meg om hva sykepleieren kan utføre av tiltak i arbeidet mot å hjelpe pasienten til å oppnå god livskvalitet.

2.0 Teori del

2.1 Kronisk Obstruktiv Lungesykdom

Ved Kronisk Obstruktiv Lungesykdom (KOLS) foreligger det en progressiv og inkomplett reversibel luftveisobstruksjon. Tobakksrøyking og luftforurensning er de vanligste disponerende faktorene (Jacobsen, 2001).

KOLS er en progredierende sykdom, og normale aldersforandringer vil ha en forsterkende effekt på sykdomsutviklingen. Sykdommen er mest vanlig i aldersgruppen 60-74 år (Brodtkorb, 2008). Tidlige symptomer på KOLS er ofte morgenhoste, som senere kan utvikle seg til å bli plagsomt hele døgnet. Økende sekretdannelse som ofte er seigt, og med vekslende mengde. Ved moderat grad av KOLS, vil pipende eller hvesende respirasjon som oftest er tyngst om morgningen eller ved fysisk anstrengelse være et karakteristisk symptom. Åndenød og fornemmelse av å bli kvalt kan forekomme, og er svært ubehagelig for vedkommende. Åndenød kan medføre sterk angst, noe som igjen forverrer dyspneen. Bakterievekst og infeksjon i luftveiene kan føre til forverring av tilstanden, noe som bidrar til nedsatt livskvalitet. Sykdommen kan dessuten medføre sosiale konsekvenser. Pasienten med KOLS må ofte tilpasse hverdagen sin etter respirasjonsvanskene, og mange kan være redde for å forlate hjemmet i frykt for åndenød (Sorknæs, 2001).

Diagnosen stilles ved hjelp av en lungefunksjonsundersøkelse (spirometri), hvor det måles hvor mye luft pasienten klarer å presse ut i løpet av 1 sekund (FEV) og totalt etter en maksimal inspirasjon (vitalkapasitet, FVC). Definisjonen av KOLS er at FEV gjentatte ganger i en stabil periode utgjør mindre enn 70 % av FVC. På grunnlag av spirometrimålingene inndeles KOLS i ulike grader. Alvorlighetsgraden er definert ut fra FEV i prosent av normal forventet FEV. Den forventede verdien av FEV og FVC er avhengig av kjønn, alder og høyde (Sorknæs, 2001).

FEV på mellom 70 % til 60 % av forventet verdi vurderes som mild KOLS. Moderat KOLS har man dersom FEV er 40- 59 % av forventet verdi, og under 40 % klassifiseres som alvorlig KOLS. Ved luftveisinfeksjoner kan FEV være helt ned i halvparten av den forventede verdien (Sorknæs, 2001). Moderat KOLS hvor FEV verdien er under 50 % av forventet verdi, gir akutte forverrelser av symptomer, og har innvirkning på pasientens livskvalitet og prognose (Gulsvik, 2002).

En pasient med KOLS kan ikke bli helbredet fra sykdommen, og behandlingen må derfor ta sikte på å gjøre tilværelsen best mulig for pasienten. Rehabilitering er en viktig del av den ikke-medikamentelle behandlingen. Sentrale emner i et rehabiliteringsopplegg er blant annet røykestopp, undervisning, fysisk trening og ernæringsveiledning. Tilbudet til pasienten bør være tverrfaglig og omfatte lege, sykepleier, fysioterapeut, ernæringsfysiolog, ergoterapeut sosionom og eventuelt psykolog (Sorknæs, 2001). Nasjonal strategi for KOLS-området påpeker at rehabiliteringens hovedformål er å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet, økt livskvalitet og deltakelse sosialt og i samfunnet (Nasjonal strategi for KOLS-området 2006-2011).

2.2 Travelbee's sykepleieteori

Joyce Travelbee omtaler sykepleie som en medmenneskelig prosess der sykepleieren gir hjelp til å forebygge, mestre eller finne mening ved sykdom og lidelse. Sykepleierens overordede mål er i følge Travelbee's tenkning å hjelpe menneske til å mestre, bære og finne mening i de erfaringene som følger med sykdom og lidelse, samt gi hjelp til å akseptere sin sårbarhet som menneske og å bevare håp (Kristoffersen m. fl., 2005).

For sykepleieren er det viktig å kjenne til pasientens opplevelse av sin situasjon, og vite hvilke meninger han selv tillegger den. Videre sier hun at selv om enhver sykdom eller skade er en potensiell trussel mot mennesket, er den betydningen situasjonen tillegges individuell og varierer fra person til person (Kristoffersen m. fl., 2005).

Sykepleierens mål og hensikt kan kun oppnås ved å etablere et menneske-til-menneske forhold mellom pasient og sykepleier. For et slikt forhold er det avgjørende at pasienten og sykepleieren overvinnet det stadiet der de betraktes som roller, og ikke noe annet enn "sykepleier" og "pasient." Dersom sykepleieren mangler evnen til å se mennesket i pasienten, vil omsorgen bli upersonlig og overflatisk. Hun mener kommunikasjon er den viktigste redskapen når det gjelder å etablere et virkelig menneske-til-menneske forhold. Når sykepleieren bruker seg selv terapeutisk, er det pasientens behov og pasientens beste som er fokus, ikke egne behov og interesser. Samtalen dreier seg om det som opptar pasienten, og er utgangspunktet for kommunikasjon og samhandling. I tillegg til at sykepleieren blir kjent med pasienten som person, vil pasienten føle at sykepleieren bryr seg om hvordan han har det, og denne opplevelsen vil virke positivt på tilstanden hans. Gjennom kommunikasjon blir

sykepleieren kjent med pasienten som person, og dermed kan identifisere pasientens særegne behov. Dette er en forutsetning for å kunne planlegge og utføre sykepleie som er i samsvar med pasientens behov (Kristoffersen m. fl, 2005).

En slik tilnærming må sykepleieren bruke for å kunne hjelpe den syke med å mestre sin situasjon (Kristoffersen m. fl, 2005).

2.3 Undervisning og veiledning til KOLS-pasienter

Når det gjelder kronisk syke pasienter, blir opplæring av pasienten en viktig hovedoppgave for sykepleieren. God opplæring og mestring er i følge Hopen (2005) like viktig som den medisinske behandlingen. Mangel på informasjon kan gi utrygghet og usikkerhet. For alle med kronisk sykdom innebærer kunnskap og mestring for å bedre livskvaliteten (Hopen, 2005). Det å bidra til at pasienten får utviklet krefter, kunnskap og vilje til å kunne mestre selv, og få styring og kontroll over sin situasjon, er en viktig rolle for sykepleieren (Reitan, 2005).

Begrepet *empowerment*, angis ofte som et mål for ulike opplæringstiltak. Empowerment kan oversettes til myndiggjøring/bemyndigelse (Kristoffersen m. fl., 2005). Bemyndigelse betyr maktoverføring, og kan sammenfattes i tre hovedelementer. Den første er å stimulere den hjelpetrengendes muligheter og ressurser. Den andre er å fremme den hjelpetrengendes krefter og energi. Den tredje er å redusere forekomsten av stress hos den hjelpetrengende (Jacobsen, 2007). Nært knyttet til begrepet empowerment, er også brukermedvirkning et sentralt ord. Dette innebærer at brukeren ikke er en mottaker, men en deltaker. Brukeren er ekspert på sitt eget liv, noe som betyr at brukeren vet best hvordan noe er for akkurat han. Man må skille mellom at det ikke trenger å bety at man er ekspert på fagområdet for å vite hva som angår sin egen helse (Tveiten, 2007).

Veiledning forutsetter dialog mellom den som veileder, og den som veiledes hvor veilederen tar utgangspunkt i den andres opplevelse og forståelse. Gjennom dialog legger veilederen til rette for at den andre selv oppdager, lærer, og ser hva som er aktuelle handlinger for seg (Hopen, 2005). Undervisning er en oppgave som i større grad dreier seg om kunnskapsformidling i planlagte læringssituasjoner. Felles for undervisning og veiledning er

at sykepleieren styrer kommunikasjonen ut fra en bestemt overordnet hensikt, nemlig å bidra til at pasienten får bedre kunnskap, større forståelse og dypere innsikt i sin situasjon (Fagermoen, 2001).

Alle pasienter med KOLS bør få tilbud om både individuell veiledning, og undervisning i grupper. Det vil være nødvendig at pasienten får kunnskap om sykdommen, og om viktige forholdsregler som overholdes på grunn av den. Viktig blir informasjon om hvordan pasienten kan leve best mulig med sykdommen, og hvordan hindre at sykdommen forverrer seg. I undervisningen må sykepleieren legge vekt på samtale og det å snakke åpent om de psykologiske problemene som er forbundet med sykdommen. Sykdommen kan sette store begrensninger for pasientens fysiske utfoldelse og føre til sosial isolering og stor angst knyttet til åndenød og død. For at pasienten skal oppnå best mulig livskvalitet er det nødvendig å snakke åpent med han om hva som virkelig betyr noe for nettopp han. Han bør blant annet få informasjon om at det er viktig å komme seg ut blant folk, og å leve et liv med det innhold som den enkelte finner viktig og praktisk mulig. Ved sosiale sammenkomster, blir samtale om praktiske forhold viktig. For eksempel hvordan han bør forholde seg til andre som røyker, og hvordan eventuelt sitteplass kan avtales med verten (Sorknæs, 2001).

Veiledning forutsetter dialog mellom veileder og den som veiledes, hvor veilederen må ta utgangspunkt i den andres opplevelse og forståelse (Hopen, 2005). Gjennom samtale og observasjon, kan sykepleieren kartlegge pasientens respirasjonsmønster og mestringsevne. Mennesker med KOLS har med tiden utviklet sine egne individuelle mestringsstrategier for å underlette respirasjonen. Dersom disse fungerer godt, er sykepleierens rolle å støtte opp om dem. Hvis ikke, kan sykepleieren hjelpe pasienten til å utvikle positive mestringsstrategier. Ved å bevisst puste så dypt som mulig med sammenpressede lepper, kan det bidra til at ekspirasjonen blir jevn og langvarig fordi trykket i bronkiene øker og reduserer tendensen til avstenging. Det kan hjelpe pasienten til å bedre respirasjonen, og bevare roen og følelsen av kontroll (Brodtkorb, 2008).

For å kunne gjennomføre undervisning og veiledning, må sykepleieren ha kunnskaper om hva som innvirker på pasientens læreprosess. Malcolm Knowles har beskrevet viktige prinsipper han mener undervisning hos voksne vil være:

- Han mener voksne er motivert til å lære det de behøver å vite for å mestre sin livssituasjon. Det er derfor vesentlig å forsikre seg om at pasienten forstår hvorfor det er viktig å lære det som undervisningen handler om.

- Det å være selvstyrt er viktig for selvbylde. Å gi den som skal lære en aktiv rolle i undervisningen, er derfor med på at de får en aktiv innstilling til det å lære.
- I undervisningssituasjoner har deltakerne et omfattende grunnlag av medbrakte erfaringer. Undervisningen bør derfor etter spørre og gjøre bruk av disse egne erfaringene.
- Voksne mennesker er problemorientert i sin tilnærming til læring. Undervisning om nye ferdigheter må derfor ha direkte relevans til livssituasjonen ved at den knyttes til konkrete problemer som pasienten opplever i hverdagen.
- Man blir sterkt motivert av sine egne indre behov, og ikke av ytre belønninger. Det betyr at man er mer motivert til å lære når man selv kan være med å bestemme målet og innholdet i undervisningen. Undervisningen må derfor være basert på samarbeid hvor pasienten definerer sine egne behov (Kristoffersen, 2005).

For sykepleiere som skal planlegge pasientundervisning, kan det være nødvendig å ha kjennskap til den didaktiske relasjonsmodellen. Hovedområdene i denne modellen er:

- Kartlegging av pasientens læreforutsetninger
- Kartlegging av rammefaktorer
- Utforming av mål for undervisningen
- Valg av innhold
- Valg av undervisningsmetoder
- Evaluering av undervisning

Disse hovedområdene kan brukes som en forståelsesmodell eller struktur for å planlegge undervisning. Formålet er å forstå betydningen av pasientenes læresituasjon og samspillet mellom de forskjellige dimensjonene ved undervisningen. Undervisning må ses på som en helhet, slik at når man tilrettelegger undervisningssituasjoner, må man tenke på flere relasjoner samtidig (Granum, 2003).

2.4 Livskvalitet

Ved kronisk sykdom vil sykepleiens målsetting være at pasienten har det så godt som mulig til tross for de begrensningene han måtte ha. For å hjelpe pasienten til å oppnå best mulig livskvalitet, er det nødvendig at sykepleieren har kunnskaper om hva begrepet innebærer (Rustøen, 2005).

Helse og livskvalitet må forstås som to ulike begrep, men overlappes likevel ved at både helse og livskvalitet dreier seg om personens opplevelse av psykisk, sosial og somatisk tilstand og funksjon. Begrepet livskvalitet er mer omfattende enn helse (Mæland, 2009 s53). Helse kan skilles mellom minst 3 ulike oppfatninger: Helse som fravær av sykdom, helse som ressurs og helse som velbefinnende. Helse som velvære ligger nært knyttet til mange definisjoner av livskvalitet. Helse som fravær av sykdom derimot kan oppfattes som begrepsmessig atskilt fra livskvalitet, selv om psykisk og fysisk helse inngår ofte som delaspekter i omfattende livskvalitetsmål. Helse som ressurs kan anses som en viktig forutsetning for livskvalitet, men overlapper til dels oppfatningen av livskvalitet som utvikling og vekst (Mæland 2005,s28).

Livskvalitet må generelt oppfattes som et videre begrep enn helse. Man kan tenke seg at helse er viktig for livskvaliteten, men opplevd livskvalitet påvirker også helsen. I hovedsak faller sykdom innen helsebegrepet, men forteller ikke alt om helsen. Både vurdert som grad av velbefinnende og ressurs, kan god helse være til stede under sykdom (Mæland 2005, s28)

Begrepet "livskvalitet" er definert blant en rekke personer, deriblant psykologen Siri Næss. Hun definerer livskvalitet slik: 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 (Rustøen, 2005 s.134). Næss fremhever i sin teori at livskvalitet er å ha det godt, og å ha det godt er gode følelser og positive vurderinger av eget liv. Hun vektlegger av positive vurderinger tilfredshet med eget liv, selvspekt og opplevelse av mening med tilværelsen. Videre hevder hun at det å ha det godt i tillegg er avhengig av fravær fra vonde følelser og vurderinger som for eksempel nedstemthet, angst, og ensomhet, misnøye med eget liv, skamfølelse og opplevelse av ubrukelige evner (Rustøen, 2005).

Næss vektlegger i sin definisjon av begrepet både *følelser* og *vurderinger*. Disse glir over i hverandre og påvirkes av hverandre. Begge de overnevnte er *subjektive opplevelser*, og Næss slår fast ved at livskvalitet er en *opplevelseskvalitet*. Definisjonen hennes utelukker de *objektive* forholdene ved enkeltmenneskets liv, og livskvalitet blir da et rent *subjektivt* begrep

som inneholder enkeltmenneskets bevisste kognitive vurderinger og affektive opplevelser (følelser) ved sitt eget liv (Kristoffersen m. fl., 2005 s49).

2.5 Mestring

For en person med kronisk sykdom, vil han måtte lære å mestre faktorer som kan oppleves belastende eller stressende for å få best mulig livskvalitet (Hanssen & Natvig, 2007).

Lazarus og Folkman definerer begrepet ”*mestring*” som ulike typer atferd og psykiske prosesser som personen benytter for å overvinne, fjerne, redusere eller tolerere krav som oppstår i situasjoner hvor personens ressurser stilles på prøve. En persons forsøk på å mestre en situasjon som han befinner seg i, kan enten være hensiktsmessig og veltilpasset eller uhensiktsmessig og lite egnet. I alle tilfeller representerer atferden personens forsøk på å håndtere utfordringene han står ovenfor på en best mulig måte (Kristoffersen m. fl., 2005).

Mestringstrategier er det som en person gjør for å takle utfordringer eller krav. Alle mestringsstrategier som brukes, har som mål å hjelpe seg til å bevare sitt selvbylde, finne mening og bevare personlig kontroll over de problemer og indre og ytre krav man står ovenfor (Reitan, 2005). Lazarus og Folkman skiller hovedsakelig mellom to hovedtyper av mestringsstrategier: Problemorientert mestring og emosjonelt orientert mestring.

Problemorientert mestring innebærer ulike strategier for å løse et problem eller håndtere en vanskelig situasjon. Ved bruk av denne strategien stiller personen seg aktiv og direkte til problemet eller til det som situasjonen dreier seg om. Emosjonelt orientert mestring omfatter strategier som har til hensikt å endre opplevelsen av situasjonen fremfor å endre selve situasjonen. Strategien tar altså sikte på å redusere ubehagelige følelser i situasjoner. På den måten tilstreber personen å få kontroll over seg selv, situasjonen og følelsene (Reitan, 2005).

Om strategiene er effektive eller ineffektive, bestemmes av hvordan resultatet blir. Emosjonelt orienterte strategier vil ofte være lite hensiktsmessig. Men ikke alltid. Den kan være hensiktsmessig i situasjoner som ikke kan endres, for eksempel ved kronisk sykdom, fordi den hjelper pasienten til å holde ut i situasjonen. Bruken av denne strategien blir ueffektiv når en person benekter sin situasjon, og det fører til negative konsekvenser når han likevel blir nødt å leve med situasjonen (Kristoffersen m. fl 2005).

Faktorer hos personen som vil ha betydning for den kognitive vurderingen ved sykdom, skade og funksjonstap er: Personens behov og verdier, kulturen, personlig tro, tidligere erfaringer og kunnskap og ferdigheter som er direkte knyttet til situasjonen (Kristoffersen m. fl 2005).

For å hjelpe pasienten til mestring, må sykepleieren samle data om disse forholdene som virker inn på pasientens kognitive vurdering. Når viktige faktorer i personen og i miljøet er kartlagt, har sykepleieren mulighet til å iverksette konkrete tiltak for å påvirke opplevelsen av trussel og for å styrke pasientens muligheter til å mestre situasjonen på en aktiv og direkte måte (Kristoffersen m. fl., 2005).

3.0 Metode

3.1 Hva er metode

Tranøy definerer metode som en fremgangsmåte for å bringe frem kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være gyldige, sanne eller holdbare. Bakgrunnen for å velge en bestemt metode er at den vil gi oss gode data og belyse problemstillinger på en faglig interessant måte (Dalland, 2007).

Man kan skille mellom kvalitativ metode, og kvantitativ metode. Kvantitativ metode dreier seg om et beskrivende prosjekt hvor det undersøkes et bestemt fenomen på et bestemt tidspunkt. Informasjonen man i en slik undersøkelse får, vil kunne formes om til målbare enheter som gir oss muligheten til å foreta regneoperasjoner hvor man kan finne gjennomsnittstall og prosenttall av en større mengde. Innsamlingen av data skjer uten direkte kontakt med feltet, og det oppstår et ”jeg-det-forhold” mellom undersøkelsespersonen og forskeren. Forskeren ser da kun fenomenet utenfra, og tilstreber nøytralitet og avstand. (Dalland, 2007)

Kvalitativ metode tar sikte på å fange opp opplevelser og meninger som ikke lar seg måle eller tallfeste. Metoden benyttes for å få data som kan karakterisere et fenomen. Med denne metoden, menes forskningsprosedyrer som gir beskrivende data; menneskets egne talte eller skrevne ord og observerbare adferd. (Dalland, 2007)

3.2 Litteraturstudie

I oppgaven vil jeg bruke litteraturstudie som metode. Jeg vil derfor bruke både vitenskapelige artikler og faglitteratur for å belyse min problemstilling. Oppgaven vil være inspirert av systematisk litteratur studie.

Systematisk litteraturstudie har en tydelig formulert problemstilling som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg & Wengestrøm, 2008). Det er på en slik fremgangsmåte jeg ønsker å tilnærme meg min problemstilling, bare i mindre omfang enn en systematisk litteraturstudie.

En litteraturstudie består av bakgrunn, formål, innsamlingsmetode, spørsmålsstillinger. I litteraturstudier er litteratur informasjonskilden, altså innsamling av data. Den litteraturen som fins i litteraturbakgrunnen, vil ikke være den samme som ”innsamlingslitteraturen”.

Litteraturdata for resultatredgjørelser er best å hente fra flere ulike vitenskapelige artikler (Olsson, m.fl. 2003). Jeg vil i oppgaven derfor bruke 7 valgte vitenskapelige artikler i dialog med faglitteratur for å belyse min problemstilling.

Artiklene vil ha følgende oppskrift: Tittel, forfatter, årstall artikkelen eller forskningsrapporten ble skrevet, undersøkelsens formål, utvalg, metode og resultat (Olsson, m. fl. 2003).

3.3 Litteratursøkeprosessen

Jeg startet litteratursøket med å gjøre meg en oversikt over hva som fantes av litteratur om emnet. Jeg benyttet meg derfor av BIBSYS ved biblioteket på høgskolen. En del av den aktuelle litteraturen var allerede utlånt, og jeg satte meg på venteliste for å låne bøker. Jeg tok også kontakt med det lokale biblioteket i byen, og fikk bestilt bøker fra andre høgskoler. Dette valgte jeg fordi jeg var usikker på om bøkene jeg hadde reservert ved høgskolebiblioteket ville komme tidsnok til at jeg fikk bruke dem.

Videre fortsatte jeg litteratursøket ved å benytte meg av høgskolens anbefalte vitenskapelige databaser. Databasene jeg brukte var Academic Search Premier, SveMed+ og ProQuest. Artikler jeg anså som relevante, men ikke hadde elektronisk tilgang til, ble bestilt hos BIBSYS. Jeg begynte søket ganske vidt og brukte søkeordet *KOLS*. Dette ga meg svært mange treff. Det var svært mange artikler om emnet, men mange var ikke relevante i forhold til problemstillingen. Jeg måtte derfor avgrense søkene. Jeg bestemte meg for ulike begreper jeg mente ville ha tilknytning til min problemstilling. Ved å først lese artiklenes abstrakter, fikk jeg en oversikt over artikkelen og kunne vurdere om den var relevant for min oppgave.

I ProQuest kombinerte jeg søkeordene *COPD* og *Quality of life* i fulltekst dokumente. Da fikk jeg opp 471 treff. Jeg valgte så å begrense søket enda mer, og kombinerte ordene *COPD*, *quality of life* og *management*. Da fikk jeg 81 treff, hvor jeg valgte å bruke 1 av artiklene. Jeg kombinerte så søkeordene *Patient education* og *Chronic obstructive pulmonary disease* i fulltekst dokumenter, da fikk jeg 79 treff. Her fant jeg 2 artikler jeg ville bruke. Ved å kombinere søkeordene *COPD* og *Coping* fikk jeg 27 treff. Jeg valgte å ikke bruke noen av disse. Jeg kombinerte også søkeordene *Chronic obstructive pulmonary disease* og *self-care* og fikk 28 treff, men fant ingen nye artikler her som jeg ville bruke. Søkeordene *COPD* og *home nursing* ga meg 1 treff. Denne var ikke relevant for min oppgave.

I SveMed+ brukte jeg søkeordet *KOL* i fulltekst dokumenter, og fikk da 160 treff. Søkeordet *livskvalitet* ga meg 1876 treff. Jeg kombinerte så søkeordene *KOL* og *Livskvalitet*, og da fikk jeg opp 20 treff. Jeg valgte å bruke 1 av artiklene her.

Da jeg kombinerte søkeordene *KOL* og *Pasientundervisning* fikk jeg 1 treff. Denne artikkelen valgte jeg å bruke. For å se om jeg kunne finne noe som var mer relatert til hjemmesykepleie, kombinerte jeg også ordene *livskvalitet* og *hjemmesykepleie*. Da fikk jeg 1 treff, og syntes denne var relevant for oppgaven.

I databasen Academic Search Premier kombinerte jeg først ordene *COPD* og *quality of life*, og fikk 536 treff. For å begrense søket litt kombinere jeg søkeordene *COPD*, *quality of life* og *patient education*, og fikk da opp 60 treff. Jeg valgte å bruke 1 her jeg syntes var relevant.

Jeg har valgt å holde meg til artikler som ikke er mer enn 10 år gamle. Dette med tanken om at forskning stadig utvikles, og jeg ønsker å ha mest mulig oppdatert innhold.

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er til å stole på. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som brukes. Kildekritikk har som hensyn å gi leseren del i de refleksjonene du har gjort deg om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når problemstillingen belyses. Å kunne gjøre rede for tilgang til litteraturen er derfor nødvendig (Dalland, 2007).

De vitenskapelige artiklene jeg har funnet for oppgaven har jeg hentet fra høgskolebiblioteket sine anbefalte vitenskapelige databaser. Disse regner jeg derfor som pålitelige databaser å bruke for min oppgave, ettersom de er anbefalte ved høgskolen. I disse databasene finner man et mangfold av artikler. I utvelgelsen av mine artikler har jeg studert om artiklene hadde et klart formulert formål som hadde relevans for min problemstilling. Videre hvilke metode som var brukt, og om denne kunne bidra til troverdige resultater. Jeg ville også at det skulle komme klart frem hvem som var utvalget i undersøkelsene. Deretter at studien hadde en diskusjonsdel, og at resultatet kom tydelig frem.

Jeg fant ikke så mye vitenskapelig litteratur som jeg hadde håpet om sykepleie direkte relatert til hjemmeboende KOLS-pasienter. Likevel fant jeg noe som kunne vise til hva hjemmeboende eldre generelt ser av betydning for sin livskvalitet. Dette anså jeg som relevant. Dessuten vil artikler jeg har funnet frem til hvor funn viser sammenhenger som har betydning for livskvaliteten, også gjelde for eldre som bor hjemme selv om ikke artiklene er direkte relatert til hjemmesykepleie.

3.5 Ethiske vurderinger

Forskning må ikke utsette mennesker for fysisk eller psykisk ubehag. Alle mennesker har rett til integritet og vern mot innsyn i sitt privatliv. I alle former for vitenskapelig arbeid gjelder slike etiske prinsipper. Personer som inngår i forskningsprosjektet skal behandles med prinsippene *konfidentitet* og *taushetsplikt*. For medisinsk og helsefaglig forskning er Helsinkideklarasjonen sentral. Denne nedfeller grunnleggende prinsipper for medisinsk forskning på mennesker. 4 grunnleggende prinsipper er: Autonomiprinsippet innebærer respekt for personens autonomi og integritet hvor forskeren tar hensyn til personens selvbestemmelse og medbestemmelse, godhetsprinsippet innebærer at man skal gjøre det gode og forebygge eller forhindre skade. Man arbeider effektivt for å oppnå ny og viktig kunnskap i behandling og pleie/omsorg. Ikke-skade prinsippet innebærer at man skal ikke utsette noen for skade. Rettferdighetsprinsippet innebærer at alle skal behandles likt (Olsson, m. f. 2003).

I oppgaven har jeg valgt vitenskapelige tidsskrifter hvor jeg mener alle disse etiske prinsippene blir overholdt.

Alle artiklene jeg har valgt ut er engelskspråklige med unntak av en. I og med at det kan være vanskelig å oversette det engelske språket da mye fagspråk blir brukt i artiklene, har jeg gjort nøye granskning når jeg har oversatt, og engelsk-norsk ordbok har blitt flittig brukt slik at korrekte opplysninger kommer frem i oppgaven.

4.0 Presentasjon av vitenskapelige artikler

Her vil jeg presentere utvalget av de vitenskapelige artiklene som er brukt for å belyse min problemstilling.

4.1 **Artikkel 1:** *Self-management for breathlessness in COPD: the role of pulmonary rehabilitation:* (Gysels, MH & Higginson, IJ)

Formålet ved denne studien var å finne ut av hva pasientene mente ga best effekt mot å lindre tungpustethet, og å opprettholde den beste kvaliteten i det daglige livet. Data ble samlet inn fra et strategisk utvalg av 18 pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom gjennom deltagende observasjon under polikliniske konsultasjoner og dybdeintervjuer på et stort sykehus og i samfunnet i London. I uttredelsen ble data fra alle deltakerne brukt, men det ble fokusert spesielt på 5 av tilfellene. Disse rapporterte om et akseptabelt nivå av trivsel i livet.

Intervjuene av pasientene viste at rehabilitering var en viktig del av egenomsorgen for å opprettholde balanse av velvære.

4.2 **Artikkel 2:** *Evaluation of a nurse-led groupbased education programme for in-patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease:* (Göransson, Carina, Kirkegaard, Asbjørn, Fridlunf, Bengt)

Denne studien var en evaluering av effekten på empowerment for pasienter med KOLS ved bruk av sykepleieledet gruppebasert opplæringsprogram. Studiens design var ikke-randomisert med pre- og post tester for intervensjonsgruppen på 35 personer, og den konvensjonelle gruppen på 39 personer. Et spørreskjema ble konstruert bestående av 17 spørsmål innen fire forskjellige områder. Kunnskap, egenomsorg, motivasjon til å endre kostvaner og røykeslutt, og erfaringer med hvordan KOLS påvirker dagliglivet. Post-testen inkluderte fem ekstra spørsmål om undervisning i metodikk.

Resultatet viste at gruppebasert undervisning økte pasientenes kunnskap om mellomgulvet, og egenomsorg ble forbedret ved at de lærte bruk av riktig pusteteknikk som anbefales under anstrengelse, og kosttilskudd anbefalinger. Motivasjonen til å endre røyke og kostvaner forble uendret. I hverdagen ble tretthet redusert.

4.3 Artikkel 3: *Effects of 3-week Outpatient Pulmonary Rehabilitation on Exercise Capacity, Dyspnea, and Quality of Life in COPD:* (Von Leupoldt, Andreas, Hahn, Erika, Taube, Karin, Schubert-Heukeshoven, Stephan, Magnussen, Helgø og Dahme, Bernhard).

Studien undersøkte effekten av en 3 ukers poliklinisk lungerehabilitering hvor dyspné og helse relatert livskvalitet ble undersøkt hos pasienter med moderat og alvorlig grad av KOLS. 210 pasienter ved et lungerehabiliteringssenter i Hamburg i Tyskland gjennomgikk lungerehabilitering bestående av mosjon, pasient- og psykososial undervisning, puste og avslapningsterapi, ernæringsrådgiving og støtte til røykeslutt.

Studien viste at en intensiv 3 ukers poliklinisk lungerehabilitering ga forbedringer knyttet til treningskapasiteten, dyspné og helse relatert livskvalitet hos pasienter. Studien viste ingen kjønnsforskjeller. Redusert åndenød under aktivitetene bidro mest til forbedringer i helse relatert livskvalitet.

4.4 Artikkel 4: *Effects of COPD self-care management education at a nurse-led primary health care clinic:* (Efraimsson, Österlund, Eva, Hillervik, Charlotte og Ehrenberg, Anna)

Formålet med studien var å undersøke hvilke effekt et strukturert pedagogisk sykepleieleddet undervisnings program hadde på livskvalitet, kunnskap om KOLS og røykeslutt hos pasienter med KOLS. Denne studien hadde en eksperimentell design der 52 pasienter med KOLS fra en svensk klinikk ble randomisert i to grupper (intervensjonsgruppe og kontrollgruppe).

Studiens funn viste at det ble registrert en økning i intervensjonsgruppen på livskvalitet, antall pasienter som sluttet å røyke, og pasientenes kunnskap om KOLS i en oppfølging 3-5 måneder etter intervensjon. Funnene viste at konvensjonell omsorg alene ikke hadde en effekt på pasientenes livskvalitet og røykevaner.

4.5 Artikkel 5: *Three-year follow-up after a two-year comprehensive pulmonary rehabilitation program:* (Steinsbekk, A & Lomundal, B. K)

Hovedmålet med denne studien var å undersøke langsiktige effekter 3 år etter slutten av et 2-årig lunge rehabiliteringsprogram med tre ukentlige 1-times øving, og 32 timers utdanning hos pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom.

Det var en åpen prospektiv observasjonsstudie utført ved en poliklinisk avdeling på et sykehus i Midt-Norge fra januar 2000 til januar 2003. Utfallsmålet var livskvalitet, ytelse i fysisk trening, selv-administrasjonsmuligheter, lungefunksjon, sykehusinnleggelse og egenrapportert trening. Totalt 30 personer deltok under studiet. 4 personer døde i løpet av tidsperioden studiet pågikk.

Studiens viste at pasientene hadde opprettholdt sine oppnådde nivå på helsen, bedret lungefunksjonen litt og fortsatte å trene regelmessig 3 år etter programmet.

4.6 Artikkel 6: *Effects of pulmonary rehabilitation on fatigue, functional status and health perceptions in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial:* (Theander, Kersti, Jakobsson, Per, Jörgensen, Nils og Unosson, Mitra)

Studiens formål var å undersøke effekten av lungerehabiliteringsprogram på trøtthet, funksjonell status og helse oppfatninger hos pasienter med KOLS. Det var en randomisert studie med kontrollgruppe. 55 personer startet på rehabiliteringsprogrammet, etter 3 uker sluttet 25 stk. 30 personer var med videre i studien. 14 personer utgjorde kontrollgruppen, og 12 personer gjennomførte programmet. De som deltok i programmet gjennomførte trening og øvelser to ganger i uken i en periode på 12 uker. Lungekapasiteten ble målt med spirometer. Erfaringene med utmattelse ble kartlagt ved bruk av spørsmål. Kartlegging angående funksjonell status ved bruk av gangtest ble også utført.

Studien viste at bare pasientene som deltok i programmet økte gangdistansen med 40, 6 meter i en 6 minutters gange etter 12 uker. Det var ingen statistisk signifikante forskjeller når det gjaldt trøtthet innen rehabiliteringsgruppen og kontrollgruppen på en 12 ukers oppfølging. Pasientene i rehabiliteringsgruppen viste litt bedring med tilfredshet i forhold til noen dagligdagse aktiviteter og følte seg litt mer selvhjulpne.

4.7 Artikkel 7: *Livskvalitet hos eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie:* (Dale, B., J. G. Dale og Lorentsen, M)

Hensikten med studiet var å kartlegge hva som var av betydning for at hjemmeboende pasienter skal oppleve sin livssituasjon som god, til tross for endringer som skjer som følge av alderdom og økt sykdomsforekomst. Studiens design var eksplorativ og beskrivende, og ble gjennomført som en pilotstudie. Ferrans' og Powers' Quality of life Index, to åpne spørsmål og 25 demografiske variabler ble brukt som datasamlingsinstrument. To forskere intervjuet hver sin del av utvalget.

Studien viste at fysisk helse og funksjonsevne var det som utmerket seg som den viktigste for opplevelse av tilfredshet.

5.0 Drøftedel

I denne delen vil jeg tilnærme meg min problemstilling; ”*Hva kan sykepleieren bidra med for at pasienter med KOLS opplever god livskvalitet?*” ved å drøfte de valgte artiklene opp mot min teoretiske del. Jeg vil se nærmere på hva sykepleieren kan gjøre av tiltak som kan gi gode resultater, og bidra til økt livskvalitet.

5.1 Empowerment

Dale m. fl (2001), har i en studie av livskvalitet hos eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie gjort funn om at fysisk helse og funksjonsnivå utmerket seg som viktigst for opplevelsen av livskvalitet. Det å ha kontroll over eget liv, oppleve mestring og deltakelse, og å bevare sin uavhengighet så lenge som mulig var viktig (Dale m. fl. 2001). Ved bakgrunn i dette vil jeg konkludere med at begrepet empowerment, vil være et vesentlig element i sykepleie hvor målet er å oppnå god livskvalitet hos pasienten. Ved empowerment er målet å stimulere den hjelpetregendes muligheter og ressurser, fremme den hjelpetregendes krefter og energi, og redusere stress hos den hjelpetregende (Jacobsen, 2007).

I pasientopplæring er formålet å hjelpe pasienten til å utnytte seg av de ressursene han har for å kunne danne en god tilværelse, og gjøre pasienten i stand til å utvikle krefter som gjør han i stand til å få kontroll over sitt eget liv (Reitan, 2005). Flere av studiene legger vekt på undervisningsprogram for pasienter med KOLS, og effektene av det.

I Eframsson m.fl (2007) sin studie, ble det undersøkt hvilke effekter et sykepleie-ledet pedagogisk opplæringsprogram hadde på deltakernes livskvalitet, kunnskaper om KOLS og røykeslutt. I en oppfølgings undersøkelse 3-5 måneder etter programmet ble det registrert økning i samtlige av de overnevnte. Pasientene som deltok hadde fått en reduksjon i tungpust, økt fysisk aktivitet og bedret den psykososiale helsen. 6 av 16 pasienter hadde sluttet å røyke.

Göransson m. fl (2003) er en annen studie som også viste at et sykepleieleddet gruppebasert undervisningsprogram for KOLS-pasienter, ga positive resultater. Programmet forbedret pasientenes kunnskaper om KOLS, samt pasientenes egenomsorg.

Pasientene hadde fått undervisning om mellomgulvet, og om pusteteknikk som hadde gitt god effekt. Den konvensjonelle gruppen i studiet klarte ikke å fokusere på å puste med magen i samme grad, og viste ikke de samme reduksjonene i tungpust som pasientene som deltok i

programmet. Ut i fra dette vil jeg konkludere med at sykepleiere bør vektlegge pusteteknikk under pasientopplæringen, ettersom dette viste seg å ha god effekt på forbedring i respirasjonen. Redusert åndenød har dessuten i følge Laupoldt m. fl (2008) sin studie vist seg å være det som har bidratt til mest økning av livskvalitet.

I motsetning til studien til Efraimsson m. fl (2007), ble det i dette studie ingen endringer i motivasjonen til røykeslutt og kostendringer. I Efraimsson m. fl (2007) sin studie hadde sykepleieren motiverende dialog og informasjon om virkningen av røyking på lungevev til pasientene. 1/3 av pasientene som deltok i programmet sluttet å røyke.

En mulighet til hvorfor pasientene i Göransson m. fl (2003) sin studie ikke ble motivert til å endre røykevanene sine, kan være at sykepleieren i dette programmet kanskje ikke hadde lagt nok vekt på undervisning i forhold til dette. En annen grunn kan være at pasientene ikke anså det som nødvendig å gjøre endringer av sine røykevaner. Kristoffersen (2005) skriver at forutsetningen for å kunne lære er at man opplever et behov og har et ønske om å tilegne seg kunnskapen.

Med utgangspunkt i Malcolm Knowles prinsipper for undervisning, ville pasientene vært motivert til å endre livsstilen ved å vite at det kunne hjelpe dem å mestre livssituasjonen. I følge Sorknæs (2001), vil tobakksrøyking ha en svært skadelig effekt for KOLS-pasienter ettersom den reduserer virkningene av behandlingen de ellers får.

Jeg ser derfor viktigheten av at sykepleieren sørger for at pasientene forstår hvorfor det er så viktig med røykestopp.

Et annet prinsipp som er avgjørende når en pasient skal lære, er at undervisningen tar sikte etter pasientens egne indre behov. En pasient vil derfor være mer motivert til å lære når han selv får være med å bestemme mål og innhold i undervisningen (Kristoffersen m. fl. 2005). I empowermentprosessen er det viktig at den enkelte pasient er delaktig i å definere sitt eget behov (Tveiten, 2007). Studiet til Efraimsson m. fl (2007) refererer til at pasientene fikk opplæringen med vekt på den enkeltes individuelle behov og evner til å mestre sykdom og behandling. Göransson m. fl (2003) sin studie som evaluerte et gruppebasert undervisningsprogram, sier ikke noe om at opplæringen var tilpasset den enkelte pasients behov. Dette kan være en mulighet til at studiene blant annet viste forskjeller i pasientenes motivasjon til røykeslutt.

I diskusjon delen i Efrainsson m. fl (2007) sin studie, står det at en mulig medvirkende faktor til det positive utfallet, kunne være den tilliten som ble etablert mellom sykepleier og pasient. I følge Travelbees sykepleieteori kan sykepleieren bare oppnå å hjelpe pasienten til å mestre ved å bli kjent med pasienten. Ved at sykepleieren setter pasientens behov i fokus, og ikke sine egne behov og interesser, vil hun kunne identifisere pasientens særegne behov og utføre sykepleie som er i samsvar med disse (Kristoffersen, 2005). Med bakgrunn i dette tenker jeg at sykepleieren bør tilstrebe å bli kjent med pasienten i arbeidet med empowermentprosessen. Det er nemlig pasienten som selv vet best hva som angår hans helse (Tveiten, 2007). Ved at sykepleieren kjenner til hva pasientens egne behov og ønsker for behandling er, og legger sykepleien opp deretter, vil jeg ut i fra dette og med tanke på studienes funn konkludere med at det vil føre til at pasienten utvikler muligheter for mestring.

5.2 Livskvalitet og mestring

Som det ble vist i Dale (2001) sin undersøkelse, utmerket fysisk helse og funksjonsnivå seg som viktigst for opplevelsen av livskvalitet hos eldre hjemmeboende. Jeg anser det derfor som nødvendig at man i sykepleie legger vekt på å fremme mestring på disse områdene når man skal oppnå god livskvalitet hos pasienten.

Rehabiliteringstilbudet har som mål å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet, økt livskvalitet og deltakelse sosialt og i samfunnet (Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008–2011)). Flere av studiene undersøkte effektene av gjennomført rehabiliteringsprogram.

Leupoldt m. fl. (2008) viser i sin studie et 3-ukers-programmet bestående av 20 timer fysisk trening med både utholdenhetstrening og styrketrening, 11 timers pasientundervisning, 5 timer ernæringsrådgivning, 10 timer pusteterapi, 5 timer avslappingsterapi, 3 timers psykososial undervisning og 4 timers røykeslutt undervisning. Resultatet viste seg å bli en forbedring i treningskapasitet, dyspné og helserelatert livskvalitet. Redusering av dyspné under aktivitet var det som bidro mest til økning av livskvaliteten.

Theander m. fl. (2008) viste i sin studie et program på 12 uker. I dette trente deltakerne 2 ganger i uken hvor hver økt varte i 1 time. 10-15 minutters sykkeltraining, og resten muskelstyrke. Sykepleiere hadde undervisning for pasientene 2 ganger i den andre og fjerde uken. Undervisningen dreide seg om sykdommen, administrering av medisiner, råd om

egenomsorgen og råd om røykeslutt. Fysioterapi var 2 ganger i løpet av 12 uker. Etter programmet hadde deltakerne fått en bedring i gang distansen på 40,6 meter i løpet av 6 minutters gange.

Ved å studere disse 2 studiene som er gjort, kan man se at resultatene av rehabiliteringsprogrammene viste positive forandringer hos pasientene som utførte dem. Dog i noe ulik grad.

Bare Lauphold m. fl. (2008) sin studie viste i tillegg forbedring i livskvaliteten. Denne studien viste også at redusert åndenød var det som bidro mest til økningen av livskvaliteten. Når vi ser på studien til Theander m.fl., (2008) viste ikke resultatene like store forandringer. Livskvalitet ble ikke målt. Selv om pasientene som deltok i rehabiliteringsprogrammet økte sin gangavstand med 40,6 meter, viste de ingen statistisk signifikante forskjeller fra kontrollgruppen når det kom til hyppigheten, varigheten og alvorlighetsgraden av utmattelse. Dette kan skyldes at det ble brukt for liten tid på den fysiske treningen i løpet av 12 uker. I motsetning til Laupholdt m. fl. sin studie som viste at deltakerne utførte 6 timer 5 dager i uken, trente deltakerne i denne studien "bare" to ganger i uken hvor hver økt bestod av 1 time.

Dette kan tyde på at hyppigheten av trening i et rehabiliteringsprogram gir best resultat. Etersom åndenøden ikke ble forbedret i denne studien, sammenlignet med Lauphold m.fl. sin studie som også viste at økt livskvaliteten var forbundet med redusert åndenød, er det grunn til å tro at deltakerne i dette programmet ikke fikk økt sin livskvalitet.

Selv om disse studiene viser positive effekter ved rehabilitering på 3 og 12 uker, viser de ikke om effektene hadde langvarige effekter for livskvaliteten.

I Steinsbekk & Lomundal (2009) studie ble det undersøkt langtidseffekten etter et 2 års rehabiliteringsprogram. Dette ble da utført 3 år etter endt rehabilitering. I programmet som pågikk over en 2 års periode, hadde deltakerne hatt 32 timers undervisning, samt 1 times trening 3 ganger i uken. Resultatet hadde vist kliniske forbedringer hos deltakerne i livskvaliteten, treningskapasitet og dyspné. En oppfølging 3 år etter endt rehabiliteringsprogram, viste at de hadde opprettholdt den opparbeidede bedringen i helsestatusen. De hadde fortsatt å trene regelmessig etter programmet slik de hadde blitt anbefalt fra helsepersonellet.

Studien tyder derfor på det er mulig å opprettholde sine opparbeidede egenskaper ved å fortsette rehabiliteringen på egen hånd.

I Gysels & Higginsons (2009) sin kvalitative studie kom det frem at de pasientene som hadde høyest grad av trivsel i livet, var alle involvert i rehabiliteringsprogram. Pasientene som ble intervjuet snakket om hvordan den fysiske treningen hadde forbedret prestasjonene deres og gjort dem i stand til å fungere på et nivå som var akseptabelt. De hadde derfor alle lagt dette opp som en del av sin livsstil. Studien indikerte også at pasienters egen opplevelse av funksjonshemming har betydning. En av pasientene i studien fortalte at hun først så på programmet med vantro fordi hun trodde hun ikke skulle kunne ha mulighet til å delta på grunn av sin dårlige pust (Gysels & Higginsons, 2009).

Ut ifra dette ser jeg viktigheten av å ha tro på at behandlingen kan hjelpe. Jeg mener samtlige av disse artiklene understreker betydningen av rehabiliteringsopplegg. I flere av studiene er det kommet frem resultater som viser kliniske forbedringer på både funksjonsnivå og derfor som følger også bedret livskvalitet. Med bakgrunn i dette mener jeg det er viktig at sykepleiere vet at slike programmer kan utgjøre positive forandringer i pasientens livskvalitet, og dermed kan videreføre denne kunnskapen til pasientene. Ved å studere slike studier kan man dessuten tilegne seg kunnskaper om hva som fungerer bra, og hva som har vist seg å ikke fungere like bra.

En pasient med KOLS kan ikke bli helbredet fra sykdommen, og behandlingen må derfor ta sikte på å gjøre tilværelsen best mulig for pasienten (Sorknæs, 2001). Fysisk helse og funksjonsnivå, samt det å ha kontroll over eget liv, oppleve mestring og deltakelse, og å bevare sin uavhengighet så lenge som mulig var i følge (Dale m. fl. 2001) sin studie av avgjørende faktor for livskvaliteten hos eldre hjemmeboende.

Jeg anser det derfor som et nødvendig tilbud at pasientene med KOLS deltar i opplæringsprogrammer hvor mestring av sykdommens konsekvenser kan læres.

For sykepleieren som skal gi et best mulig sykepleietilbud til pasienten som bor i hjemmet, blir det derfor viktig å legge vekt på hva pasienten selv legger i det å ha en god tilværelse (Fjørtoft, 2006). Dette støtter også opp om Joyce Travelbee's tenking. For sykepleieren er det viktig å kjenne til pasientens opplevelse av sin situasjon, og vite hvilke meninger han selv tillegger den. For at dette skal kunne muliggjøres, må hun først bli kjent med pasienten ved å etablere et menneske-til-menneske forhold. Når dette er oppnådd kan hun begynne å kartlegge hvilke særegne behov pasienter har, og hva som vil gi best mulig sykepleie for akkurat denne

pasienten (Kristoffersen, 2005). Sykepleieren bør derfor tilstrebe å bli kjent med pasienten. Av individuell opplæring og gruppebasert opplæring, anser jeg derfor individuell opplæring som førsteprioritert. Da får sykepleieren større mulighet til å danne seg et bilde av hvordan akkurat denne pasientens læringsbehov ser ut, og ikke et felles læringsmål for en hel gruppe.

I følge Fjørtoft (2006) er mestring positivt for livskvaliteten. Sammenhengen mellom mestring og livskvalitet viser hvor viktig det er at sykepleieren legge til rette for at den enkelte opplever mestring i hverdagen.

Når man trekker frem deler av Næss sin definisjon av livskvalitet, kan man se sammenhenger mellom begrepene mestring og livskvalitet.

Næss framhever at livskvalitet er å ha det godt, det vil si å ha gode følelser og vurderinger av eget liv. Positive vurderinger tilfredshet med eget liv, selvspekt og mening med tilværelsen. I tillegg vil livskvalitet avhenge av fravær av vonde følelser som blant annet angst, opplevelse av ubrukelige evner, og misnøye med eget liv (Rustøen, 2005). Ved at sykepleieren vektlegger at pasientens skal opplæres i å mestre sykdommens negative konsekvenser, vil han få utviklet krefter, kunnskap og vilje til å kunne mestre selv, og få styring og kontroll over sin situasjon.

Det er viktig at sykepleieren klargjør klart og tydelig for KOLS – pasienten at den aller viktigste behandlingen er å lære seg å mestre å leve med sykdommen sin (Sorknæs, 2007).

Litteraturliste

Andenæs, R (2007), *Å leve med lungelidelser I: Å leve med en kronisk sykdom*, Gjengedal E., Hanestad B. (red) s.208- 221 Cappelens Forlag AS.

Brodtkorb, K. (2008) *Respirasjon og sirkulasjon I: Geriatrisk sykepleie* Krikevold, M., Brodtkorb, K og Ranhoff, A. H. (red) s. 319 – 332 Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

Dale, B., J. G. Dale og Lorentsen, M (2001) *Livskvalitet hos eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie*, *Vård i Norden*, nr 2. Tilgjengelig: Søkebase, SveMed+ [Lest: 02.02.10.]

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

Efraimsson, Österlund, Eva, Hillervik, Charlotte og Ehrenberg, Anna (2007) *Effects of COPD self – care managment education at a nurse – led primary helath care clinic*. I: *Scandinavian Journal of caring Sciences*, Vol. 22 No.2 Jun 2008 Tilgjengelig: Søkebase, Svemed+ [Lest: 21.01.10.]

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

Fjørtoft, A. K. (2006) *Hjemmesykepleie Ansvar, utfordringer og muligheter*, Bergen, FAGBOKFORLAGET

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm, Bokforlaget Natur och Kultun

Granum, V (2003) *Praktisk pasientundervisning*, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Gulsvik, A (2002) *Veileder til diagnose, behandling og forebygging av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)*, utgitt i *Tidsskriftet* nr. 28/2002

Gysels, MH & Higginson, IJ (2009) *Self-management for breathlessness in COPD: the role of pulmonary rehabilitation*, Chronic Respiratory Disease (2009) Tilgjengelig: Søkebase ProQuest [Lest: 27.01.10.]

Göransson, Carina, Kirkegaard, Asbjørn, Fridlunf, Bengt (2003) *Evaluation of a nurse-led groupbased education programme for in-patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Vård I Norden 3/2003. PUBL. NO 69 VOL. 23 NO. 3 PP 33-38*, Tilgjengelig: Søkebase, SveMed+ [Lest: 27.01.10.]

Hanssen, T. A. og Natvig, G. K. (2007) Livskvalitet, helse, stress og mestring I: *Å leve med kronisk sykdom en varig kursendring*, Gjengedal, E. og Hanestad, B. R. (red) s. 29 – 59, Oslo, Cappelen Akademiske Forlag

Hopen, L (2005) Læring og mestring ved sykdom og funksjonshemming I: *Sykepleieboken 2 – Teoretisk-metodisk grunnlag for klinisk sykepleie*, Unni Knutstad & Birte Kamp Nielsen (red) s. 253-275. Oslo, Akribe AS

Jackobsen, F. F. (2007) Empowerment og styringsformer i pleie- og omsorgsarbeid I: *Å leve med kronisk sykdom en varig kursendring*, Gjengedal, E. og Hanestad, B. R. (red) s. 124-144, Oslo, Cappelen Akademiske Forlag

Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Lund, K. & Solheim, K. (2006). *Sykdomslære; Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N. J. (2005) Stress, mestring og endring av livsstil. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (red), *Grunnleggende sykepleie, bind 3* (s. 206-266). Oslo, Gyldendal Norsk Forlag

Kristoffersen, N. J. (2005) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (red), *Grunnleggende sykepleie, bind 4* (s. 13 – 99). Oslo, Gyldendal Norsk Forlag

Mæland, J. G. (2005) *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*, Oslo. Universitetsforlaget AS

Mæland, J. G (2009) *Hva er helse?* Oslo. Universitetsforlaget AS

NOU 1999: 2 (1999), *Livshjelp, Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*
Tilgjengelig:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2/5.html?id=141465> [Lest: 19.01.10.]

Olsson, H. & Sörensen (2003) *Forskningsprosessen – kvalitative og kvantitative perspektiver*, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS

St. meld. (2006 – 2011) *Nasjonal strategi for KOLS – området* Tilgjengelig:

http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/rapporter/2006/Nasjonal-strategifor-KOLS-området-2006-.html?id=430087 [Lest: 09.01.10.]

Reitan, A. M. (2005) *Mestring I: Sykepleieboken 2 – Teoretisk-metodisk grunnlag for klinisk sykepleie*, Unni Knutstad & Birte Kamp Nielsen (red) s. 157-178. Oslo, Akribe AS

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

Steinsbekk, A & Lomundal, B. K (2009) *Three-year follow-up after a two-year comprehensive pulmonary rehabilitation program*, *Chronic Respiratory Disease* (2009) Tilgjengelig: Søkebase ProQuest [Lest: 21.01.10.]

Theander, Kersti, Jakobsson, Per, Jørgensen, Nils og Unosson, Mitra (2008) *Effects of pulmonary on fatigue, functional status and health perceptions in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial I: Clinical Rehabilitation* 23 (2009) Tilgjengelig: Søkebase, ProQuest [Lest: 28.01.10.]

Tveiten, S. (2007) *Den vet best hvor skoen trykker. Om veiledning i Empowermentprosessen*, FAGBOKFORLAGET, Bergen

Von Leupoldt, Andreas, Hahn, Erika, Taube, Karin, Schubert-Heukeshoven, Stephan, Magnussen, Helgø og Dahme, Bernhard (2008) *Effects of 3-week Outpatient Pulmonary Rehabilitation on Exercise Capacity, Dyspnea, and Quality of Life in COPD: Lung* (2008)
Tilgjengelig: Søkebase, Academic Search Premier [Lest: 28.01.10.]