



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# EKSAMENSINNLEVERING

---

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

**SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave**

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 18.02.10

Kandidatnr.: 68

Antall ord: 7561

# Sammendrag

Bakgrunn: KOLS er den tredje største grunnen til dødsfall i verden. KOLS er en økende sykdom på grunn av livsstil. Siden pusteproblemer som skyldes KOLS er en kronisk sykdom må pasienter lære seg å leve med KOLS (WHO u.å.) Problemstillingen blir da; hvordan kan sykepleiere hjelpe pasienter med pusteproblemer som skyldes KOLS til økt mestring.

Hensikt: I denne oppgaven har jeg sett nærmere på hva en sykepleiere kan gjøre for å hjelpe pasienter med KOLS til økt mestring.

Metode: Metoden er en litteraturstudie. Jeg har blitt inspirert av systematisk litteraturstudie. Oppgaven er ikke en eksakt systematisk litteraturstudie fordi jeg har foretatt meg strategiske utvalg.

Resultat: Funnene i artiklene viser at når pasientene skal øke mestringen må undervisning og veiledning til. Både individuelt og i grupper ledet av sykepleiere. Økt mestring fører til færre sykehusinnleggelse. Pasienter som bor hjemme er i faresonen for å bli glemt av samfunnet. Pasienter trenger støtte for å klare å mestre bedre. Lazarus og Folkmans mestringsstrategier kan både virke inn positivt og negativt.

Konklusjon: Undervisning og veiledning har god effekt på mestring. For å bli bedre trenger sykepleiere bedre kunnskap om tema og undervisningsmetoder. God livskvalitet hjelper også til med økt mestring. Sykepleieren må se pasienten som en enkelt individ.

# Abstract

Title: How can nurses help patients with breathlessness (COPD) to cope better.

Background: COPD is one of the biggest cause to death in the world. COPD is growing because of our lifestyle, and it is a chronic disease that patients have to learn to live with (WHO). I will in this study find out how nurses can help patients with breathlessness to cope better.

Objektivs (aim): I have taken a closer look on what nurses can do to help COPD patients with breatlessness to cope better and have a better life.

Methods: This bachelor is a literature study. My inspiration was a systematic literature study, but I have taken a strategic choice.

Results: My findings in the artickles shows that patients need to have education and guidance if the patients are going to cope better with breathlessness. Both alone and in groups led by nurses. Coping COPD can reduce hospital admission. Patients living at home can easely be forgotten by the community. They need suport for being able to cope. Lazarus and Folkmans copingstyle, rational coping and emotional coping can be good and bad.

Conclusjon: Education and guidance have a good effects on the patients with COPD. To be better nurses need more knowledge and educationsmethods. A godd Quality of Life helps patients to be better with coping. Nurses have to see each patients as a individual.

# Innhold

1.0	Innledning.....	side 5-6
1.1	Presentasjon av tema og begrunnelse.....	side 5
1.2	Presentasjon av problemstilling.....	side 5
1.3	Avgrensning av problemstilling.....	side 6
2.0	Teoretisk tilnærming.....	side 7-12
2.1	Hva er KOLS?.....	side 7
2.2	Benner og Wrubel sin sykepleieteori.....	side 8-9
2.3	Sykepleiefaglig tilnærming.....	side 9-10
2.4	Mestring.....	side 10-11
2.5	Livskvalitet.....	side 11-12
3.0	Litteraturstudie som metode.....	side 13-17
3.1	Litteraturstudie.....	side 13
3.2	Valg og fremgangsmåte.....	side 13-14
3.3	Kildekritikk.....	side 14
3.4	Presentasjon av artikler.....	side 15-17
4.0	Drøfting.....	side 18
4.1	Mestring.....	side 18-19
4.1.1	Undervisning og veiledning.....	side 19-20
4.1.2	Livskvalitet.....	side 20-21
4.2	Helsefremming.....	side 22
4.3	Konsekvenser for sykepleien.....	side 23-24
5.0	Avslutning.....	side 25
6.0	Litteraturliste.....	side 26-28

## 1.0 Innledning

### 1.1 Presentasjon av tema og begrunnelse

Temaet jeg vil skrive om er kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). I sist praksisperiode var jeg i praksis ved Haugesund sykehus ved en medisinsk avdeling. Her ble jeg plassert på lunge 1 som er en lungeavdeling der det var i hovedsak pasienter med KOLS. Det var interessant å se hvordan de ulike pasientene mestret sin sykdom og hvordan de klarte å tilpasse hverdagen etter en KOLS diagnose. Derfor bestemte jeg meg for å skrive om dette temaet i bacheloroppgaven min.

I følge WHO er kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) den tredje største grunnen til dødsfall i verden i dag. 210 millioner mennesker lider av KOLS og tallene vil øke. 3 millioner mennesker døde av KOLS i år 2005 (WHO u.å). Faktorer som forårsaker KOLS er tobakkryøk, innendørs forurensing, utendørs forurensing og støv og kjemikalier (WHO, u.å). Dette er faktorer som er vanskelige å unngå på grunn av livsstilen til mange mennesker i dag. Det vil da si at KOLS er et økende problem på grunn av livstil. Her i Norge er også KOLS regnet som en av de store folkesykdommene (Helse- og omsorgsdepartementet 2006) 200 000 mennesker i Norge har KOLS. Over halvparten har ennå ikke fått stilt diagnosen. Omkring 1400 mennesker dør av KOLS bare her i Norge. Derfor har Helse- og omsorgsdepartementet satt i gang tiltak som skal forebygge nye store KOLS tall. Tobakksforebygging er et av tiltakene. Sykdommen kan dempes og livskvaliteten bedres gjennom riktig behandling og rehabilitering (Helse- og omsorgsdepartementet 2006).

### 1.2 Presentasjon av problemstillingen

Min problemstilling vil derfor bli; *hvordan kan sykepleiere hjelpe pasienter med pusteproblemer som skyldes kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), til økt mestring.*

### 1.3 Avgrensing av problemstillingen

Hovedfokuset mitt vil være mestring av KOLS. Her skal jeg se nærmere på forskjellige mestringsstrategier og faktorer som kan holde KOLS sykdommen i sjakk. Disse faktorene vil være undervisning og veiledning fra en sykepleier. Det er her det sykepleiefaglige kommer inn. ICNs (2001) definisjon av sykepleiere er at vi har fire ansvarsområder. De er å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse. Sykepleie skal ytes uavhengig av alder, hudfarge, religion, kultur, sykdom, kjønn, nasjonalitet, politisk og etnisk bakgrunn og sosial status. Sykepleie bygger på respekten for menneskerettighetene og yter helsetjenester til enkeltmennesker og familie. Tjenestene skal koordineres med andre yrkesprofesjoner (ICN 2001). Jeg kommer til å konsentrere meg om pasienter som bor hjemme. Livskvaliteten til pasientene vil også komme inn i oppgaven som en faktor til økt mestring.

## 2.0 Teoretisk tilnærming

### 2.1 Hva er kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)?

KOLS blir brukt som en samlebetegnelse på både kronisk bronkitt og emfysem. Pasienter som har KOLS har en progressiv og innkomplett reversibel luftveisobstruksjon (Jacobsen et al. 2006). KOLS er en kronisk sykdom. Det vil si at det aldri går an å bli kvitt KOLS (Jacobsen et al. 2006). Årsakene til KOLS er ofte i hovedsak tobakksrøyking, men også forurensing og industri støv og gass er viktige disponerende faktorer. Hos enkelte kan det også være arvelig og forekomsten øker med alderen. Denne sykdommen er en av de hyppigste årsakene til innleggelse ved medisinske avdelinger på sykehusene (Jacobsen et al. 2006). De mest vanlige symptomene er hoste med ekspektorat, pipelyder fra lungene og dyspné. Diagnosen blir stilt ved å utføre spirometri og peak-flow-meter (PEF-måler) (Jacobsen et al. 2006). PEF-måling skjer ved at den måler liter per minutt, den maksimale strømningshastigheten blir målt. Undersøkelsen gir et grovt mål på ventilasjonskapasiteten (Sorknæs 2008). Spirometri gir et bedre mål. Ved spirometri måles hvor stort det forserte ekspirasjonsvolumet på ett sekund. Spirometri kan også brukes ved å kontrollere effekten på medikamenter (Sorknæs 2008). Pasienter med KOLS må slutte å røyke for å få effekt av behandlingen. Inhalasjonsmedisiner med bronkodilaterende midler blir mest brukt. Lungefysioterapi og oksygenbehandling kan være nødvendig i tillegg. De vanligste komplikasjonene er ofte pneumoni som forverrer tilstanden mer. Prognosen kan være god vist man følger råd fra legen og sykepleiere (Jacobsen et al. 2006). KOLS kommer gjerne snikende. Ikke alle søker lege bare ved tungpustet. Derfor blir ofte sykdommen først stilt i forbindelse med en akutt sykdomsforverrelse (Andenæs 2008). Tilstanden varierer fra person til person. De fleste vil oppleve lange og stabile sykdomsfaser. Disse fasene blir avbrutt av komplikasjoner. Dette skjer ofte for de som har langtkommen KOLS (Andenæs 2008).

Dyspné skyldes økt luftstrømsmotstand i luftveiene pga. redusert diameter i luftveiene. Dyspné er ofte de vi forbinder med KOLS. Dyspné betyr åndenød og tung pust. Pasienter beskriver opplevelsen som å være kortpustet, tett i brystet eller å bli kvelt. Dødsangst, maktesløshet og hjelpeløshet kommer gjerne av dyspné. Faktorer som kan være med å forverre dyspné hos KOLS pasienter er vær og vind, eksponering av allergener, forurensing, fysisk anstrengelse og psykiske og emosjonelle faktorer kan spille inn (Berntzen og Skaug 2005).

## 2.2 Benner og Wrubel sin sykepleieteori

Benner og Wrubel er teoretikere som er plassert i tidsperioden 1980-1989. Det som kjennerte tenkningen var omsorg (Kristoffersen 2006).

Benner og Wrubel bygger sin teori på Heideggers fenomenologiske virkelighetsforståelse av mennesket. Deres teori går ut på at sykepleieren hjelper mennesker til å mestre tap, lidelse og sykdom. De legger vekt på det som er viktig for den enkelte, og den meningen den enkelte tillegger situasjonen (Kristoffersen 2006). Benner og Wrubel sin sykepleierteori om helse og velvære samsvarer med Lazarus og Folkmans syn på stress og mestring. Teorien er basert på Lazarus og Folkman sine punkter om stress og mestring (Kristoffersen 2006). Selv om Benner og Wrubel har samarbeidet med Lazarus og Folkman har de egne definisjoner på stress og mestring (Hanssen og Natvig 2008). Benner og Wrubel velger velvære fremfor helse fordi velvære reflekterer den subjektive og individuelle opplevelseskomponenten som de ønsker å vektlegge (Kristoffersen 2006). Opplevelsen av stress er individuell og et resultat av et samspill mellom personen og omgivelsene. Stress kommer ofte av helsesvikt og er derfor et sentralt begrep knyttet til sykepleien Benner og Wrubel beskriver (Kristoffersen 2006). Benner og Wrubel hevder at sykepleieren må tilnærme seg pasientens situasjon på en helhetlig måte. Sykepleieren må også ta utgangspunkt i pasientens opplevelse av hele situasjonen (Kristoffersen 2006).

Benner og Wrubel sine syn på sykepleierens mål og hensikt var at en sykepleier skal hjelpe den enkelte med å klare å leve i en overensstemmelse med det som er viktig for pasienten. Dette gjelder også spesielt under sykdom, lidelse og ved tap (Kristoffersen 2006). En pasient får behov for sykepleie når det oppstår en forandring i pasientens livssituasjon. Pasienten som da blir mottakeren av sykepleie er da i en situasjon der han kan oppleve stress i forbindelse med helsesvikt, tap eller sykdom. Han kan føle at det som er viktig for han i livet blir truet og at han ikke lenger kan bevege seg fritt og ubesværet. Dette er Benner og Wrubel sin beskrivelse av pasientens situasjon (Kristoffersen 2006). Benner og Wrubel beskriver sykepleierens rolle og metode som er at en sykepleier skal hjelpe pasienten til å klare å mestre sin situasjon på en måte som ivaretar det som er mest verdifullt for den enkelte. Sykepleierens utgangspunkt blir da de forholdene som er viktige for pasienten som skal bli sett på som en eget individ, og den meningen det tillegger sin situasjon (Kristoffersen 2006). Benner og Wrubel skriver lite om hvilke metoder for utøvelse av sykepleie man skal bruke. De gir isteden for mange eksempler på korrekt og retningsgivende sykepleiepraksis (Kristoffersen 2006). Sykepleiere bygger på en god del fagområder, men Benner og Wrubel mener at en fra et sykepleierperspektiv må ha fokus på stress og mestring ut fra pasientens egen opplevelse



knyttet til helse og sykdom. Å føle omsorg for pasienten og å involvere seg er et nødvendig aspekt for sykepleiere for å kunne bidra til mestring og økt velvære (Hanssen og Natvig 2008).

### 2.3 Sykepleiefaglig tilnærming

Sykepleierens oppgave er å gi veiledning og undervisning til pasienter med KOLS. Dette er for å hjelpe pasientene til å ikke forverre tilstanden. Med rett kunnskap og motivasjon kan pasientene klare å mestre bedre. Sykepleierne som kommer på hjemmebesøk til pasientene må kunne observere for å gjøre tiltak. Viktige observasjoner blir da å observere pasientens problemer i tilknytting til sykdommen, se på generelle inntrykk av pasientens situasjon, måle pulsfrekvens og oksygenmetning i blodet med og uten oksygen, sjekke oksygen vist pasienten bruker dette, se om pasienten bruker medikamenter på en riktig måte, undervisning av sykdom og forholdsregler, vurdering av behov og tiltak i samarbeid med primærhelsetjenesten og gi råd og veiledning om ernæring (Sorknæs 2008).

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skriver ICN (2001) om sykepleieren og pasienten. Sykepleieren skal ivareta den enkelte pasientens verdighet og integritet, her under retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket (ICN 2001). En sykepleier skal fremme pasientens muligheter til å ta selvstendige valg ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (ICN 2001).

Undervisning og veiledning er like viktig som bruk av medikamenter. Opplæringen vil være rettet mot både pasient og pårørendes behov for å mestre sykdommen og forandringer den vil innebære (Kristoffersen 2006). For at en sykepleier skal kunne gi veiledning trengs det gode relasjoner og ha kunnskap om faktorer som innvirker på pasienten i læreprosessen. Sykepleieren må også mestre pedagogisk kompetanse, enten dette er veiledning eller undervisning (Kristoffersen 2006). I noen situasjoner har pasienten behov for ny kunnskap om sykdommen, da blir det sykepleierens oppgave å undervise. I andre tilfeller har kanskje pasienten behov for å sette nye mål som endring av livsstil og mestring av sykdommen og klargjøre egne verdier. Da er det sykepleierens oppgave å veilede (Kristoffersen 2006). I noen tilfeller er det ikke nok at eg sykepleier tar seg av hele undervisningen og veiledningen. Etter hvert vil pasienten ha en god del kunnskap om hva han må gjør for å mestre sykdommen, men ikke helt hvordan. Da kan sykepleieren oppfordre og melde han på et lærings- og

mestringssenter. Et lærings- og mestringssenter er en møteplass for pasienter der de kan møte andre i samme situasjon, et senter for kursvirksomhet for både pasienter og pårørende, men også for helsepersonell. Lærings- og mestringssenter er et aktiv informasjonssenter (Kristoffersen 2006).

En sykepleier skal gi pasienten håp og støtte. Dette er faktorer som kan hjelpe pasienten til å mestre sin sykdom bedre. Håp kan formidles ved å ta seg tid til å snakke, gi informasjon, være omsorgsfull og hjelpsom. Sykepleieren må vise respekt og ærlighet på en høflig måte. Dette blir også en møte å vise støtte (Renolen 2008). Ved at sykepleieren og pasienten har en god kommunikasjon mellom seg kan dette skape trygghet. Trygghet kan få pasienten til å stole på sykepleieren og vite at hun bare er her for å hjelpe og gjør så godt hun kan. Ved trygghet blir det da lettere å samarbeide, og det kan bli lettere for pasienten å fortelle akkurat det han må føle som kan hjelpe til i behandlingen (Thorsen 2006).

## 2.4 Mestring

Å mestre vil si at en klarer å beherske, ha tak på, greie eller være herre over en situasjon (Hanssen og Natvig 2008). Lazarus og Folkman (1984) sin definisjon på mestring er: Kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å takle spesifikke ytre eller indre krav som oppleves som belastende, eller som overstiger ens ressurser og truer ens velvære (Hanssen og Natvig 2008). Det fremheves i denne definisjonen at mestring er alt en pasient foretar seg. Dette er uavhengig av om resultatet blir kort eller dårlig, både på kort eller lang sikt. Da må mestring skilles fra resultatet (Hanssen og Natvig 2008). Dette var Lazarus og Folkman opptatt av. De hevdet at en mestringsstrategi i seg selv ikke kan betegnes som god eller dårlig, men den må sees i sammenheng med den prosessen som pasienten er i (Renolen 2008).

Mestring som en prosess bygger på læringsteori, kognitiv teori, fenomenologi og stress. Mestringen vil da influeres av pasientens karakteristika og situasjonen som ved stress og som av vurderingen pasienten har gjort (Hanssen og Natvig 2008). Lazarus og Folkman sin stressmestringsmodell er svært relevant for alle sykepleiere. Ved først å kartlegge pasientens tanker og følelser knyttet til situasjonen de er oppi, kan sykepleierens innspill gi pasienten andre tanker og følelser og dermed lette mestringen for de (Renolen 2008).

I følge Lazarus og Folkman kan man dele mestringsstrategier inn i to hovedtyper innen Lazarus og

Folkemans stressmestringsmodell. Det er problemfokuserte mestringsstrategier og emosjonelle mestringsstrategier (Renolen 2008). Problemfokuseret mestringsstrategi går ut på tiltak som fokuserer på problemløsinger. Det kan være å endre tilgang til ressurser ved å søke hjelp og støtte, endre rutiner og livsstil eller redusere ytre årsaker til stress. Det kan også være faktorer som angår seg selv, slik som å senke ambisjonene, lære nye ferdigheter og få mer kunnskap (Renolen 2008). Denne strategien har både positive og negative sider. Det positive er at en henter informasjon om KOLS som gir en økt følelse av kontroll over situasjonen. Men den kan og snu og skape forvirring, usikkerhet og kanskje være med på å øke stressnivået som da blir den negative siden (Renolen 2008). Den emosjonelle mestringsstrategien har som hensikt å endre eller håndtere egne følelser i forhold til belastningen (Hanssen og Natvig 2008). Eksempler på dette kan være unngåelse av informasjon eller situasjoner, distansering til problemet eller selektiv oppmerksomhet (Renolen 2008). Denne formen for mestring kan gjøre oss i stand til å leve med situasjonen som kanskje ikke lar seg endre. Emosjonell mestring er nødvendig når påkjenningen er stor (Renolen 2008). Disse mestringsstrategiene utfyller hverandre og begge er like viktige på hver sin måte (Renolen 2008).

Albert Bandura introduserte fenomenet mestringsforventning. Mestringsforventning vil si i hvilken grad vi er i stand til å nå et mål eller mestre ulike utfordringer. Den legger vekt på kognitive prosesser i menneskets læring og motivasjon (Renolen 2008). Den viktigste faktoren som virker inn på mestringsforventninger er tidligere erfaringer. Vist pasienten har en tidligere erfaring fra før som er positiv kan det styrke troen på å lykkes. Verbal påvirkning er også en faktor innen mestringsforventninger. Det å få støtte og oppmuntring av mennesker med stor betydning rundt oss virker inn positivt på mestringen (Renolen 2008). En annen faktor er modellering. Å observere andre som lykkes det de foretar seg, vil også styrke pasientens tro på mestring (Renolen 2008). Fysiologiske og emosjonelle tilstander vil også virke inn på mestringsforventningene. Godt humør og optimisme styrker våre forventninger om å lykkes, mens engstelse og dårlig humør er med på å svekke vår tro på mestring (Renolen 2008).

## 2.5 Livskvalitet

Livskvalitet dreier seg om fysiske, psykologiske, sosiale og eksistensielle sider ved livet. Det dreier seg også om hva mål, verdier, forventninger og meninger man har i livet (Whal og Hanestad 2008). Det er gjort flere forsøk på å konkretisere livskvalitet. Dette viser seg å ikke være så enkelt, siden livskvaliteten kommer an på forskjellige faktorer hos hvert enkelt individ. Ulike forståelser

reflekterer gjerne ulike fagområder (Whal og Hanestad 2008). De vesentlige faktorene er å føle seg nyttig, være uavhengig, ha selvbestemmelse, støtte, føle seg sterk og trygg, oppleve å mestre, god helse og kunne være aktiv (Whal og Hanestad 2008). WHOQOL group 1998 definerer livskvalitet slik; Enkeltmenneskers oppfatning av sin posisjon i livet innenfor den kulturen og det verdisynet de lever i, i forhold til sine mål og forventninger, hvor de ønsker livet skal være, og hva de er opptatt av (Whal og Hanestad 2008). Livskvalitet har mange perspektiv, og innenfor det sykdoms- og sykdomsfokuserte livskvaliteten blir definisjonen at sykdomstegn eller sykdomsutvikling som kan iakttas av pasienten selv eller problemer relatert til å leve med ulike sykdommer (Whal og Hanestad 2008). Uansett hvordan livskvalitet blir definert handler det om hvordan det om personens egen opplevelse av det hele eller for eksempel av sykdom (Whal og Hanestad 2008). Mange faktorer er med på å bestemme livskvaliteten. Når disse faktorene hjelper en pasient til å mestre sin sykdom er også faktorene med på å fremme livskvalitet (Margereson 2001). Livskvalitet har stadig blitt mer viktig og må forskes mer på. I følge Gill og Feinstein (1994) er livskvalitet en refleksjon på måten pasienten ser situasjonen på, på deres egen helse og andre ikke-medisinerte aspekter i pasientens liv (Margereson 2001).

## 3.0 Litteraturstudie som metode

### 3.1 Litteraturstudie

Metode er en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige og holdbare. Dette er definisjonen til Tranøy (Dalland 2007). Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte (Dalland 2007).

Metoden som skal bli brukt i denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie. Litteraturen blir en informasjonskilde som da blir bakgrunn for hele oppgaven (Olsson og Sörensen 2006)

Det finnes ulike typer litteraturstudier. En av de er allmenn litteraturstudie også kalt overview. En allmenn litteraturstudie kan også kalles litteraturoversikt, litteraturgjennomgang eller en forskningsoversikt (Forsberg og Wengström 2008). En annen litteraturstudie er systematisk litteraturstudie. Dette er en sikrere kilde til ny kunnskap fordi en av forutsetningene til en systematisk litteraturstudie er at det finnes et tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som da gjør at studien blir sikrere (Forsberg og Wengström 2008). Når jeg skal nå skrive min bacheloroppgave er jeg blitt inspirert av systematisk litteraturstudie. Oppgaven kan ikke kalles en systematisk litteraturstudie fordi jeg har gjort et strategisk utvalg.

### 3.2 Valg og fremgangsmåte

Etter at jeg hadde bestemt meg for å skrive om KOLS begynte jeg å lete etter litteratur, både i bøker og artikler på internettbaser. Jeg fant ut at det var nok informasjon tilgjengelig for at jeg kunne skrive om KOLS. Siden KOLS er en diagnose konsentrerer jeg meg om personer med pusteproblemer som kommer av at de har KOLS.

Jeg prøver å bruke litteratur som ikke er for gammel. Jeg har satt grensen min på år 2005. Dette er for at litteraturen og spesielt forskningen ikke skal være gammel og u-oppdatert. Noe av litteraturen er litt eldre, men har valgt å bruke det fordi jeg anser det som relevant for studien min. Jeg har brukt en rekke søkemotorer på Internett for å samle artikler og relevante tidskrifter. Søkemotorene jeg har brukt er Vård i nord, sykepleien.no, Academic Search Premier, ProQuest, Medline og BIBSYS. Søkeordene jeg har brukt er KOLS, KOL, COPD, coping, nursing, Quality of Life og anxiety. Mesteparten av bøkene jeg synes er relevante er fra pensum. Jeg har også svenske og

engelske bøker fra biblioteket som handler om pusteproblemer. Disse er under år 2003, men er relevante. Jeg har brukt Gjengedal og Hanestad (2008) sin bok «Å leve med kronisk sykdom» en del. Denne handler både om kronisk sykdom, KOLS, mestring og livskvalitet. Videre har jeg brukt Benner og Wrubel sin sykepleieteori. Jeg har valgt dem som teoretiker fordi teorien til Benner og Wrubel henger mye sammen med Lazarus og Folkmans stressmestringsmodell og fordi det er relevant til pasienter med kronisk sykdom. Benner og Wrubel og Lazarus og Folkman skriver mye om mestring og at hver person er ulike selv om de har en felles diagnose med mange andre mennesker. Dette er veldig relevant til pasienter med KOLS og dermed til min studie.

### 3.3 Kildekritikk

Bøkene jeg har med i studien har jeg med fordi de er skrevet av forfattere med fagkunnskap og fordi de er relevant i forhold til min problemstilling. Det at noen av bøkene er pensum forsterker dette. Er boken eldre enn 2003 leser jeg nøye gjennom innholdet. Mye av innholdet i boken kan være relevant selv om det er gammelt. Nyere forskning om KOLS og mestring får jeg ved å lese forsknings artikler. Artikkelen jeg har med passer til min problemstilling fordi den i stor grad handler om å mestre KOLS. I artikkelen har forfatterne ulike mestringsstrategier som jeg har tenkt å ta med i drøftingskapitlet. Artikkelen jeg har funnet er skrevet av fagpersoner, noen er skrevet av lungesykepleiere selv. For eksempel er artikkelen fra sykepleien.no skrevet av helsepersonell til helsepersonell (Dalland 2007). Artikkelen jeg har med er godkjent fra forskningsetisk komité. I noen artikler står det at de er godkjent. Jeg velger å ta med de som ikke har skrevet at de er godkjent fordi de ligger på en søkebase der artikler må være godkjent for å bli publisert. De vitenskapelige tidsskrifter gjennomgår en streng kvalitetssikring. Artikkelen blir godkjent av fagfolk før de legges ut (Dalland 2007). Jeg ser også etter IMRAD-modellen når jeg leter etter artikler. IMRAD står for Introduction, Material and Method, Result and Discussion. Benyttes denne modellen og strukturen kan artikkelen være brukbar og vitenskapelig (Olsson og Sørensen 2006). Nedenfor har jeg presentert artikkelen jeg har funnet og som jeg skal ha med. Under hver artikkel står det et lite referat av innholdet, hvordan jeg fant den og kildekritikk til hver enkel artikkel. Dette har jeg skrevet for at det skal være lettere for lesere å se at artikkelen passer til min problemstilling. Felles for alle artikkelen er at de dekker mitt tema. De dekker mitt tema fordi de alle handler om KOLS. Både mestring og livskvalitet og hvordan det er å leve med KOLS.

### 3.4 Presentasjon av artikler

#### **Barnett, M. (2004)**

##### **Chronic obstructive pulmonary disease: a phenomenological study of patients' experiences.**

Kvantitativ forskningsartikkel om pasienters opplevelse av KOLS. Det foregikk intervju med de frivillige hjemme hos pasientene selv. Funnene var at det var bedre forståelse om hvordan det er å leve med KOLS. Pusteproblemene var mest vanskelig å mestre. Etterpå var det angst og frykt verst. Mindre aktivitet og sosialt pga. frustrasjon og trøtthet. Artikkelen fant jeg under Academic Search Premier. Søkeordene jeg brukte var copd, nursing og anxiety. Det kom opp en del artikler der to var brukbare.

#### **Coventry, P.A. & Gellatly, J.L. 2008**

##### **Improving outcomes for COPD patients with mild-to-moderate anxiety and depression: A systematic review of cognitive behavioural therapy**

En kvalitativ litteraturstudie om atferdsterapi hos KOLS pasienter. Dette gjaldt angst og depresjon. Effekten av atferdsterapi ble studert. Det viste seg at det var begrenset antall forskningsartikler om atferdsterapi. En fordel med trening og undervisning, men det viste seg at en liten randomisert kontrollert prøve var positiv for både depresjon og angst, mens en større prøve viste at det hjalp mot angst. Artikkelen fant jeg under Academic Search Premier. Søkeordene jeg brukte var copd, nursing og anxiety. Det var to brukbare artikler. Jeg valgte den ene fordi den passet best til mitt tema.

#### **Efraimsson, E.Ö., Hillervik, C. & Ehrenberg, A. 2008**

##### **Effects of COPD self-care management education at a nurse-led primary health care clinic**

Dette er en kvalitativ studie som ser på effekten av en undervisning av en sykepleier innen KOLS på en helse klinikk, samt livskvaliteten. Pasienter ble delt opp i to grupper. Den ene gruppen fikk besøke klinikken for undervisning. Den gruppen fikk økt livskvaliteten og flere sluttet å røyke og fikk mer kunnskap om KOLS. God kontakt med undervisnings sykepleieren kan ha påvirket resultatet. Artikkelen fant jeg under Academic Search Premier. Søkeordene var copd, nursing og coping. 10 funn, der 3 var relevante. Alle 3 er med i min oppgave.

**Göransson, C., Kikregaard, A., Fridlund, B. 2003**

**Evaluation of a nurse-led-group-based education programme for in-patients with Chronic Obstruktive Pulmonary Disease.**

Studien handler om å evaluere undervisningsprogrammer til pasienter med KOLS. 74 pasienter fikk spørreskjema de skulle utfylle. De fikk både en før og etter test. Undervisningen handlet om kunnskap, egen pleie om bla. pusteteknikker, motivasjon til røykeslutt og bedre kosthold og hvordan KOLS påvirket hverdagen. Det var sykepleiere som sto for undervisningen. Kunnskapen ble bedre, egen pleie ble bedre etter undervisning, motivasjonen ble ikke forandret og hverdagen med KOLS ble like vanskelig.

Artikkelen fant jeg på Vård i Norden. Søkeordet jeg brukte var COPD. Det kom opp 4 studier hvor en var brukbar pga. temaet mitt.

**Harris, S. 2007**

**COPD and coping with breathlessness at home: a review of the literature.**

Dette er en review studie om KOLS pasienter i hjemmeforhold. Hensikten var å finne ut hvordan disse pasientene klarte seg hjemme og om faktorer som gjord det vanskelig for dem. Pasientene ble ofte «glemt» av samfunnet. Det som hjalp pasientene var stadig kontakt med sykepleiere, enten via telefon, møter hjemme hos pasienten eller møter på sykehuset. Dette måtte til for å kunne fungere hjemme og hindre innleggelser.

Artikkelen fant jeg under søkemotoren Academic Search Premier. Søkeordene jeg brukte var copd, coping og nursing. Det kom opp 10 artikler der 3 var brukbare så langt. Denne artikkelen måtte bestilles fra BIBSYS. Alle 3 er med i min oppgave.

**Hesselink, A.E., Penninx, B.W.J.H., Schlösser, M.A.G., Wijnhoven, H.Å.H, van der Windt, D.A.W.M., Kriegsman, D.M.W. & Eijk, J.Th.M. 2004.**

**The role of coping resources and coping style in quality of life of patients with asthma or COPD.**

Dette er en kvalitativ studie som ser på forskjellen mellom helserelatert livskvalitet og mestring mellom KOLS pasienter og astma pasienter. Forfatteren ser på problemfokustert mestring og emosjonell mestring. Det viser seg at KOLS pasienter har lavere livskvalitet på grunn av sykdommens art. De trenger også mer mestringsstrategier enn astma pasienter.



Artikkelen fant jeg under Academic Search Premier. Søkeordene var copd, nursing og coping. Det kom opp 10 funn der 3 artikler var relevante. Alle 3 er med i min oppgave.

**Knapstad, A. 2007**

**Kunsten å forbli røykfri – samtale med KOLS-pasienter.**

Denne artikkelen handler om 6 pasienter med KOLS som skal prøve å slutte å røyke etter et sykehusopphold. Et røykeavvenningskurs skulle bygge opp følelsen av mestring hos disse pasientene. Det er en kvalitativ undersøkelse med spørreskjema og intervju. Studien handler om tanker omkring det å slutte å røyke, mestring, beslutningen og behov for videre oppfølging.

Artikkelen fant jeg på sykepleien.no under forskning. Søkeordet jeg brukte var KOLS. Det kom opp to forskningsartikler hvor av en var brukelig fordi den handlet om KOLS.

## 4.0 Drøfting

For å kunne svare på min problemformulering vil jeg først se nærmere på mestring. Her vil jeg diskutere de ulike mestringsstrategiene. For at en pasient skal klare å kunne mestre sin sykdom best mulig er det derfor nødvendig med undervisning og veiledning fra en sykepleier. Livskvaliteten sier mye om hvordan pasienten ser på situasjonen selv og er derfor viktig å ha med. Under drøftingskapittelet vil jeg ha med hva forskningen sier i tillegg til hva teorien sier. Jeg vil også se nærmere på helsefremming, hva vi sykepleiere kan gjøre for å unngå at KOLS blir stadig vanligere hos mennesker. Til slutt ønsker jeg å diskutere konsekvenser for sykepleien. Her vil jeg ha med hva som kan være utfordringer til sykepleierne og hvordan vi skal klare å løse de. Jeg kommer til å diskutere min problemstilling i lys av egne erfaringer, synspunkter, forskning og teori.

### 4.1 Mestring

I følge teorien må en pasient få hjelp og støtte av andre for å klare å mestre. At pasienter hjemme søker hjelp selv er lettere sakt enn gjort. Forskning viser at pasienter som bor hjemme med KOLS blir fort glemt av samfunnet. De trenger støtte og hjelp av sykepleiere og samfunnet til å klare seg bedre hjemme og mestre og for å hindre mange innleggelser (Harris 2007). Forskning viser også at de pasientene som bor hjemme og får hjelp har færre innleggelser enn de pasientene med KOLS som ikke får hjelp hjemme (Harris 2007). Det kan vise seg ved at de pasientene som får hjelp hjemme får hjelp av sykepleiere til å mestre sykdommen. De har kanskje fått nok kunnskap selv til å unngå faktorer som forverrer tilstanden. På grunn av pusteproblemene kan mange pasienter bli isolert hjemme og blir da lettere «glemt» av samfunnet (Harris 2007). Sykehusopphold til pasienter med KOLS er ofte mange og korte. Pasientene blir sendt hjem etter for kort tid, og må klare seg hjemme med pusteproblemene. Ved at sykepleiere blir flinkere til å komme på hjemmebesøk hos pasientene, kan det hindre ofte innleggelser på sykehuset (Harris 2007). Dette ble det gjort et forsøk på, og det viste seg at dødeligheten ikke ble høyere ved hjemmebesøk (Harris 2007). Barnett (2004) fant ut i sin studie at pusteproblemer var det verste å mestre. Etterpå kom frykten og angsten som førte til at de holdt seg hjemme. De sa at det er morgningen som er verst. Pasientene synes det er vanskelig å vaske seg selv og vaske hus. En pasient sier at han ikke ville dusje lenger fordi han var redd for at familien skulle se at han ikke klarer å dusje alene. Pasientene i studien til Barnett (2004) hadde snikende symptomer og trodde symptomene kom av røyking eller aldring. De tok derfor ikke

symptomene på alvor. Pasientene forklarte at de ble fortere andpusten ved dagligdagse gjøremål. Dette gjord igjen at de ble frustrerte og irriterte mer enn deprimerte (Barnett 2004). Med dette ble det mindre aktivitet og mindre sosialt, og pasienten blir da mer isolert. Barnett (2003) fant ut at vist samfunnet satte i gang et tiltak ledet av sykepleiere som kom til pasientene, ble symptomer fortere observert og det ble færre sykehusopphold. Pasientene fikk hjelp til å mestre sin sykdom hjemme ved undervisning av sykepleiere (Harris 2007). Dette kan vi sammenligne med hjemmesykepleiere og lærings- og mestringscenter som hjelper pasienter til å mestre pusteproblemer som skyldes KOLS. Å søke hjelp er en start til å få hjelp til å mestre sykdommen.

Både Harris (2007) og Barnett (2004) mener at KOLS pasienter har lett for å isolerer seg og at tungpustet er det verste å mestre. Begge studiene kommer også frem til at pasienter kan mestre bedre ved at de får hjelp hjemme. Harris (2007) skriver i sin studie at KOLS pasienter må mestre et liv med begrensninger på grunn av pusteproblemer. Barnett (2004) skriver om en pasient som sa han hadde det bra selv om han hadde KOLS. Pasienten forteller at han får støtte av familien og da klarer han å se positivt på det. Dette viser at pasienten mestrer den emosjonelle mestringsstrategien som går ut på å endre eller håndtere egne følelser i forhold til belastningene (Hanssen og Natvig 2008). Dette er også et eksempel på hvor stor betydning støtte har for mestringsen. Bandura skriver at verbal påvirkning er positivt for mestringsforventninger (Renolen 2008).

#### 4.1.1 Undervisning og veiledning

For at pasienter skal klare å mestre pusteproblemer som skyldes KOLS er det som sakt sykepleieren som må undervise og gi veiledning. Forskning har vist at undervisning og veiledning fra sykepleiere kan hjelpe pasienter. Göransson, Kikregaard og Fridlund (2003) ville finne ut hvor god effekten var på undervisning til pasienter med KOLS. Det viste seg at med undervisning av sykepleiere ble pasienten flinkere til pusteteknikker, og de fikk mer kunnskap. Motivasjonen til å slutte å røyke eller til å legge om kostholdet ble ikke så mye bedre (Göransson et al. 2003). For å kunne gjøre motivasjonen til pasientene bedre sier forskningen at KOLS pasienter må treffe andre KOLS pasienter for å utveksle erfaringer (Göransson et al. 2003). For at pasientene skal klare å mestre bedre er det nødvendig at sykepleiere som underviser bør ha nok kunnskap. En lungesykepleier bør ta seg av dette ansvaret. I forskningen til Göransson et al. (2003) kom det frem til at sykepleiere trenger mer kunnskap om undervisningsmetoder. Dette burde utdanningen fokusere mer på

(Göransson et al. 2003). En annen studie foreslår at undervisning er nødvendig for å få opp motivasjonen til pasienter slik at de kan få en bedre livsstil og ikke forverre KOLS tilstanden de har (Efraimsson, Hillervik og Ehrenberg 2008). Fra denne studien mener forfatterne at det å få en klinikk for KOLS som er ledet av sykepleiere kan være effektivt å bruke penger på. Antall pasienter som får KOLS kan øke i fremtiden, og en slik klinikk blir mer trengende. Det er derfor viktig å forske mer på ulike metoder som kan hjelpe til med å oppdage symptomer på KOLS tidligere og hjelpe pasientene før tilstanden blir verre (Efraimsson et al. 2008). Studien viser at pasientene som var med var fornøyde med undervisning ledet av sykepleiere (Efraimsson et al. 2008).

Begge artiklene kommer frem til at undervisning og veiledning er nødvendig for at pasientene skal klare å mestre sykdommen. KOLS kan ikke helbredes, men undervisning til pasientene gjør at de får en bedre livskvalitet og samfunnet sparer helseutgifter til denne pasientgruppen (Sorknæs 2008). I teorien står at at undervisningen må skje både individuelt og i grupper, og at de er like viktige (Sorknæs 2008). Göransson et al. (2003) fant ut at KOLS pasienter har behov for å treffe andre i samme situasjon. Med gruppe undervisning får pasientene denne muligheten. Efraimsson et al. (2008) mener en klinikk for KOLS pasientene er nødvendig. Med en slik klinikk blir det lettere for pasientene å treffe hverandre.

Ved at pasientene blir med på undervisning er problemfokuset mestring (Renolen 2008). Da søker de støtte og hjelp, lære nye ferdigheter og får mer kunnskap. Dette er tiltak for problemfokuset mestring (Renolen 2008). Ved undervisning og veiledning kan de også få hjelp til å håndtere egne følelser i forhold til belastningen som er emosjonell mestring (Hanssen og Natvig 2008). Ved at de treffer andre KOLS pasienter kan de utveksle egne erfaringer og lære modellering. Dette er i følge Bandura bra for mestringsforventningene (Renolen 2008). I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at en sykepleier skal fremme mulighetene til at pasienten tar selvstendige avgjørelser ved at sykepleieren gir tilstrekkelig med informasjon og bruker teknologi og vitenskapelige fremskritt (ICN 2001).

#### 4.1.2 Livskvalitet

I Efraimsson et al. (2008) sin studie om effekten av undervisning til KOLS pasienter ledet av sykepleiere viste det seg at livskvaliteten ble bedre til en del av pasientene. Til de pasientene som

fikk bedre livskvalitet var det på grunn av undervisningen at de klarte å mestre sin sykdom bedre. De klarte å gjøre mer i hverdagen uten dyspné (Efrainsson et al. 2008). Da kan de føle seg sterke, nyttige og være mer aktive. Det er disse faktorene Whal og Hanestad (2008) mener bedrer livskvaliteten. Hesselink et al.(2004) gjorde en studie for å se på livskvaliteten hos KOLS pasienter. Pasientene fikk spørsmål med poengsvar. Jo høyere poeng sum de fikk til slutt, jo større livskvalitet hadde de. Det viste seg at KOLS pasienter hadde en lavere livskvalitet enn astma pasienter på grunn sykdommens art (Hesselink et al. 2004). De så også nærmere på Lazarus og Folkmans problemfokuserert mestring og emosjonell mestring, hvilken mestringsstrategi som førte til større livskvalitet. Det viste seg at med problemfokuserert mestring fikk KOLS pasientene en lavere livskvalitet (Hesselink et al. 2004). Dette kan være fordi problemfokuserert mestring går ut på å endre store deler av livet. De må kanskje endre rutiner og livsstil for å klare å mestre sin sykdom. Dette kan stride mot deres egne normer og vilje og gå ut over livskvaliteten (Renolen 2008). Emosjonell mestring kan også gå ut over livskvaliteten. Dette kan være fordi KOLS pasienter har ikke mulighet til å ignorere symptomer. Når de gjør får de ikke bedre livskvalitet (Hesselink et al. 2008).

Mange KOLS pasienter sliter også med angst og uro som kommer av følelsen at de ikke klarer å puste skikkelig (Berntzen og Skaug 2005). Dette kan gå ut over livskvaliteten fordi de ikke føler seg trygge (Renolen 2008). Angst og depresjon er vanlig hos KOLS pasienter (Coventry og Gellatly 2008). Coventry og Gellatly (2008) har funnet ut at når atferdsterapi gis til pasienter ved trening og veiledning kan disse symptomene reduseres. Uten slike symptomer i hverdagen kan pasientene skåre høyere på livskvaliteten vist de hadde fulgt skjemaet til Hesselink et al. (2004) med poengsvar. Slik som i studien til Göransson et al. (2003) og Efrainsson et al. (2008) kommer også Coventry og Gellatly (2008) frem til at det hjelper med undervisning og veiledning for at KOLS pasienter skal klare å mestre bedre. I Efrainsson et al. (2008) kom det også frem at pasientene fikk bedre livskvalitet med undervisning. Ved undervisning og veiledning får pasientene hjelp til å mestre. I Hesselink et al (2004) sin studie viste det at både problemfokuserert og emosjonellfokuserert mestring kan gå ut over livskvaliteten. Da mener jeg at det er sykepleierens oppgave å få pasientene til å mestre riktig uten at det skal gå ut over livskvaliteten. Dette kan de få til ved at pasienten føler seg nyttig, uavhengig, har selvbestemmelse, støtte, føler seg sterk og trygg etter undervisningen. Dette er faktorer som styrker livskvaliteten (Whal og Hanestad 2008). At en sykepleier skal få til en bedre undervisning trenger sykepleiere mer kunnskap om emne og undervisningsmetoder (Göransson et al. 2003).

## 4.2 Helsefremming

Knapstad (2007) utførte en studie om røykeslutt og KOLS pasienter. Hun skriver at røykestopp er et viktig tiltak for å stoppe sykdomsutviklingen, men at KOLS pasienter kan ha spesielt vanskelig for å slutte å røyke (Knapstad 2007). Pasientene som var med måtte bygge opp følelsen av mestring og at motivasjonene var en viktig faktor. Det viste seg at mange pasienter ikke fant helsegevinsten stor nok til å slutte. Press fra helsepersonell og familien kan gi negative reaksjoner (Knapstad 2007). Det var tydelig sammenfall mellom hvordan pasientene vurderte egen mestringskontroll og utfallet (Knapstad 2007). 4 av 6 pasienter ønsker oppfølging. For sykepleieren er det viktig å fokusere på gevinst og muligheter. Sosial støtte i miljøet har stor betydning, og det er viktig å tilby oppfølging til pasienter. Enten gjennom telefon eller i grupper (Knapstad 2007). I studien fant forfatteren ut at helsen var en viktig grunn for å slutte, men bare to pasienter sier at de forbinder helseplager med røykingen. Pasienter som ikke ønsker å slutte kan ha fått for lite informasjon, eller at informasjonen ble for vanskelig å svelge. Det kan også være fordi pasienten er i en fase i livet der røykestopp ikke er prioritert (Knapstad 2007). Bandura sier folk vil ha liten vilje til å slutte å røyke dersom de ikke anser fordelene eller bedringen for å være større enn de prøvelsene de må gå gjennom for å avstå (Knapstad 2007). For å klare å mestre pusteproblemer som skyldes KOLS er det derfor nødvendig å slutte å røyke siden det minsker sykdomsutviklingen. Sykepleieren må følge opp pasienten og sette av tid til individuell vurdering og veiledning (Knapstad 2007). I Efraimsson et al. (2008) sin studie var det 30 pasienter som røyket. Etter undervisningen sluttet 6 av pasientene å røyke. Dette viser bare hvor vanskelig det kan være for pasienter med KOLS til å slutte å røyke. Forskningen til Knapstad (2007) bekrefter at det er vanskelig å slutte å røyke for KOLS pasienter mens studien til Efraimsson et al. (2008) kan ses på som et godt eksempel som forsterker forskningen til Knapstad (2007).

Tobakk røyk er en av de største faktorene som skyldes KOLS (Jacobsen et al. 2006). For at en pasient skal klare å mestre bedre er det en fordel om pasienten ikke røyker. En pasient kan bruke Banduras mestringsforventinger til å slutte å røyke. Han kan høre fra andre at de har bedre helse nå enn før når de røykte. Å slutte å røyke kan være vanskelig, og en må kanskje prøve å slutte mange ganger før man klarer det. Har en klart å slutte å røyke før kan pasienten lære av tidligere erfaringer.

### 4.3 Konsekvenser for sykepleien

Siden symptomene på KOLS ofte er snikende er det som vist i studien til Barnett (2004) at pasientene ikke tar de på alvor. De oppsøker da kanskje ikke lege og det blir da lettere for samfunnet å glemme disse pasientene som Harris (2007) skriver. For at en sykepleier skal klare å hjelpe pasienten til økt mestring kan det være en fordel å gi informasjon om mestring og øke troen på mestringen ved første legebesøk eller sykehusinnleggelse. I følge Renolen (2008) er godt humør, optimisme og støtte bra for å øke troen på mestringen. For de pasientene som ikke kommer seg til lege kan sykepleiere sørge for at det er tilstrekkelig med informasjon i brosjyrer, aviser og på Internett som varsler symptomer og tilbud fra lærings- og mestringssenteret. Det er vanskelig for en sykepleier å finne alle pasienter som trenger hjelp selv.

Motivasjon til å få hjelp til å mestre kan være vanskelig for mange pasienter. Både i Knapstad (2007), Efrainsson et al. (2008) og Göransson et al. (2003) skriver at motivasjonen kan være et hinder for pasientene. Slik jeg ser det blir da motivasjon til pasientene en av konsekvensene til sykepleiere. De må klare å motiverer pasienter for å så klare å undervise og veilede dem til økt mestring. I følge Knapstad (2007) som har forsket mest på motivasjon ved røykeslutt mener at en sykepleier må fokusere på gevinst og muligheter for pasienten. For å kunne klare dette mest mulig mener jeg det er viktig å se på en pasient som en enkelt individ og bruke god tid. Benner og Wrubel skriver at bakgrunnsforståelses bestemmer den enkeltes virkelighetsforståelse. De skriver også om spesielle anliggender som dreier seg om spesifikke og konkrete forhold som betyr noe for den enkelte (Kristoffersen 2006). Dette tror jeg er viktig at sykepleieren setter seg inn i hos hver enkel. Benner og Wrubel skriver mye om «den enkelte», noe som viser hvor viktig det er for en sykepleier å ikke greie alle pasientene under en kam (Kristoffersen 2006). Problemet her kan være tid. Men fra egne erfaringer er det mulig å få tid til alt ved at en planlegger dagen riktig og setter opp prioriteringer. Siden det å bli kjent med pasienten er viktig vil jeg se på det som en stor prioritering siden det kan hindre sykdomsforløpet i lengre sikt.

De fleste artiklene trekker frem at undervisning og veiledning er nødvendig for å hjelpe pasienter til å klare å mestre bedre. Göransson et al.. (2003) kommer frem til at sykepleiere trenger mer kunnskap om undervisningsmetoder og at dette burde de ta med mer i undervisningen til sykepleierstudenter. Det er da en fordel at en sykepleier som skal undervise en KOLS pasient har erfaring med KOLS pasienter tidligere eller har tatt kurs eller videre utdanning innen KOLS. En sykepleier må også sette seg inn i hjelpemetoder. En hjelpemetode kan for eksempel være

undervisning. Men for å få resultat ut i fra undervisningen har også pasienten en rolle. Denne rollen må være å motta undervisning og engasjere seg for å utvikle kompetanse og ferdigheter som er nødvendig for å gjennomføre varig og effektiv egenomsorg (Krisoffersen 2006). Men når en pasient blir syk kan ikke sykepleieren forvente at pasienten skal hoppe inn i denne rollen med en gang. Det blir da sykepleierens oppgave å sørge for at pasienten kommer inn i denne rollen. Ved at sykepleieren følger ICNs etiske retningslinjer, får pasienten til å forstå at KOLS er en kronisk sykdom og viser støtte og håp tror jeg at pasienten klarer bedre å sette seg inn i pasientrollen og deretter klarer å få økt mestring.

Både i teorien til Lazarus og Folkman om mestringstrategier og i studien til Hesselink et al. (2004) kommer det frem at problemfokuset mestring og emosjonell mestring kan ha både positive sider og negative sider på mestringen. Ved at disse mestringsstrategiene får en negativ endring hos pasienter klarer de ikke å mestre sykdommen vil jeg si. Det blir da sykepleierens oppgave å sørge for at pasienten mestring fører til positiv mestring. For å klare dette må pasienten ha god oppfølging hos sykepleieren og få støtte og håp. Støtten viser pasienten at sykepleieren vil hjelpe, og gi håp kan da hjelpe pasienten til å få økt mestring ved at pasienten ser at ikke sykepleieren har gitt opp. Håp er sentralt for menneskers mestring. Har sykepleieren tro på fremtiden til pasienten kan det hjelpe pasienten til å kaste et positivt lys over livet (Renolen 2008). For at en pasient skal oppnå god problemfokuset mestring må sykepleieren gi undervisning og veiledning som hjelper pasienten til å endre livsstil, lære nye ferdigheter og forsterke kunnskapen. Sykepleieren må passe på at pasienten får nok informasjon som han klarer å bearbeide. Informasjonen må ikke være for kort, men heller ikke for lang da dette kan stresse pasienten. Dette kreves god tid (Renolen 2008). Ved emosjonell mestring må sykepleieren passe på at pasienten forstår sykdommens art og at pasienten ikke overser problemet (Hanssen og Natvig 2008). Det er her nødvendig for pasienten å snakke om egne følelser og at sykepleieren tar hensyn til dette.



## 5.0 Konklusjon

En sykepleier kan hjelpe pasienter med pusteproblemer som skyldes KOLS til økt mestring ved å undervise og veilede pasienten. Undervisningen og veiledningen kan gå ut på pusteteknikk, inhalasjonsteknikk, endring av kosthold og livsstil. Forskning har vist at undervisning har god effekt på mestring. Undervisning og veiledning må både skje individuelt samt i grupper for best resultat.

For å kunne mestre best mulig må pasienten ta i bruk problemfokusert mestring, emosjonell mestring og mestringstrategier. Sykepleieren må sørge for at ved bruk av disse mestringsstrategiene må mestringen bli til noe positivt ved å se på gevinst og muligheter.

Sykepleieren kan også melde pasienten til lærings- og mestringssenter eller KOLS skolen. For at sykepleierne skal bli bedre i fremtiden og gjøre en bedre jobb trenger de mer kunnskap om undervisningsmetoder og mer kunnskap om temaet KOLS. Det er viktig å gi hjelp til alle pasienter som bor hjemme for å hindre mange sykehusinnleggelse.

Klarer pasientene å oppnå å føle seg nyttig, sterk, trygg og aktive kan det være et tegn på at de klarer og mestre sykdommen. Dette er også faktorer som virker positivt inn på livskvaliteten.

Forskning har vist at det er lettere å mestre med god livskvalitet.

Det er sykepleierens jobb å støtte og gi håp til pasienten slik at det blir lettere for pasienten å mestre og se lyst på fremtiden. En sykepleier må ser hver pasient som et enkelt individ og la pasienten forstå at det er en kronisk sykdom. Sykepleieren må forklare at det ikke går an å bli helt frisk, men at det går an å hindre sykdomsutviklingen og leve med sykdommen; mestre pusteproblemer som skyldes KOLS.

## 6.0 Litteraturliste

- Andenæs, R. (2008). Å leve med lungelidelser, Kap 6. I: Å leve med kronisk sykdom. En varig kursendring. Gjengedal, E & Hanestad, R.B. (RED). 2008. Cappelens Forlag AS.
  
- Barnett, M. (2004). Chronic obstructive pulmonary disease: a phenomenological study of patients' experiences. *Issus in Clinical Nursing*. (Elektronisk versjon)
  
- Berntzen, H. & Skaug, E. (2005). Respirasjon. Kap 9. I: Grunnleggende sykepleie. Bind 2. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug E. 2006. Gyldendal Norsk Forlag AS.
  
- Coventry, P.A. & Gellatly, J.L. (2008). Improving outcomes for COPD patients with mild-to-moderate anxiety and depression: A systematic review of cognitive behavioural therapy. The British Psychological Society. (Elektronisk versjon)
  
- Dalland, O. (2007). Metode og oppgaveskriving for studenter. Gyldendal akademisk: Oslo
  
- Efraimsson, E.Ö., Hillervik, C. & Ehrenberg, A. (2008). Effects of *COPD* self-care management education at a nurse-led primary health care clinic. *Empirical Studies*. (Elektronisk versjon).
  
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2008). Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning. Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur, Stockholm.
  
- Göransson, C., Kikregaard, A., Fridlund, B. (2003). Evaluation of a nurse-led-group-based education programme for in-patients with Chronic Obstruktive Pulmonary Disease. *Sykepleievitenskap*. (Elektronisk versjon).
  
- Hannsen, T.A., & Natvig, G.K. (2008). Stress og mestring. Kap 1. I: Å leve med kronisk sykdom. En varig kursendring. Gjengedal, E & Hanestad, R.B. (RED). 2008. Cappelens Forlag AS.

- Harris, S. (2007). COPD and coping with breathlessness at home: a review of the literature. British Journal of Community Nursing. (Elektronisk versjon)
  
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). Nasjonal strategi for KOLS-området 2006-2011. Hentet 07.01.10.  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/dette-mener-regjeringen/aktuelle-planer-og-strategier/nasjonal-strategi-for-kols-området-2006-.html?id=536709>
  
- Hesselink, A.,E, Penninx B.W.J.H., Schlösser, M.A.G, Wijnhoven, H.Å.H., van der Windt, D.A.W.M., Kriegsman, D.M.W. & Eijk, J.Th.M. (2004). The role of coping resources and coping style in quality of life of patients with asthma or COPD. Quality of Life Research. (Elektronisk versjon).
  
- ICN (2001). Ethiske regler for sykepleie. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Norsk sykepleieforbund. Hentet 18. januar 2010 fra: <http://www.icn.ch/icncodenorwegian.pdf>
  
- Jacobsen et al.. I samarbeid med Boye, N.P. (2006). Lungesykdommer Kap 3. Jacobsen, D., Kjeldsen, S.E., Ingvaldsen, B., Lund, K., Solheim, K. (2006). sykdomslære. Indremedisin, kirurgi og anestesi.. Gyldendal Norsk Forlag AS.
  
- Knapstad, A. (2007). Kunsten å forbli røykfri – samtale med KOLS-pasienter. Sykepleien.no. (Elektronisk versjon)
  
- Krisoffersen, N.J. (2006). Teoretiske perspektiver på sykepleie. Kap 23. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E. 2006. Grunnleggende sykepleie. Bind 4. Gyldendal Norsk Forlag AS.
  
- -Krisoffersen, N.J. (2006). Stress, mestring og endring av livsstil, Kap 21. I: Kristoffersen, N.J, Nortvedt, F. & Skaug, E. 2006. Grunnleggende sykepleie. Bind 3.Gyldendal Norsk Forlag AS.
  
- Margereson, C. (2001). Living with chronic respiratory illness and breathlessness. Kap 6. I: Resiratory Nursing. Esmond, G. (red.) 2001. Baillière Tindall.

- Olsson, H. & Sörensen, S. (2006). Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver. Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Renolen, Å. (2008). Forståelse av mennesker. Innføring i psykologi for helsefag. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

- Sorknæs, A.D. (2008). Spesiell sykepleie til pasienter med kronis obstruktiv lungesykdom, kap 15. I: Klinisk sykepleie 1. Almås, H. (red.) 2008. Gyldendal Akademisk.

-Thorsen, R. (2006). Trygghet, Kap 16. I: Kristoffersen, N.J, Nortvedt, F. & Skaug, E. 2006. Grunnleggende sykepleie. Bind 3. Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Whal, A.K., & Hanestad, B.R. 2008. Livskvalitet, kap 1. I: Å leve med kronisk sykdom. En varig kursendring. Gjengedal, E & Hanestad, R.B. (RED). 2008. Cappelens Forlag AS.

WHO (u.å.) World Health Organization. Hentet 07.01.10 fra:

<http://www.who.int/respiratory/copd/en/>